



**TINJAUAN SISTEM MANAJEMEN K3
DALAM MENDUKUNG PENCAPAIAN AKREDITASI
RUMAH SAKIT
(Studi Kasus di RSIA X Kota Semarang)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh:

Ratih Berliana
NIM 6411414049

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2019

ABSTRAK

Ratih Berliana

Tinjauan Sistem Manajemen K3 dalam Mendukung Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit (Studi Kasus di RSIA X Kota Semarang)

XV + 237 + 16 tabel + 2 gambar + 9 lampiran

Akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Dari keseluruhan rumah sakit yang ada di Indonesia, sebanyak 1.481 rumah sakit telah terakreditasi (53,35%) dan sebanyak 1.295 rumah sakit di seluruh Indonesia belum terakreditasi (46,65%) (Kemenkes, 2018). Pada tahun 2018, Kota Semarang terdapat 19 rumah sakit telah terakreditasi secara nasional (73,07%) dan 5 rumah sakit belum terakreditasi secara nasional (23,07%). Penelitian ini dilakukan di RSIA X Kota Semarang yang belum terakreditasi.

Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif kualitatif. Data diperoleh melalui teknik observasi, wawancara dan studi dokumen. Sumber informasi pada penelitian ini berjumlah 6 orang.

Hasil penelitian diperoleh elemen penilaian yang terpenuhi (*fully implemented*) sebesar 32%, elemen penilaian yang terpenuhi sebagian (*partially implemented*) sebesar 39%, dan elemen penilaian yang tidak terpenuhi (*not implemented*) sebesar 29%. Elemen penilaian yang terpenuhi (*fully implemented*) dengan presentase terbesar terdapat pada parameter keselamatan dan keamanan yaitu sebesar 67%. Sedangkan elemen penilaian yang tidak terpenuhi (*not implemented*) dengan presentase terbesar terdapat pada parameter pendidikan staf yaitu sebesar 67%.

Rumah sakit perlu menyusun regulasi internal terkait manajemen fasilitas dan keselamatan serta meningkatkan kompetensi staf dengan mengadakan pelatihan.

Kata Kunci : Akreditasi Rumah Sakit, Manajemen Fasilitas dan Keselamatan
Kepustakaan : 46 (1980-2018)

ABSTRACT

Ratih Berliana

Overview of the OHS Management System in Support of Achieving Hospital Accreditation (Case Study in Mother and Child Hospital X Semarang)

XV + 237 +16 tables + 2 figures + 9 attachments

Hospital accreditation is an acknowledgment given by the government to hospital management, because it has met the standards set. Of the total hospitals in Indonesia, 1,481 hospitals had been accredited (53.35%) and as many as 1,295 hospitals throughout Indonesia had not been accredited (46.65%) (Ministry of Health, 2018). In 2018, Semarang City had 19 hospitals that were nationally accredited (73.07%) and 5 hospitals had not been accredited nationally (23.07%). This research was conducted at Mother and Child Hospital X Semarang City which was not accredited.

This type of research was a qualitative descriptive study. Data was obtained through observation, interview and document study techniques. The source of information in this study amounted to 6 people.

The results of the study obtained elements of assessment that was fully implemented by 32%, elements of partially implemented valuation of 39%, and assessment elements that were not implemented was 29%. Elements of assessment that were fully implemented with the largest percentage were in the safety and security parameters, which was 67%. While the assessment elements that were not implemented with the largest percentage were found in the staff education parameters, namely 67%.

Hospital needed to develop internal regulations related to facilities and safety management and improve staff competency by conducting training.

Keywords : *Hospital Accreditation, Facility and Safety Management*

Literature : *46 (1980-2018)*

PERNYATAAN

Yang bertanda tangan ini saya, menyatakan bahwa Skripsi ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan didalamnya tidak terdapat karya yang pernah digunakan untuk memperoleh gelar Sarjana disuatu Perguruan Tinggi dan Lembaga Pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penelitian manapun yang belum atau tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam Daftar Pustaka. Pendapat atau temuan orang lain yang terdapat dalam skripsi ini dikutip atau dirujuk berdasarkan Kode Etik Ilmiah.

Semarang, 24 Januari 2019

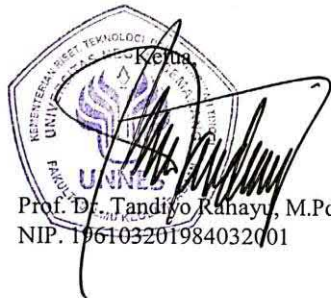

Katih Betliana
NIM 6411414049

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Tinjauan Sistem Manajemen K3 dalam Mendukung Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit (Studi Kasus di RSIA X Kota Semarang)" disusun oleh Ratih Berliana, NIM 6411414049 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, Tanggal : Senin, 25 Maret 2019

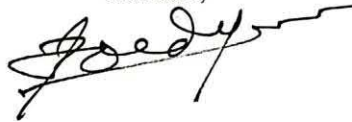
Tempat : Ruang Ujian Jurusan IKM A



Prof. Dr. Tandiyono Rahayu, M.Pd.
NIP. 196103201984032001

Panitia Ujian,

Sekretaris,



Irwan Budiono, S.K.M., M.Kes(Epid)
NIP. 197512172005011003

Dewan Penguji:

Tanggal

Penguji I,



Drs. Sugiharto, M.Kes
NIP. 195505121986011001

30/4/19

Penguji II,



dr. Anik Setyo W., M.Kes
NIP. 197409032006042001

23/04

Penguji III,



Evi Widowati, S.K.M., M.Kes
NIP. 198302062008122003

02/2019
/04

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

Qur'an Surah Al-Imran ayat 139 berbunyi: "Janganlah kamu bersikap lemah. dan janganlah pula kamu bersedih hati, padahal kamulah orang-orang yang paling tinggi derajatnya, jika kamu orang-orang yang beriman."

Qur'an Surah Yusuf ayat 12 berbunyi: "... dan janganlah kamu berputus asa dari rahmat Allah. Sesungguhnya tiada berputus asa dari rahmat Allah melainkan kaum yang kafir."

PERSEMBAHAN

Skripsi ini dipersembahkan untuk:

1. Orang tua saya, Ibunda Sri Mursiti, Ibunda Susanti Puji Lestari, Ayahnda Budi Sucipto, dan Ayahnda Siswo, atas segala doa yang tiada henti dan kasih sayang yang tidak pernah putus.
2. Almamater Universitas Negeri Semarang.

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT atas berkat dan rahmat-Nya sehingga Skripsi ini dapat terselesaikan. Berbagai sumber referensi yang diperoleh akhirnya Skripsi ini yang berjudul “Tinjauan Sistem Manajemen K3 dalam Mendukung Pencapaian Akreditasi Rumah Sakit (Studi Kasus di RSIA X Kota Semarang)” dapat terselesaikan.

Ucapan terimakasih disampaikan kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd., atas ijin penelitian.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Bapak Irwan Budiono, S.KM., M.Kes., atas persetujuan penelitian.
3. Pembimbing, Ibu Evi Widowati, S.KM., M.Kes., atas bimbingan, arahan dan motivasi dalam penyusunan Skripsi.
4. Penguji I Skripsi, Bapak Drs. Sugiharto, M.Kes., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan Skripsi ini.
5. Penguji II Skripsi, Ibu dr. Anik Setyo W., M.Kes., atas bimbingan, arahan, serta masukan dalam penyusunan Skripsi ini.
6. Direktur RSIA X Kota Semarang, Bapak dr. Makmur atas ijin penelitian.
7. Informan penelitian, atas partisipasi dalam pelaksanaan penelitian.
8. Ayahnda dan Ibunda tercinta, atas kasih sayang, motivasi, pengorbanan dan do’a dalam penyusunan Skripsi ini.
9. Saudara serta keluarga besar, atas segala bantuan moril maupun materil dalam penyusunan Skripsi ini.

10. Mahasiswa Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang Angkatan 2014, atas bantuan dalam penyelesaian Skripsi ini.
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, atas bantuannya dalam penyelesaian Skripsi ini.

Semoga kebaikan dari semua pihak mendapatkan balasan yang berlipat ganda dari Allah SWT. Disadari bahwa Skripsi ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, saran serta kritik yang membangun sangat diharapkan guna penyempurnaan karya selanjutnya. Semoga Skripsi ini bermanfaat.

Semarang, 24 Januari 2019

Penyusun

DAFTAR ISI

	Halaman
ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	7
1.3 Tujuan Penelitian.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	11
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1 Akreditasi Rumah Sakit.....	13
2.2 Faktor Internal.....	14
2.2.1 Komitmen.....	14
2.2.2 Manajemen Rumah Sakit.....	14
2.2.3 Organisasi Rumah Sakit.....	15

2.2.4 Sumber Daya Manusia.....	20
2.2.5 Sarana dan Prasarana.....	27
2.2.6 Mutu Pelayanan Rumah Sakit.....	28
2.2.7 Dana.....	29
2.3 Faktor Yuridis.....	30
2.3.1 Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi RS.....	30
2.3.2 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2017.....	33
2.3.3 <i>Hospital by Laws</i>	58
2.4 Faktor Eksternal.....	60
2.4.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit.....	60
2.4.2 Pasien dan Keluarga.....	60
2.4.3 Kemitraan Rumah Sakit.....	63
2.5 Survei Akreditasi Rumah Sakit.....	64
2.6 Pemberian Skor atau Skoring.....	64
2.6.1 Skor Terpenuhi Lengkap.....	64
2.6.2. Skor Terpenuhi Sebagian.....	65
2.6.3 Skor Tidak Terpenuhi.....	66
2.6.4 Skor Tidak Dapat Diterapkan (TDD).....	67
2.6.5 Tidak Lulus Akreditasi.....	67
2.6.6 Lulus Akreditasi.....	67
2.7 Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS).....	68
2.8 Pengajuan Akreditasi Ulang.....	69
2.9 Status Rumah Sakit Terakreditasi.....	73
2.9.1 Akreditasi Tingkat Dasar.....	74
2.9.2 Akreditasi Tingkat Madya.....	74

2.9.3 Akreditasi Tingkat Utama.....	74
2.9.4 Akreditasi Tingkat Paripurna.....	75
2.10 Kerangka Teori.....	76
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	78
3.1 Alur Pikir.....	78
3.2 Fokus Penelitian.....	79
3.3 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	79
3.4 Sumber Informasi.....	79
3.5 Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	82
3.6 Prosedur Penelitian.....	87
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data.....	87
3.8 Teknik Analisis Data.....	88
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	89
4.1 Gambaran Umum.....	89
4.2 Hasil Penelitian.....	90
BAB V PEMBAHASAN.....	130
5.1 Pembahasan.....	130
5.1.1 Kepemimpinan dan Perencanaan.....	130
5.1.2 Keselamatan dan Keamanan.....	132
5.1.3 Bahan Berbahaya.....	135
5.1.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana.....	137
5.1.5 Proteksi Kebakaran.....	139
5.1.6 Peralatan Medis.....	142
5.1.7 Sistem Penunjang.....	144
5.1.8 Monitoring Program MFK.....	146

5.1.9 Pendidikan Staf.....	147
5.2 Hambatan Penelitian.....	148
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN.....	150
6.1 Simpulan.....	150
6.2 Saran.....	151
DAFTAR PUSTAKA.....	155
LAMPIRAN.....	159

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1: Kerangka Teori.....	76
Gambar 3.1: Alur Pikir.....	78

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1: Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2.1: Tarif Kegiatan KARS Tahun 2018.....	30
Tabel 3.1: Jumlah Informan Penelitian.....	81
Tabel 3.2: Standar yang Digunakan pada Lembar Observasi.....	83
Tabel 3.3: Standar yang Digunakan pada Studi Dokumentasi.....	84
Tabel 4.1: Karakteristik Informan	91
Tabel 4.2: Penilaian Parameter Kepemimpinan dan Perencanaan.....	93
Tabel 4.3: Penilaian Parameter Keselamatan dan Keamanan.....	98
Tabel 4.4: Penilaian Parameter Bahan Berbahaya.....	103
Tabel 4.5: Penilaian Parameter Kesiapan Penanggulangan Bencana.....	107
Tabel 4.6: Penilaian Parameter Proteksi Kebakaran.....	110
Tabel 4.7: Penilaian Parameter Peralatan Medis.....	114
Tabel 4.8: Penilaian Parameter Sistem Penunjang.....	117
Tabel 4.9: Penilaian Parameter Monitoring Program MFK.....	124
Tabel 4.10: Penilaian Parameter Pendidikan Staf.....	125
Tabel 4.11: Rata-Rata Penerapan Standar MFK	129

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
LAMPIRAN.....	159
Lampiran 1: Hasil Observasi.....	160
Lampiran 2: Hasil Wawancara.....	165
Lampiran 3: Hasil Studi Dokumen.....	208
Lampiran 4: Surat Keputusan Pembimbing Skripsi.....	231
Lampiran 5: Surat Ijin Penelitian dari FIK	232
Lampiran 6: Surat <i>Ethical Clearance</i> dari KEPK	233
Lampiran 7: Surat Rekomendasi Riset dari Badan Kesbangpol	234
Lampiran 8: Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian dari RSIA X...	235
Lampiran 9: Dokumentasi Penelitian	236

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 tahun sekali. Akreditasi Rumah Sakit oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit, akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan oleh pemerintah pada manajemen rumah sakit, karena telah memenuhi standar yang ditetapkan. Tujuan dari pelaksanaan akreditasi rumah sakit adalah dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit; meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit dan rumah sakit sebagai institusi; mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan; dan meningkatkan profesionalisme rumah sakit Indonesia di mata

Internasional. Manfaat yang diperoleh rumah sakit terakreditasi adalah peningkatan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit terkait dengan mutu dan keselamatan pasien yang ada di rumah sakit tersebut serta mampu menetapkan standar lingkungan kerja yang aman dan efisien sehingga para staf rumah sakit juga akan merasa puas (Santoso, 2016).

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC) dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Kemenkes, 2017). Penelitian oleh Wilson *et al.* pada tahun 2012 tentang *patient safety* pada delapan negara berkembang di Mediterania Timur dan Afrika dengan mereview 15.548 rekam medis pasien *post* rawat inap, menunjukkan 8,2% diantaranya memiliki setidaknya satu KTD, 83% diantaranya dinilai dapat dicegah, 30% terkait dengan kematian pasien, sedangkan sekitar 34% KTD berasal dari *Medication error*. *National Patient Safety Agency* 2017 melaporkan dalam rentang waktu Januari sampai dengan Maret 2017 angka kejadian insiden yang dilaporkan dari negara Inggris sebanyak 460.862 kejadian diantaranya adalah angka tertinggi pada insiden kecelakaan pasien sebanyak 76.621 kejadian atau sebanyak 17%. Sedangkan berdasarkan laporan dari *Ministry of Health Malaysia* tahun 2016 melaporkan angka insiden pasien jatuh sebanyak 65 kejadian di rumah sakit mengakibatkan KTD berupa leher patah tulang paha (patah pinggul) di 12 bulan yang terakhir pada Maret 2016.

Penelitian yang pernah dilakukan oleh Okaviantari pada tahun 2015, diperoleh hasil bahwa Kejadian Nyaris Cedera pada Instalasi Rawat Inap C di RSUP Sanglah Denpasar Bali pada tahun 2015 terjadi sebanyak 190 pelaporan insiden. Berdasarkan 7 variabel didapatkan variabel tipe insiden sebanyak 91 insiden (47,89%) didominasi oleh medikasi/cairan infus, Sub Tipe Insiden oleh *Prescription Error* sebanyak 70 insiden (36,84%), variabel pelapor yang jarang melaporkan insiden adalah dari petugas lainnya seperti petugas radiologi dan lainnya yaitu sebesar 1 laporan insiden (0,53%), variabel potensi korban yang berpotensi menjadi korban adalah 100% pasien, variabel divisi kejadian terbanyak yaitu pada divisi bedah sebanyak 118 insiden (62,11%), variabel penyebab (petugas) yang paling sering menyebabkan insiden adalah dokter sebanyak 81 laporan insiden (42,63%), dan faktor pemicu terbanyak yaitu dari faktor tugas sebesar 146 insiden (76,84%).

Kementerian Kesehatan melalui lembaga independen KARS mengakui prestasi rumah sakit dalam bentuk sertifikasi akreditasi. Pada penentuan kelulusan akreditasi rumah sakit, keputusan final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 tahun 2017. Penghargaan status akreditasi bagi rumah sakit berdasarkan SNARS Edisi 1 tahun 2017 antara lain; (1) dinyatakan tidak lulus akreditasi apabila 15 bab yang disurvei semua mendapat nilai kurang dari 60% bagi rumah sakit non-pendidikan dan bila dari 16 bab yang disurvei semua mendapat nilai kurang dari 60% bagi rumah sakit pendidikan; (2) status akreditasi tingkat dasar apabila dari 15 bab yang disurvei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit non-pendidikan dan apabila dari 16 bab yang disurvei hanya 4

bab, dimana salah satu babnya adalah institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit pendidikan; (3) status akreditasi tingkat madya apabila dari 15 bab yang disurvei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit non-pendidikan dan apabila dari 16 bab yang disurvei ada 8 bab, dimana salah satu babnya adalah institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80% dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit pendidikan; (4) status akreditasi tingkat utama apabila dari 15 bab yang disurvei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit non-pendidikan dan apabila dari 16 bab yang disurvei ada 12 bab, dimana salah satu babnya adalah institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80% dan 4 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% bagi rumah sakit pendidikan; (5) status akreditasi tingkat paripurna apabila dari 15 bab yang disurvei semua bab mendapat nilai minimal 80% bagi rumah sakit non-pendidikan dan apabila dari 16 bab yang disurvei semua bab mendapat nilai minimal 80% bagi rumah sakit pendidikan.

Pelaksanaan akreditasi rumah sakit diharapkan dapat menekan angka kejadian insiden di rumah sakit sehingga rumah sakit dipercaya oleh masyarakat dalam pelayanan kesehatannya dan dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Namun, belum semua rumah sakit di Indonesia telah terakreditasi oleh KARS. Menurut Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit menyebutkan bahwa setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi apabila telah memiliki ijin beroperasi minimal 2 tahun. Berdasarkan laporan Ditjen Pelayanan

Kesehatan Kementerian Kesehatan (Kemenkes) RI pada tahun 2018, terdapat 2.776 rumah sakit yang ada di Indonesia dimana sebanyak 2.198 merupakan Rumah Sakit Umum (79,18%) dan 578 diantaranya merupakan Rumah Sakit Khusus (20,82%). Dari keseluruhan rumah sakit yang ada di Indonesia, sebanyak 1.481 rumah sakit telah terakreditasi (53,35%) dan sebanyak 1.295 rumah sakit di seluruh Indonesia belum terakreditasi (46,65%) (Kemenkes, 2018).

Berdasarkan laporan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI pada tahun 2018, Provinsi Jawa Tengah memiliki jumlah keseluruhan rumah sakit yang ada adalah sebanyak 296 rumah sakit. Dari keseluruhan rumah sakit tersebut, sebanyak 167 rumah sakit telah terakreditasi (56,42%) dan sebanyak 129 rumah sakit belum terakreditasi (43,58%) dari keseluruhan rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta yang ada di Provinsi Jawa Tengah (Kemenkes, 2018).

Kota Semarang merupakan ibukota Provinsi Jawa Tengah sekaligus salah satu kota paling berkembang di Pulau Jawa. Berdasarkan data yang tersedia di *website* resmi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada tahun 2018, kota Semarang memiliki 26 rumah sakit yang terdiri dari rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah. Dalam pencapaian akreditasi, terdapat 19 rumah rumah sakit telah terakreditasi secara nasional (73,07%). Selanjutnya, sebanyak 5 rumah sakit belum terakreditasi secara nasional (23,07%) dan sebanyak 1 rumah sakit (3,84%) rumah sakit masa berlaku akreditasi sudah habis. Data rumah sakit yang belum terakreditasi secara nasional menunjukkan bahwa dari 5 rumah sakit tersebut sebanyak 4 rumah sakit merupakan Rumah Sakit Khusus Ibu dan Anak (80%). Dinas Kesehatan Kota Semarang sudah berupaya untuk mendorong rumah sakit tersebut, akan tetapi belum ada pelaksanaan akreditasi yang dilakukan oleh pihak rumah sakit.

Berdasarkan Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2016, salah satu permasalahan dalam pencapaian akreditasi rumah sakit adalah minimnya pelatihan SDM dalam memenuhi persyaratan akreditasi seperti pelatihan Bantuan Hidup Dasar (BHD), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Manajemen Penggunaan Obat (MPO), Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) rumah sakit sesuai dengan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) (Kemenkes, 2017).

Dalam mendukung pencapaian akreditasi rumah sakit, sesuai dengan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) dalam SNARS Edisi 1, rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut, fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Rumah sakit perlu menyusun program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang mencakup enam bidang yaitu keselamatan dan keamanan, bahan berbahaya dan beracun (B3), manajemen penanggulangan bencana, sistem proteksi kebakaran, peralatan medis dan sistem penunjang (KARS, 2017). Pada standar MFK SNARS Edisi 1, terdapat 11 standar yang dinilai dan mencakup 9 hal diantaranya kepemimpinan dan perencanaan, keselamatan dan keamanan, bahan berbahaya, kesiapan penanggulangan bencana, proteksi kebakaran, peralatan medis, sistem penunjang, monitoring program manajemen fasilitas dan keselamatan, serta pendidikan staf. Standar MFK merupakan salah satu standar yang dinilai dalam mencapai akreditasi rumah sakit bertujuan untuk menilai upaya manajemen rumah sakit dalam mengurangi dan mengendalikan bahaya risiko, mencegah kecelakaan dan cedera, serta memelihara kondisi aman.

Tempat penelitian pada penelitian ini dipilih dengan menggunakan teknik randomisasi atau secara acak karena seluruh RSIA yang belum terakreditasi di Kota Semarang memiliki karakteristik dan kesempatan yang sama untuk diteliti. RSIA X merupakan salah satu RSIA di Kota Semarang yang telah beroperasi sejak tahun 1993 namun belum terakreditasi. Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan, RSIA X telah melaksanakan beberapa program manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit berupa tersedianya APAR di setiap lantai rumah sakit, setiap lantai telah terpasang CCTV, tersedianya tempat pembuangan sampah yang telah dibedakan antara sampah infeksius dan non-infeksius, tersedianya jalur evakuasi serta tersedianya papan titik berkumpul di depan rumah sakit. Selain itu, rumah sakit juga memiliki rencana untuk mengajukan akreditasi rumah sakit pada tahun 2019. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang bertujuan untuk meninjau sistem manajemen keselamatan dan kesehatan di RSIA X dalam mendukung pencapaian akreditasi rumah sakit.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka diperoleh rumusan permasalahan pada penelitian ini adalah: Seberapa besar presentase terapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja RSIA X Kota Semarang dalam mendukung pencapaian akreditasi rumah sakit?

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besar presentase penerapan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja RSIA X Kota Semarang dalam mendukung pencapaian akreditasi rumah sakit.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat untuk Peneliti

1. Dapat memperoleh ilmu serta pengalaman dari penerapan materi yang telah diperoleh didalam perkuliahan.
2. Sebagai upaya pengembangan pribadi dalam berfikir logis, terstruktur dan sistematis.
3. Dapat mengetahui pentingnya Manajemen Fasilitas dan Keselamatan dalam akreditasi di Rumah Sakit.

1.4.2 Manfaat untuk Rumah Sakit Ibu dan Anak X Kota Semarang

1. Dapat membantu mempersiapkan Rumah Sakit dalam mencapai akreditasi rumah sakit berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 khususnya pada standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.
2. Dapat menjalin hubungan yang baik antara Universitas Negeri Semarang dengan rumah sakit.

1.4.3 Manfaat untuk Institusi Pendidikan

Sebagai bahan pustaka di Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang dalam pengembangan ilmu di bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja khususnya terkait dengan Sistem Manajemen K3 Rumah Sakit dalam mendukung pencapaian akreditasi rumah sakit.

2.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya (Tabel 1.1).

Tabel 1.1: Keaslian Penelitian

No.	Nama Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Angelia W. Keles, G. D Kandou, Ch. R. Tilaar (2015)	Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012	Kualitatif	Identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh	Hasil penelitian menunjukkan pelaksanaan identifikasi pasien, pelaksanaan komunikasi efektif, pelaksanaan peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, pelaksanaan kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi sudah sesuai dengan standar akreditasi rumah sakit versi 2012 sedangkan pelaksanaan pengurangan risiko infeksi dan pelaksanaan pengurangan risiko pasien jatuh belum sesuai standar
2.	Patricia Talakua, A. Indahwati, Sidin, Noer Bahry Noor (2013)	Gambaran Motivasi Karyawan dalam Menghadapi Akreditasi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2013	<i>Survey</i>	Minat, sikap, kebutuhan, tipe penghargaan, tingkat otonomi, umpan balik, tingkat variasi tugas, lingkungan kerja, tindakan organisasi	Berdasarkan hasil penelitian mengenai gambaran motivasi karyawan menunjukkan keadaan yang baik. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa dalam menghadapi akreditasi di RS Stella Maris Makassar, maka

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					gambaran karyawan terkait dengan minat baik (48,7%), sikap baik (97,4%), kebutuhan baik (65,8%), tipe penghargaan cukup baik (47,4%), tingkat otonomi baik (63,2%), umpan balik baik (68,4%), tingkat variasi tugas baik (46,1%), lingkungan kerja baik (75%), dan tindakan organisasi cukup baik (40,8%). Dari hasil tersebut hanya 2 (dua) variabel yaitu tipe penghargaan dan tindakan organisasi yang belum berjalan optimal untuk mendukung motivasi karyawan dalam menghadapi proses akreditasi.
3.	M. Anrian (2015)	Strategi Peningkatan Status Akreditasi Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Kepulauan Meranti	Deskriptif kualitatif	Pelaksanaan strategi peningkatan status akreditasi, faktor – faktor	Strategi Peningkatan Status Akreditasi Rumah Sakit Di RSUD Kabupaten Kepulauan Meranti belum berjalan secara maksimal. Hal ini dapat dilihat dari masih lemahnya pemanfaatan kekuatan – kekuatan yang

Lanjutan (Tabel 1.1)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
					<p>dimiliki oleh RSUD Kabupaten Kepulauan Meranti seperti pelayanan kegiatan yang dilakukan sumberdaya manusia atau tenaga rumah sakit belum sepenuhnya berstandar pada SOP yang ditetapkan. Dan juga belum mampu memaksimalkan peluang yang dimiliki RSUD Kabupaten Kepulauan Meranti seperti pengelolaan keuangan rumah sakit yang saat ini sudah menjadi Rumah Sakit BLUD belum dapat dijalankan dengan maksimal oleh Rumah Sakit.</p>

Perbedaan antara penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah instrumen penelitian merupakan penilaian akreditasi rumah sakit berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2017.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Pengambilan data dilaksanakan di Rumah Sakit Ibu dan Anak X Kota Semarang Jl. Bugangan, Rejosari, Kota Semarang, Jawa Tengah.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penyusunan skripsi ini dilaksanakan pada kurun waktu bulan Januari 2018 sampai dengan bulan Januari 2019.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Penelitian ini termasuk dalam bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan kajian Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit khususnya terkait tinjauan Sistem Manajemen K3 Rumah Sakit dalam mendukung pencapaian akreditasi Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 tentang Akreditasi Rumah Sakit, Akreditasi Rumah Sakit adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Rumah sakit yang telah beroperasi selama minimal 2 tahun wajib mengajukan akreditasi ke KARS.

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1 (KARS, 2017). Standar ini merupakan standar yang digunakan secara nasional dalam pencapaian akreditasi rumah sakit Indonesia.

2.2 Faktor Internal

2.2.1 Komitmen

Menurut Lowenthal (1994) dalam Hartono (2010) rumah sakit sebagai sebuah organisasi selayaknya memiliki visi. Tujuan bersama sering juga disebut sebagai visi, yaitu gambaran tentang bentuk/keadaan organisasi di masa depan. Visi yang jelas akan menjadi acuan bagi bentuk dan arah organisasi yang lebih baik. Misi berupa rumusan tentang bisnis yang digeluti oleh organisasi, atau fungsi-fungsi yang akan dijalankan oleh organisasi tersebut dalam tatanan masyarakat. Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 menyatakan bahwa misi atau tugas dari rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

2.2.2 Manajemen Rumah Sakit

Pengaturan organisasi yang baik memerlukan ilmu manajemen untuk pengelolaan, pada dasarnya pengelolaan organisasi memunculkan fungsi-fungsi manajemen. Manajemen kesehatan tidak dapat disamakan dengan manajemen niaga yang lebih banyak berorientasi memberikan manfaat pelayanan secara optimal kepada masyarakat karena organisasi kesehatan lebih mementingkan pencapaian kesejahteraan masyarakat umum. Dalam Sistem Kesehatan Nasional, manajemen kesehatan merupakan salah satu subsistem yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang didukung oleh pengelolaan data dan informasi, penerapan ilmu teknologi, serta pengaturan hukum kesehatan yang terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Herlambang, 2016).

Menurut Notoatmojo (2003), manajemen kesehatan adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan nonpetugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Ruang lingkup manajemen kesehatan secara garis besar mengerjakan kegiatan yang berkaitan dengan (Herlambang, 2016):

1. Manajemen sumber daya manusia
2. Manajemen keuangan
3. Manajemen logistik
4. Manajemen pelayanan kesehatan dan sistem informasi manajemen

Model Segitiga Pelayanan merupakan salah satu teori manajemen pelayanan kesehatan untuk organisasi-organisasi yang bergerak di bidang pelayanan. Di dalam memberikan pelayanan organisasi yang sangat berhasil memiliki 3 kesamaan. Kesamaan yang dimaksud adalah sebagai berikut (Herlambang, 2016):

1. Strategi pelayanan yang tersusun secara baik
2. Orang yang berada di bagian depan berorientasi pelanggan
3. Memberikan sistem pelayanan yang ramah.

2.2.3 Organisasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Presiden RI Nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit, Pengaturan pedoman organisasi Rumah Sakit bertujuan untuk mewujudkan organisasi Rumah Sakit yang efektif, efisien, dan akuntabel dalam rangka mencapai visi dan misi Rumah Sakit sesuai tata kelola perusahaan yang baik (*Good Corporate Governance*) dan tata kelola klinis yang baik (*Good Clinical Governance*). Organisasi Rumah Sakit disesuaikan dengan besarnya kegiatan dan beban kerja Rumah Sakit. Struktur organisasi Rumah Sakit harus

membagi habis seluruh tugas dan fungsi Rumah Sakit. Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas: kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; unsur pelayanan medis; unsur keperawatan; unsur penunjang medis; unsur administrasi umum dan keuangan; komite medis; dan satuan pemeriksaan internal.

2.2.3.1 Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit

Menurut Peraturan Presiden RI Nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit, Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit bertugas memimpin penyelenggaraan Rumah Sakit. Dalam melaksanakan tugasnya, kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit menyelenggarakan fungsi sebagai berikut:

1. Koordinasi pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi;
2. Penetapan kebijakan penyelenggaraan Rumah Sakit sesuai dengan kewenangannya;
3. Penyelenggaraan tugas dan fungsi Rumah Sakit;
4. Pembinaan, pengawasan, dan pengendalian pelaksanaan tugas dan fungsi unsur organisasi; dan
5. Evaluasi, pencatatan, dan pelaporan.

2.2.3.2 Unsur Pelayanan Medis

Unsur pelayanan medis merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit dan dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur pelayanan medis bertugas melaksanakan pelayanan medis. Dalam melaksanakan tugas, unsur pelayanan medis menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan rencana pemberian pelayanan medis;
2. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan medis;

3. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan medis; dan
4. Pemantauan dan evaluasi pelayanan medis.

Unsur pelayanan medis meliputi pelayanan rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

2.2.3.3 *Unsur Keperawatan*

Unsur keperawatan merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan keperawatan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur keperawatan dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur keperawatan bertugas melaksanakan pelayanan keperawatan di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugasnya di rumah sakit, unsur keperawatan menyelenggarakan fungsi berupa:

1. Penyusunan rencana pemberian pelayanan keperawatan;
2. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan keperawatan;
3. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang keperawatan; dan
4. Pemantauan dan evaluasi pelayanan keperawatan.

2.2.3.4 *Unsur Penunjang Medis*

Unsur penunjang medis merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan penunjang medis yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit dan dipimpin oleh direktur, wakil direktur, kepala bidang, atau manajer. Unsur penunjang medis bertugas melaksanakan pelayanan penunjang medis. Dalam melaksanakan tugas, unsur penunjang medis menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan rencana pemberian pelayanan penunjang medis;

2. Koordinasi dan pelaksanaan pelayanan penunjang medis;
3. Pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien di bidang pelayanan penunjang medis;
4. Pengelolaan rekam medis; dan
5. Pemantauan dan evaluasi pelayanan penunjang medis.

2.2.3.5 *Unsur Administrasi Umum dan Keuangan*

Unsur administrasi umum dan keuangan merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan administrasi umum dan keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur administrasi umum dan keuangan merupakan unsur organisasi di bidang pelayanan administrasi umum dan keuangan yang berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Unsur administrasi umum dan keuangan bertugas melaksanakan administrasi umum dan keuangan.

Dalam melaksanakan tugas administrasi umum, unsur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi pengelolaan: ketatausahaan; kerumahtanggaan; pelayanan hukum dan kemitraan; pemasaran; kehumasan; pencatatan, pelaporan, dan evaluasi; penelitian dan pengembangan; sumber daya manusia; dan pendidikan dan pelatihan.

Dalam melaksanakan tugas keuangan, unsur administrasi umum dan keuangan menyelenggarakan fungsi: perencanaan anggaran; perbendaharaan dan mobilisasi dana; dan akuntansi.

2.2.3.6 *Komite Medis*

Komite Medis merupakan unsur organisasi yang mempunyai tanggung jawab untuk menerapkan tata kelola klinis yang baik (*good clinical governance*).

Komite Medis dibentuk oleh dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit.

Komite Medis bertugas meningkatkan profesionalisme staf medis yang bekerja di rumah sakit dengan cara:

1. melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang akan melakukan pelayanan medis di rumah sakit;
2. memelihara mutu profesi staf medis; dan
3. menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis.

Dalam melaksanakan tugas kredensial, Komite Medis menyelenggarakan fungsi: penyusunan dan pengkompilasian daftar kewenangan klinis sesuai dengan masukan dari kelompok staf medis berdasarkan norma keprofesian yang berlaku; penyelenggaraan pemeriksaan dan pengkajian kompetensi, kesehatan fisik dan mental, perilaku, dan etika profesi; evaluasi data pendidikan profesional kedokteran atau kedokteran gigi berkelanjutan; wawancara terhadap pemohon kewenangan klinis; penilaian dan keputusan kewenangan klinis yang adekuat; pelaporan hasil penilaian kredensial dan menyampaikan rekomendasi kewenangan klinis kepada komite medik; pelaksanaan proses rekredensial pada saat berakhirnya masa berlaku surat penugasan klinis dan adanya permintaan dari komite medik; dan rekomendasi kewenangan klinis dan penerbitan surat penugasan klinis.

Dalam melaksanakan tugas memelihara mutu profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi: pelaksanaan audit medis; rekomendasi pertemuan ilmiah internal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis; rekomendasi kegiatan eksternal dalam rangka pendidikan berkelanjutan bagi staf medis rumah sakit tersebut; dan rekomendasi proses pendampingan bagi staf medis yang membutuhkan.

Dalam melaksanakan tugas menjaga disiplin, etika, dan perilaku profesi staf medis, Komite Medis menyelenggarakan fungsi: pembinaan etika dan disiplin profesi kedokteran; pemeriksaan staf medis yang diduga melakukan pelanggaran disiplin; rekomendasi pendisiplinan perilaku profesional di rumah sakit; dan pemberian nasehat atau pertimbangan dalam pengambilan keputusan etis pada asuhan medis pasien.

2.2.3.7 *Satuan Pemeriksaan Internal*

Satuan pemeriksaan internal merupakan unsur organisasi yang bertugas melaksanakan pemeriksaan audit kinerja internal rumah sakit. Satuan pemeriksaan internal berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit. Dalam melaksanakan tugas, satuan pemeriksaan internal menyelenggarakan fungsi: pemantauan dan evaluasi pelaksanaan manajemen risiko di unit kerja rumah sakit; penilaian terhadap sistem pengendalian, pengelolaan, dan pemantauan efektifitas dan efisiensi sistem dan prosedur dalam bidang administrasi pelayanan, serta administrasi umum dan keuangan; pelaksanaan tugas khusus dalam lingkup pengawasan intern yang ditugaskan oleh kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit; pemantauan pelaksanaan dan ketepatan pelaksanaan tindak lanjut atas laporan hasil audit; dan pemberian konsultasi, advokasi, pembimbingan, dan pendampingan dalam pelaksanaan kegiatan operasional rumah sakit.

2.2.4 Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia merupakan sarana utama dari setiap manajemen untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, berbagai kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan adalah perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, pengarahan, dan pengawasan dalam kegiatan organisasi, semuanya memerlukan manusia sebagai sarana penggeraknya. Rumah sakit sebagai sebuah organisasi

pelayanan kesehatan membutuhkan sumber daya manusia yang berkualitas, mempunyai keahlian di bidang kesehatan secara professional, sehingga mempermudah rumah sakit mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Herlambang, 2016).

Sumber daya di rumah sakit terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.

2.2.4.1 *Dokter*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga medis terdiri atas dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis.

Menurut Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran mempunyai kewajiban:

1. Memberikan pelayanan medis sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional serta kebutuhan medis pasien;
2. Merujuk pasien ke dokter atau dokter gigi lain yang mempunyai keahlian atau kemampuan yang lebih baik, apabila tidak mampu melakukan suatu pemeriksaan atau pengobatan;
3. Merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia;

4. Melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan, kecuali bila ia yakin ada orang lain yang bertugas dan mampu melakukan pertolongan dalam keadaan darurat;
5. Menambah ilmu pengetahuan dan mengikuti perkembangan ilmu kedokteran atau kedokteran gigi.

2.2.4.2 *Perawat*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keperawatan terdiri atas berbagai jenis perawat.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, Perawat dalam melaksanakan Praktik Keperawatan berkewajiban:

1. Melengkapi sarana dan prasarana Pelayanan Keperawatan sesuai dengan standar Pelayanan Keperawatan dan ketentuan Peraturan Perundangundangan;
2. Memberikan Pelayanan Keperawatan sesuai dengan kode etik, standar Pelayanan Keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan Peraturan Perundang-undangan;
3. Merujuk Klien yang tidak dapat ditangani kepada Perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya;
4. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan sesuai dengan standar.
5. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan Keperawatan kepada Klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya;

6. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi Perawat;
7. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh Pemerintah.

2.2.4.3 *Psikologi Klinis*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga psikologi klinis adalah psikologi klinis.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 45 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Klinis, Pelayanan Psikologi Klinis adalah segala aktivitas pemberian jasa dan praktik psikologi klinis untuk menolong individu dan/atau kelompok yang dimaksudkan untuk pemeriksaan dan intervensi psikologis untuk upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif maupun paliatif pada masalah psikologi klinis. Dalam melaksanakan praktik keprofesiannya, Psikolog Klinis mempunyai kewajiban sebagai berikut:

1. Menghormati hak pasien;
2. Menyimpan rahasia sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
3. Memberikan informasi tentang masalah kesehatan dan pelayanan yang dibutuhkan;
4. Memperoleh persetujuan tindakan yang akan dilaksanakan kepada pasien;
5. Melakukan rujukan untuk kasus di luar kompetensi dan kewenangannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
6. Mematuhi Standar Profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan kode etik profesi.

2.2.4.4 *Bidan*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kebidanan adalah bidan. Menurut Rancangan Undang-Undang tentang Kebidanan tahun 2016, Bidan adalah seorang perempuan yang telah menyelesaikan program pendidikan kebidanan baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang diakui secara sah oleh pemerintah pusat dan telah memenuhi persyaratan untuk melakukan praktik kebidanan. Dalam menyelenggarakan Praktik Kebidanan, Bidan berperan sebagai:

1. Pemberi pelayanan Kebidanan;
2. Pengelola pelayanan Kebidanan;
3. Penyuluh dan konselor;
4. Pendidik, pembimbing, dan fasilitator klinik;
5. Penggerak peran serta masyarakat dan pemberdayaan perempuan;
6. Peneliti.

2.2.4.5 *Apoteker dan Teknis Kefarmasian*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kefarmasian terdiri atas apoteker dan tenaga teknis kefarmasian. Menurut Permenkes RI Nomor 889 Tahun 2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, Tenaga kefarmasian adalah tenaga yang melakukan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian. Apoteker adalah Sarjana Farmasi yang telah lulus sebagai Apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan Apoteker. Tenaga Teknis Kefarmasian adalah

tenaga yang membantu Apoteker dalam menjalankan pekerjaan kefarmasian, yang terdiri atas Sarjana Farmasi, Ahli Madya Farmasi, Analis Farmasi dan Tenaga Menengah Farmasi atau Asisten Apoteker.

2.2.4.6 *Tenaga Kesehatan Masyarakat*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan masyarakat terdiri atas epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga.

2.2.4.7 *Tenaga Kesehatan Lingkungan*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga kesehatan lingkungan terdiri atas tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan.

2.2.4.8 *Tenaga Gizi*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga gizi terdiri atas nutrisisionis dan dietisien. Menurut Permenkes RI Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit, Pelayanan Gizi suatu upaya memperbaiki, meningkatkan gizi, makanan, dietetik masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengolahan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat

atau sakit. Tenaga Gizi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan di bidang gizi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

2.2.4.9 *Tenaga Keterampilan Fisik*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keterampilan fisik terdiri atas fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur.

2.2.4.10 *Tenaga Keteknisian Medis*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga keteknisian medis terdiri atas perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis.

2.2.4.11 *Tenaga Teknik Biomedik*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok tenaga teknik biomedika terdiri atas radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik.

2.2.4.12 *Tenaga Kesehatan Tradisional*

Menurut Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan, jenis Tenaga Kesehatan yang termasuk dalam kelompok Tenaga Kesehatan tradisional terdiri atas tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan. Menurut Permenkes No. 37 Tahun 2017 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi, Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang mengombinasikan pelayanan kesehatan konvensional dengan pelayanan kesehatan tradisional

komplementer, baik bersifat sebagai pelengkap maupun pengganti dalam keadaan tertentu. Pelayanan Kesehatan Konvensional adalah suatu sistem pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter dan/atau tenaga kesehatan lainnya berupa mengobati gejala dan penyakit dengan menggunakan obat, pembedahan, dan/atau radiasi.

2.2.4.13 Tenaga Non Kesehatan

Tenaga non kesehatan adalah tenaga yang bukan termasuk pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.

2.2.5 Sarana dan Prasarana

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, persyaratan bangunan harus memenuhi persyaratan administratif dan persyaratan teknis bangunan gedung pada umumnya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan serta persyaratan teknis bangunan Rumah Sakit, sesuai dengan fungsi, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan serta perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang cacat, anak-anak, dan orang usia lanjut. Bangunan Rumah Sakit harus dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan yang paripurna, pendidikan dan pelatihan, serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Bangunan rumah sakit paling sedikit terdiri atas ruang rawat jalan, ruang rawat inap, ruang gawat darurat, ruang operasi, ruang tenaga kesehatan, ruang radiologi, ruang laboratorium, ruang sterilisasi, ruang farmasi, ruang pendidikan dan latihan, ruang kantor dan administrasi, ruang ibadah, ruang tunggu, ruang penyuluhan kesehatan masyarakat rumah sakit, ruang menyusui, ruang mekanik, ruang dapur, laundry, kamar jenazah, taman, pengolahan sampah, dan pelataran parkir yang mencukupi.

Prasarana Rumah Sakit dapat meliputi instalasi air, instalasi mekanikal dan elektrik, instalasi gas medic, instalasi uap, instalasi pengelolaan limbah, pencegahan dan penanggulangan kebakaran, petunjuk, standar dan sarana evakuasi saat terjadi keadaan darurat, instalasi tata udara, sistem informasi dan komunikasi serta ambulans. Prasarana harus memenuhi standar pelayanan, keamanan, serta keselamatan dan kesehatan kerja penyelenggaraan Rumah Sakit. Prasarana harus dalam keadaan terpelihara dan berfungsi dengan baik. Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya. Pengoperasian dan pemeliharaan prasarana Rumah Sakit harus didokumentasi dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan.

2.2.6 Mutu Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, setiap Rumah Sakit wajib memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif dilaksanakan paling sedikit sesuai dengan sasaran keselamatan pasien Rumah Sakit. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman dan efektif. Pelayanan kesehatan yang bermutu merupakan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan Rumah Sakit sebagai bagian dari tata kelola klinis yang baik. Standar pelayanan Rumah Sakit disusun dan diterapkan dengan memperhatikan standar profesi, standar pelayanan masing-masing Tenaga Kesehatan, standar prosedur operasional, kode etik profesi dan kode etik Rumah Sakit. Pelayanan kesehatan yang antidiskriminasi diwujudkan dengan tidak

membedakan pelayanan kepada pasien dalam memberikan pelayanan kesehatan, baik menurut ras, agama, suku, gender, kemampuan ekonomi, orang dengan kebutuhan khusus (difabel), latar belakang sosial politik dan antar golongan.

Mutu pelayanan rumah sakit dapat dikelompokkan menjadi 3 hal yaitu struktur, proses dan *outcome*. Struktur terdiri dari sarana fisik, peralatan, dana, tenaga kesehatan dan nonkesehatan, serta pasien. Proses terdiri dari manajemen rumah sakit baik manajemen interpersonal, teknis maupun pelayanan keperawatan yang kesemuanya tercermin pada tindakan medis dan nonmedis kepada pasien (Herlambang, 2016).

Aspek mutu yang dapat dipakai sebagai indikator untuk menilai mutu pelayanan rumah sakit yaitu (Herlambang, 2016):

1. Penampilan keprofesian (aspek klinis)
2. Efisiensi dan efektivitas
3. Keselamatan
4. Kepuasan pasien

2.2.7 Dana

Untuk melaksanakan kegiatan operasional sebuah organisasi pelayanan kesehatan memerlukan sarana berupa uang, yang dipergunakan sebagai sarana pembelian bahan medis dan non medis untuk operasional rumah sakit, pembayaran gaji dan sebagainya (Herlambang, 2016).

Ketika akan melakukan akreditasi rumah sakit, biaya yang diperlukan untuk melakukan akreditasi rumah sakit oleh KARS Tahun 2018 tersedia pada tabel berikut:

Tabel 2.1. Tarif Kegiatan KARS Tahun 2018

Kegiatan	Jumlah Tempat Tidur		Uraian		Biaya
	Tempat Tidur	Tipe RS	Hari Survei	Surveior	Biaya
Survei Akreditasi SNARS Ed 1 Program Reguler	Kurang dari 100	RSNP	3 hari	3 orang	32.900.000
	Kurang dari 100	RSP	4 hari	3 orang	39.200.000
	101-300	RSNP	4 hari	3 orang	39.200.000
	101-300	RSP	4 hari	4 orang	47.600.000
	101-300	RSK	4 hari	3 orang	39.200.000
	301-700	RSNP	4 hari	5 orang	56.000.000
	301-700	RSP	5 hari	6 orang	77.000.000
	301-700	RSK	4 hari	4 orang	47.600.000
	701-1000	RSNP	5 hari	6 orang	77.000.000
	701-1000	RSP	5 hari	7 orang	87.500.000
	701-1000	RSK	5 hari	6 orang	77.000.000
	Lebih dari 1000	RSNP	5 hari	7 orang	87.500.000
	Lebih dari 1000	RSP	5 hari	8 orang	98.000.000
	Lebih dari 1000	RSK	5 hari	7 orang	87.500.000
	Kelas A Khusus	RSP	4 hari	6 orang	64.400.000

Sumber: KARS, 2018

2.3 Faktor Yuridis

2.3.1 Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan Rumah Sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa Rumah Sakit telah memenuhi Standar Akreditasi. Standar Akreditasi adalah pedoman yang berisi tingkat pencapaian yang harus dipenuhi oleh rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pengaturan Akreditasi bertujuan untuk; meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit dan melindungi keselamatan pasien rumah sakit, meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di rumah sakit dan rumah sakit sebagai

institusi, mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan, dan meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

Setiap Rumah Sakit wajib terakreditasi. Akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 tahun. Akreditasi dilakukan oleh rumah sakit saling lama setelah beroperasi 2 tahun sejak memperoleh izin operasional untuk pertama kali. Akreditasi dilaksanakan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang berasal dari dalam atau luar negeri.

Rumah Sakit harus melakukan perpanjangan Akreditasi sebelum masa berlaku status Akreditasinya berakhir. Untuk mendapatkan status Akreditasi baru, direktur atau kepala rumah sakit harus mengajukan perpanjangan Akreditasi kepada lembaga independen penyelenggara Akreditasi.

Penyelenggaraan Akreditasi meliputi kegiatan (Kemenkes, 2017):

2.3.1.1 Persiapan Akreditasi

Persiapan Akreditasi dilakukan oleh rumah sakit yang akan menjalani proses Akreditasi, meliputi kegiatan:

2.3.1.1.1 Penilaian mandiri (self assesment)

Penilaian mandiri bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan rumah sakit untuk pemenuhan Standar Akreditasi dalam rangka survei Akreditasi. Penilaian mandiri (*self assesment*) dilakukan dengan menggunakan instrumen Akreditasi yaitu suatu alat ukur yang dipakai oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi untuk menilai rumah sakit dalam memenuhi Standar Akreditasi.

2.3.1.1.2 Workshop

Workshop diselenggarakan untuk menunjang pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit.

2.3.1.1.3 *Bimbingan Akreditasi*

Bimbingan Akreditasi merupakan proses pembinaan terhadap rumah sakit untuk meningkatkan kinerja dalam mempersiapkan survei Akreditasi. Bimbingan Akreditasi dapat diberikan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi dan/atau oleh tenaga pembimbing. Tenaga pembimbing dapat berasal dari Kementerian Kesehatan dan/atau rumah sakit yang telah lulus Akreditasi. Tenaga pembimbing memberikan bimbingan Akreditasi berupa pendampingan.

2.3.1.2 *Pelaksanaan Akreditasi*

Pelaksanaan Akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi. Dalam pelaksanaan akreditasi, kegiatan yang dilaksanakan sesuai dengan pedoman Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 antara lain:

2.3.1.2.1 *Survei Akreditasi*

Survei Akreditasi merupakan penilaian untuk mengukur pencapaian dan cara penerapan Standar Akreditasi. Survei Akreditasi dilakukan oleh *surveior* dari lembaga independen penyelenggara Akreditasi sesuai dengan Standar Akreditasinya. *Surveior* harus memberikan rekomendasi kepada lembaga independen penyelenggara Akreditasi terhadap rumah sakit yang dinilainya. Rekomendasi berupa rekomendasi Akreditasi dan/atau rekomendasi perbaikan yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk pemenuhan Standar Akreditasi.

2.3.1.2.2 *Penetapan status Akreditasi*

Penetapan status Akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi berdasarkan rekomendasi Akreditasi dari *surveyor*. Dalam hal Rumah Sakit mendapatkan rekomendasi perbaikan dari *surveior*, rumah sakit harus membuat perencanaan perbaikan strategis untuk memenuhi Standar Akreditasi yang belum tercapai. Rumah sakit yang mendapatkan

rekomendasi perbaikan dari *surveior* harus dilakukan survei Akreditasi kembali oleh lembaga independen penyelenggaran Akreditasi penilai.

2.3.1.3 *Pasca Akreditasi*

Kegiatan pascaakreditasi dilakukan dalam bentuk survei verifikasi. Survei verifikasi bertujuan untuk mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sesuai dengan rekomendasi dari *surveior*. Survei verifikasi hanya dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang telah melakukan penetapan status Akreditasi terhadap rumah sakit. Dalam hal rumah sakit telah mendapatkan penetapan status akreditasi, namun pada saat survei verifikasi tidak dapat mempertahankan dan/atau meningkatkan mutu pelayanan sesuai dengan rekomendasi *surveior*, lembaga Independen Penyelenggara Akreditasi yang melakukan penetapan status Akreditasi dapat melakukan pencabutan Penetapan Status Akreditasinya.

Rumah sakit yang telah memiliki status Akreditasi dan/atau lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang melakukan akreditasi harus melaporkan status Akreditasi Rumah Sakit kepada Menteri. Rumah Sakit dapat mencantumkan kata “terakreditasi” di bawah atau di belakang nama rumah sakitnya dengan huruf lebih kecil dan mencantumkan nama lembaga independen penyelenggara Akreditasi yang melakukan Akreditasi, serta masa berlaku status Akreditasinya.

2.3.2 Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

2.3.2.1 *Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)*

Maksud dan tujuan Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah

sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

2.3.2.1.1 *Sasaran 1: Mengidentifikasi Pasien dengan Benar*

Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya. Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: (1) memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan; (2) untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

2.3.2.1.2 *Sasaran 2: Meningkatkan Komunikasi yang Efektif*

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksen dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (*look alike, sound alike*), seperti *phenobarbital* dan *phentobarbital*, serta lainnya. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada;

1. Pemeriksaan laboratorium;
2. Pemeriksaan radiologi;

3. Pemeriksaan kedokteran nuklir;
4. Prosedur ultrasonografi;
5. *Magnetic resonance imaging*;
6. Diagnostik jantung;
7. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda *vital, portable radiographs, bedside ultrasound*, atau *transesophageal echocardiograms*.

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

1. Pemesanaan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
2. Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;
3. Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

2.3.2.1.3 Sasaran 3: Meningkatkan Keamanan Obat-Obat yang Harus Diwaspadai (*High Alert Medications*)

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert*

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

Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari perpustakaan seperti dari *Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP)*, Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kecurangan hati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat *high alert*. Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat *high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

2.3.2.1.4 Sasaran 4: Memastikan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan pada Pasien yang Benar

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

1. Komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim;
2. Tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi;
3. Asesmen pasien tidak lengkap;
4. Catatan rekam medik tidak lengkap;
5. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim;
6. Masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap;
7. Penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi dan dilarang.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut;

1. Beri tanda di tempat operasi;
2. Dilakukan verifikasi praoperasi;
3. Melakukan *Time Out* sebelum insisi kulit dimulai.

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

Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imajing, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi. *Time-Out* yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit

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

Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi. Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko ini. Kebijakan termasuk definisi operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan atau mengobati penyakit serta kelainan/*disorder* pada tubuh manusia. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di rumah sakit bila prosedur ini dijalankan. Praktik berbasis bukti ini diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* terkini.

2.3.2.1.5 Sasaran 5: Mengurangi Risiko Infeksi terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum,

infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan *ventilator*.

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

2.3.2.1.6 Sasaran 6: Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh berupa;

1. Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
2. Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
3. Riwayat jatuh pasien;
4. Konsumsi obat tertentu;
5. Konsumsi alkohol.
6. Kondisi pasien;

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian

pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan. Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau *cart*), tipe pasien, serta gangguan fungsional dari pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh. Rumah sakit menjalankan program pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan kebijakan dan prosedur yang disesuaikan dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program yang tersedia ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidakkesengajaan kejadian jatuh dari pasien rumah sakit.

2.3.2.2 *Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)*

Rumah sakit seyogianya mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Maksud dan tujuan adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang sudah tersedia di rumah sakit, mengoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Sebagai hasilnya adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. Perlu informasi penting untuk membuat keputusan yang benar tentang;

1. kebutuhan pasien yang dapat dilayani oleh rumah sakit;

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

2.3.2.3 *Hak Pasien dan Keluarga (HPK)*

Pasien dan keluarganya adalah pribadi yang unik dengan sifat, sikap, perilaku yang berbeda-beda, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi. Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial, serta nilai spiritual setiap pasien. Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya. Untuk mengoptimalkan hak pasien dalam pemberian pelayanan yang berfokus pada pasien dimulai dengan menetapkan hak tersebut, kemudian melakukan edukasi pada pasien serta staf tentang hak dan kewajiban tersebut. Para pasien diberi informasi tentang hak dan kewajiban mereka dan bagaimana harus bersikap. Para staf dididik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan, nilai-nilai pasien, dan memberikan pelayanan dengan penuh perhatian serta hormat guna menjaga martabat dan nilai diri pasien.

2.3.2.4 *Asesmen Pasien (AP)*

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

inap dan rawat jalan. Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep Pelayanan berfokus pada pasien (*Patient/Person Centered Care*). Pola ini dipayungi oleh konsep *WHO: Conceptual framework integrated people-centred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015)*.

Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan atau *Clinical Leader*, Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis atau *Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, *Standing Order* dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi), Manajer Pelayanan Pasien atau *Case Manager*, keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan. Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama.

2.3.2.5 *Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)*

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yg efektif, kolaborasi, dan standardisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitative termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas asesmen dan asesmen ulang pasien. Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi, transfusi, transplantasi organ atau jaringan) dan asuhan untuk risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan.

Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis. Staf yg terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yg jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit, atau uraian tugas wewenang. Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien atau keluarganya atau pemberi asuhan terlatih. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua profesional pemberi asuhan dapat dibantu oleh staf klinis lainnya. Hal ini terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen yaitu DPJP, PPA, *Case Manager* dan keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga.

2.3.2.6 *Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)*

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di rumah sakit. Hal tersebut memerlukan:

1. Asesmen pasien yang lengkap dan menyeluruh;

2. Perencanaan asuhan yang terintegrasi;
3. Pemantauan yang terus menerus;
4. Transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu;
5. Rehabilitasi;
6. Transfer ke ruangan perawatan dan pemulangan.

Anestesi dan sedasi umumnya merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Oleh karena respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tersebut maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Dalam bab ini dibahas anestesi serta sedasi sedang dan dalam yang keadaan ketiganya berpotensi membahayakan refleksi protektif pasien terhadap fungsi pernapasan. Dalam bab ini tidak dibahas penggunaan sedasi minimal (anxiolysis) atau penggunaan sedasi untuk penggunaan ventilator.

Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pascaoperasi dibuat berdasar atas asesmen dan didokumentasikan. Standar pelayanan anestesi dan bedah berlaku di area manapun dalam rumah sakit yang menggunakan anestesi, sedasi sedang dan dalam, dan juga pada tempat dilaksanakannya prosedur pembedahan dan tindakan invasif lainnya yang membutuhkan persetujuan tertulis. Area ini meliputi ruang operasi rumah sakit, rawat sehari, klinik gigi, klinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif, dan tempat lainnya.

2.3.2.7 *Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)*

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan

maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Pelayanan kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk;

1. Menjamin mutu, manfaat, keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan;
2. Menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian;
3. Melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*);
4. Menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*);
5. Menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simtomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit.

Rumah sakit menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan mutu terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, peresepan atau permintaan obat atau instruksi pengobatan, penyalinan (*transcribe*), pendistribusian, penyiapan (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian, dan pemantauan terapi obat. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (*unsafe medication practices*) dan kesalahan penggunaan obat (*medication errors*) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat

sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa berupaya menurunkan kesalahan pemberian obat.

2.3.2.8 *Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)*

Memberikan asuhan pasien merupakan upaya yang kompleks dan sangat bergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta antarstaf klinis, terutama Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikasikan, dan tidak ada hambatan untuk hal itu.

Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh staf klinis terutama PPA yang sudah terlatih (dokter, perawat, nutrisisionis, apoteker, dll.). Mengingat banyak profesi yang terlibat dalam edukasi pasien dan keluarganya maka perlu koordinasi kegiatan dan fokus pada kebutuhan edukasi pasien.

2.3.2.9 *Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)*

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena

memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan.

Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik. Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

2.3.2.10 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan di antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, dan pengunjung. Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya bergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien, serta jumlah pegawai. Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempat berisiko infeksi, kebijakan dan prosedur yang memadai, juga melakukan koordinasi keseluruhan rumah sakit.

2.3.2.11 Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, rumah sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif.

Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik rumah sakit, direktur rumah sakit, para pimpinan di rumah sakit, dan kepala unit kerja unit pelayanan. Direktur rumah sakit secara kolaboratif mengoperasikan rumah sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja, dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan serta memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak, serta manajemen sumber daya.

2.3.2.12 *Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)*

Rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berupaya keras:

1. Mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko;
2. Mencegah kecelakaan dan cedera; dan
3. Memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan.

1. Pimpinan merencanakan ruangan, peralatan, dan sumber daya yang dibutuhkan yang aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan.
2. Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, serta bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang dapat menimbulkan risiko.
3. Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.

Rumah sakit memahami fasilitas fisik yang dimiliki dan proaktif mengumpulkan data untuk membuat strategi pengurangan risiko.

2.3.2.12.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

Standar MFK.1: Rumah sakit mematuhi peraturan dan perundang-undangan tentang bangunan, perlindungan kebakaran, dan persyaratan pemeriksaan fasilitas.

Standar MFK.2: Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung, dan staf.

Standar MFK.3: Ada individu atau bentuk organisasi kompeten yang ditugasi melakukan pengawasan terhadap perencanaan serta pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.

2.3.2.12.2 Keselamatan dan Keamanan

Standar MFK.4: Rumah sakit mempunyai program pengelolaan keselamatan dan keamanan melalui penyediaan fasilitas fisik dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf.

2.3.2.12.3 Bahan Berbahaya

Standar MFK.5: Rumah sakit memiliki regulasi inventarisasi, penanganan, penyimpanan dan penggunaan, serta pengendalian atau pengawasan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya.

2.3.2.12.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

Standar MFK.6: Rumah sakit mengembangkan dan memelihara program manajemen disaster untuk menanggapi keadaan disaster serta bencana alam atau lainnya yang memiliki potensi terjadi dimasyarakat.

2.3.2.12.5 *Proteksi Kebakaran (Fire Safety)*

Standar MFK.7: Rumah sakit merencanakan dan menerapkan program pencegahan, penanggulangan bahaya kebakaran, penyediaan sarana jalan keluar yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat.

2.3.2.12.6 *Peralatan Medis*

Standar MFK.8: Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program pemeriksaan, uji coba, pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya.

2.3.2.12.7 *Sistem Utilitas (Sistem Penunjang)*

Standar MFK.9: Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan program untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem pendukung) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.

2.3.2.12.8 *Monitoring Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan*

Standar MFK.10: Rumah sakit mengumpulkan data dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan untuk mendukung rencana mengganti atau meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik.

2.3.2.12.9 *Pendidikan Staf*

Standar MFK.11: Rumah sakit menyelenggarakan edukasi, pelatihan, serta tes (ujian) bagi semua staf tentang peranan mereka dalam menyediakan fasilitas yang aman dan efektif.

2.3.2.13 *Kompetensi dan Kewenangan Staff (KKS)*

Standar KKS.1 Pimpinan rumah sakit menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

Standar KKS.2 Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terus menerus dimutakhirkan oleh pimpinan rumah sakit dengan menetapkan jumlah, jenis,

kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Standar KKS.3 Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf, dan prosedur lain.

Standar KKS.4 Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.

Standar KKS.5 Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf nonklinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Standar KKS.6 Rumah sakit menyediakan dan memelihara file kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui.

Standar KKS.7 Semua staf klinis dan nonklinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

Standar KKS.8 Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya.

Standar KKS.9 Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.

Standar KKS.10 Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, objektif, dan berdasar bukti (*evidence based*) untuk memberikan wewenang kepada staf medis untuk menerima, menangani, dan memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai dengan kualifikasinya.

Standar KKS.11 Rumah sakit melaksanakan proses yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

Standar KKS.12 Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun. Untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis.

Standar KKS.13 Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi, dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman).

Standar KKS.14 Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial staf perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Standar KKS.15 Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja staf keperawatan berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Standar KKS.16 Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi, dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman).

Standar KKS.17 Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggung jawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan lainnya dan staf klinis lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Standar KKS.18 Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan lainnya dan staf klinis lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.3.2.14 *Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)*

Informasi diperlukan untuk memberikan, mengordinasikan, dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan, dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material, dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan atau memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Seiring dengan perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam:

1. Mengidentifikasi kebutuhan informasi;
2. Merancang suatu sistem manajemen informasi;
3. Mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi;
4. Menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi;
5. Mengirim serta melaporkan data dan informasi; juga
6. Mengintegrasikan dan menggunakan informasi.

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya meningkatkan efisiensi, prinsip manajemen informasi yang baik tetap berlaku untuk semua metode, baik berbasis kertas maupun elektronik. Standar-standar ini dirancang menjadi kompatibel dengan sistem non-komputerisasi dan teknologi masa depan. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antarstaf klinis yang didokumentasikan dalam rekam medis.

Rekam medis adalah bukti tertulis (kertas/eletronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan kepulangan pasien yang dibuat oleh profesional

pemberi asuhan (PPA). Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP), serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu sistem pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan, serta berfokus pada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi. Standar MIRM meliputi organisasi dan manajemen, akses serta penyimpanan RM, dan RM pasien.

2.3.2.15 *Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi*

Standar dari Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi yaitu:

1. Rumah sakit melaksanakan program PONEK 24 jam di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya.
2. Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan PONEK.
3. Rumah sakit melaksanakan pelayanan rawat gabung, mendorong pemberian ASI eksklusif, melaksanakan edukasi dan perawatan metode kangguru pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

Mengingat kematian bayi mempunyai hubungan erat dengan mutu penanganan ibu hamil dan melahirkan, maka proses *antenatal care*, persalinan dan perawatan bayi harus dilakukan dalam sistem terpadu di tingkat nasional dan regional. Pelayanan obstetri dan neonatal regional merupakan upaya penyediaan

pelayanan bagi ibu dan bayi baru lahir secara terpadu dalam bentuk Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) di Rumah Sakit dan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di tingkat Puskesmas. Rumah Sakit PONEK 24 Jam merupakan bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kedaruratan dalam maternal dan neonatal, yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi baru lahir. Kunci keberhasilan PONEK adalah ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal.

2.3.2.16 *Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS*

Standar dari Penurunan Angka Kesakitan *HIV/AIDS* adalah Rumah sakit melaksanakan penanggulangan *HIV/AIDS* sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Dalam waktu yang singkat virus *human immunodeficiency virus (HIV)* telah mengubah keadaan sosial, moral, ekonomi dan kesehatan dunia. Saat ini *HIV/AIDS* merupakan masalah kesehatan terbesar yang dihadapi oleh komunitas global. Saat ini, Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dengan melakukan peningkatan fungsi pelayanan kesehatan bagi orang hidup dengan *HIV/AIDS* (ODHA). Kebijakan ini menekankan kemudahan akses bagi orang hidup dengan *HIV/AIDS* (ODHA) untuk mendapatkan layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan, sehingga diharapkan lebih banyak orang hidup dengan *HIV/AIDS* (ODHA) yang memperoleh pelayanan yang berkualitas.

2.3.2.17 *Menurunkan Angka Kesakitan TB*

Standar dari Menurunkan Angka Kesakitan TB antara lain:

1. Rumah sakit melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya melalui kegiatan; promosi kesehatan; surveilans tuberkulosis; pengendalian faktor risiko; penemuan dan

penanganan kasus tuberkulosis; pemberian kekebalan; dan pemberian obat pencegahan.

2. Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan dan penanggulangan tuberkulosis.
3. Rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana pelayanan tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.
4. Rumah sakit telah melaksanakan pelayanan tuberkulosis dan upaya pengendalian faktor risiko tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecatatan atau kematian, memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tubekulosis.

2.3.2.18 *Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)*

Resistensi terhadap antimikroba (disingkat: resistensi antimikroba, dalam Bahasa Inggris *antimicrobial resistance, AMR*) telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia, dengan berbagai dampak merugikan yang dapat menurunkan mutu dan meningkatkan risiko pelayanan kesehatan khususnya biaya dan keselamatan pasien. Yang dimaksud dengan resistensi antimikroba adalah ketidakmampuan antimikroba membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroba sehingga penggunaannya sebagai terapi penyakit infeksi menjadi tidak efektif lagi. Meningkatnya masalah resistensi antimikroba terjadi akibat penggunaan antimikroba yang tidak bijak dan bertanggung jawab dan penyebaran

mikroba resisten dari pasien ke lingkungannya karena tidak dilaksanakannya praktik pengendalian dan pencegahan infeksi dengan baik. Dalam rangka mengendalikan mikroba resisten di rumah sakit, perlu dikembangkan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit.

Standar yang digunakan berupa:

1. Rumah sakit menyelenggarakan pengendalian resistensi antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan.
2. Rumah sakit (Komite PPRA) melaksanakan kegiatan pengendalian resistensi antimikroba.

2.3.2.19 *Pelayanan Geriatri*

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

2.3.2.20 *Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan di Rumah Sakit*

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran menjelaskan bahwa Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah sakit nonpendidikan. Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan. Pada rumah sakit yang ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan, akreditasi perlu dilengkapi dengan standar dan elemen penilaian untuk menjaga mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien (KARS, 2017).

2.3.3 *Hospital by Laws*

Hospital by laws atau peraturan internal rumah sakit adalah suatu produk hukum yang merupakan anggaran rumah tangga rumah sakit yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit atau yang mewakilinya. *Hospital by laws* mengatur organisasi pemilik atau yang mewakilinya, peran, tugas dan kewenangan pemilik atau yang mewakilinya, peran, tugas dan kewenangan direktur rumah sakit, organisasi staf medis, peran, tugas dan kewenangan staf medis (Triwibowo, 2012).

Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 29 ayat (1) menyatakan bahwa rumah sakit harus menyusun dan melaksanakan peraturan Internal rumah sakit (*hospital by laws*). Guwandi (2004) dalam Triwibowo (2012) melihat *hospital by laws* dari tiga sudut:

1. Jika dilihat dari sudut Akreditasi, *hospital by laws* merupakan butir-butir yang diperlukan untuk Akreditasi Rumah Sakit. Akreditasi memeriksa ada tidaknya kejelasan, keteraturan, ada tidaknya peraturan, kepastian, prosedur-prosedur yang harus ditempuh, dan sebagainya.
2. Dilihat dari segi hukum, maka *hospital by laws* dapat dikatakan sebagai perpanjangan tangan hukum. Dikatakan demikian karena hukum hanya mengatur hal-hal secara umum yang masih harus diperkuat dengan mengajukan bukit-bukti nya. Di dalam Hukum Rumah Sakit pembuktian

yang lebih rinci harus terdapat didalam *hospital by laws*. Dengan demikian maka dikatakan bahwa *hospital by laws* dapat dipergunakan sebagai tolok-ukur mengenai ada tidaknya suatu kelalaian/kesalahan didalam suatu kasus hukum kedokteran.

3. Dilihat dari segi Manajemen Risiko, maka *hospital by laws* dapat menjadi alat (*tool*) untuk mencegah timbulnya atau mencegah terulangnya suatu risiko yang merugikan. Misalnya terhadap gugatan malpraktek medik. Jika sebuah rumah sakit sudah membuat pengaturannya dan juga sudah dijalankan sesuai ketentuannya, maka agak sukar untuk menyalahkan rumah sakit atau dokternya. Satu dan lain hal tentunya jika *hospital by laws* itu tidak bertentangan dengan materi hukum yang ada.

Pada hakekatnya *hospital by laws* mempunyai bidang tersendiri dan juga mempunyai fungsi penting didalam mengadakan tata tertib dan kepastian hukum dan jalannya rumah sakit. Ia adalah “aturan main” (*rules of the game*) dari manajemen rumah sakit dalam melakukan fungsi dan tugasnya. Jika aturan dan disiplin manajemen sudah dibuat dengan baik dan juga dipatuhi, maka *hospital by laws* dapat merupakan alat untuk menjalankan program Manajemen Risiko dan “*Good Governance*” dengan baik dan berhasil. Kesemuanya ini bergantung kepada kemauan dan kepatuhan dari semua pihak-pihak yang terkait (Triwibowo, 2012).

Telah disebutkan bahwa salah satu fungsi peraturan internal rumah sakit adalah merupakan syarat keberhasilan dalam akreditasi, karena didalam akreditasi rumah sakit ada parameter-parameter yang harus dipenuhi oleh rumah sakit yang terkait dengan ada tidaknya peraturan internal rumah sakit, sebagai contoh rumah sakit harus memiliki visi dan tujuan yang harus ditetapkan oleh pemilik rumah sakit, organisasi rumah sakit yang harus ditetapkan pemilik, ada pelimpahan

kewenangan dari pemilik ke direktur rumah sakit dan lain-lain. Walaupun belum merupakan suatu peraturan internal rumah sakit yang utuh dapat dijadikan modal dalam menyusun peraturan internal rumah sakit bahwa ada hal mendasar yang harus diatur oleh pemilik rumah sakit atau yang mewakili (Triwibowo, 2012).

2.4 Faktor Eksternal

2.4.1 Komisi Akreditasi Rumah Sakit

Komisi Akreditasi Rumah Sakit atau KARS adalah organisasi independen *not for profit* dalam bidang akreditasi Rumah Sakit yang berkomitmen dan mendedikasikan organisasinya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien (KARS, 2018).

2.4.2 Pasien dan Keluarga

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit. Setiap pasien mempunyai hak:

1. Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
2. Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien;
3. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
4. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
5. Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
6. Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan;
7. Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;

8. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
9. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;
10. Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
11. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
12. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
13. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya;
14. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
15. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
16. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
17. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana; dan
18. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Dalam menerima pelayanan dari Rumah Sakit, sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien, pasien mempunyai kewajiban:

1. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
2. Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab;
3. Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit;
4. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
5. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
6. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundangundangan;
7. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
8. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Pasien rumah sakit meliputi pasien rawat jalan dan pasien rawat inap yang mendapat layanan kesehatan di rumah sakit, meliputi semua jenis layanan yang dibutuhkan oleh pasien dan dilaksanakan oleh petugas rumah sakit yang bersangkutan. Pasien rawat jalan yaitu seorang pasien yang menerima pelayanan di rumah sakit tanpa terdaftar di unit rawat inap atau sejenisnya. Pasien rawat inap adalah seseorang yang menggunakan tempat tidur rumah sakit untuk tujuan mendapatkan layanan kesehatan (Sudra, 2010).

2.4.3 Kemitraan Rumah Sakit

Selain bermanfaat bagi pasien, akreditasi juga bermanfaat bagi petugas kesehatan di rumah sakit, bagi rumah sakit itu sendiri, bagi pemilik rumah sakit dan bagi perusahaan asuransi. Bagi tenaga kesehatan di rumah sakit, akreditasi berfungsi untuk menciptakan rasa aman bagi mereka dalam melaksanakan tugasnya. Mereka akan merasa aman karena sarana dan prasarana yang tersedia di rumah sakit sudah memenuhi standar sehingga tidak akan membahayakan diri mereka. Selain itu, sarana dan prasarana yang sesuai standar juga sangat membantu mempermudah proses kerja mereka. Bagi rumah sakit, akreditasi bermanfaat sebagai alat untuk negosiasi dengan pihak ketiga misalnya asuransi atau perusahaan. Dalam hal ini, akreditasi bisa dibidang berfungsi sebagai salah satu alat berpromosi. Bagi pemilik rumah sakit, akreditasi berfungsi sebagai alat untuk mengukur kinerja pengelola rumah sakit. Sedangkan bagi perusahaan asuransi, akreditasi bermanfaat sebagai acuan dalam memilih dan mengadakan kontrak dengan rumah sakit. Perusahaan asuransi enggan mempertaruhkan nama baiknya dihadapan kliennya dengan memilih rumah sakit berpelayanan buruk (Admin, 2015)

Untuk itu, Persi terus berusaha untuk memberikan imbauan terkait pentingnya akreditasi untuk menjamin mutu dan kelaikan jasa rumah sakit. Tak hanya itu, rumah sakit yang tidak mengantongi akreditasi terancam tidak bisa bergabung dengan BPJS Kesehatan mulai Desember 2018. Dari sisi rumah sakit swasta, Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) menyebutkan proporsi rumah sakit swasta yang bermitra dengan BPJS Kesehatan masih di kisaran 60% - 65% pada tahun 2017 (Kusumawardhani, 2017).

2.5 Survei Akreditasi Rumah Sakit

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

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

2.6 Pemberian Skor Atau *Skoring*

Setiap Elemen Penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10, sesuai ketentuan yang ada. Nilai setiap standar yang ada di bab merupakan penjumlahan dari nilai elemen penilaian. Nilai dari standar dijumlahkan menjadi nilai untuk bab. Elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah elemen penilaian. Selama survei di lapangan, setiap elemen penilaian (EP) pada standar dinilai sebagai berikut (KARS, 2017):

2.6.1 Skor Terpenuhi Lengkap

Skor 10 (terpenuhi lengkap), yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut minimal 80%. Suatu EP dikatakan “terpenuhi lengkap

bila jawabannya adalah “ya” atau “selalu” untuk setiap persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut (KARS, 2017):

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

2.6.2 Skor Terpenuhi Sebagian

Skor 5 (terpenuhi sebagian) yaitu bila rumah sakit dapat memenuhi elemen penilaian tersebut antara 20–79%. Suatu EP dinilai “terpenuhi sebagian” apabila jawabannya adalah “biasanya” atau “kadang-kadang” pada persyaratan khusus dari EP tersebut. Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut (KARS, 2017):

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

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

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

2.6.3 Skor Tidak Terpenuhi

Skor 0 (tidak terpenuhi) yaitu bila rumah sakit hanya dapat memenuhi elemen penilaian tersebut kurang dari 20%. Suatu EP dinilai “tidak terpenuhi” apabila jawabannya adalah “jarang” atau “tidak pernah” untuk suatu persyaratan spesifik pada EP. Hal yang juga yang menjadi pertimbangan adalah sebagai berikut (KARS, 2017):

1. Bila capaian kurang dari 21% (contohnya, kurang dari 2 dari 10) pencatatan atau observasi yang menunjukkan kepatuhan.
2. Terdapat temuan “tidak terpenuhi” untuk EP selama survei lengkap atau survei terfokus, ataupun survei lanjutan lainnya, dan temuan dari pengamatan terkini adalah kepatuhan kurang dari 21%.
3. Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan kurang dari 21% menunjukkan kepatuhan.
4. Suatu kebijakan atau proses telah dibuat namun belum diterapkan.
5. Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” antara lain; persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi sepenuhnya” namun ternyata hanya terdapat

kepatuhan kurang dari 5 bulan pada survei ulang dan kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal, tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus; kesinambungan dalam usaha perbaikan digunakan sebagai penilaian kepatuhan; dan bila suatu EP dalam satu standar mendapat skor “tidak terpenuhi” dan beberapa atau EP lain bergantung pada EP yang mendapat skor “tidak terpenuhi” ini maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama tersebut mendapat skor “tidak terpenuhi”.

2.6.4 Skor Tidak Dapat Diterapkan (TDD)

Suatu EP mendapat skor “tidak dapat dinilai” apabila persyaratan dalam EP tidak dapat dinilai karena tidak tercakup dalam pelayanan rumah sakit, populasi pasien, dan sebagainya. Contohnya, rumah sakit tidak melakukan penelitian (KARS, 2017).

2.6.5 Tidak Lulus Akreditasi

Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan dan rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang di survei mendapat nilai kurang dari 60% untuk Rumah Sakit Pendidikan. Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.

2.6.6 Lulus Akreditasi

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

final didasarkan pada kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi (KARS, 2017). Suatu rumah sakit dapat dinyatakan lulus akreditasi apabila memenuhi minimal dari 15 bab yang disurvei terdapat 3 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan dan memenuhi minimal dari 16 bab yang disurvei terdapat 4 bab dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% Rumah Sakit Pendidikan yaitu memperoleh status Akreditasi Tingkat Dasar.

2.7 Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS)

Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) adalah rencana kerja tertulis yang harus dibuat oleh rumah sakit sebagai tindak lanjut hasil penilaian yang “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian” dari hasil survei oleh KARS. Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang tertulis diharapkan dapat (KARS, 2017):

1. Menegakkan strategi/pendekatan yang akan diterapkan oleh rumah sakit akan untuk menangani setiap temuan yang “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian”,
2. Menjelaskan tindakan spesifik akan digunakan oleh rumah sakit untuk mencapai kepatuhan pada standar yang dinilai “tidak terpenuhi” (“*not met*”)/elemen penilaiannya telah dikutip,
3. Menjelaskan langkah-langkah spesifik yang akan digunakan rumah sakit untuk berkomunikasi dan mengedukasi karyawan, dokter, dan staf lainnya dalam melaksanakan tindakan-tindakan untuk mencapai kepatuhan pada standar atau elemen penilaian yang dinilai “tidak terpenuhi” (“*not met*”) atau “terpenuhi sebagian”,

4. Menjelaskan metodologi untuk mencegah terjadinya kembali suatu tindakan ketidakpatuhan dan untuk mempertahankan perbaikan dari waktu ke waktu, dan
5. Mengidentifikasi langkah-langkah penilaian yang akan digunakan untuk mengevaluasi efektivitas rencana perbaikan.

Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) harus menunjukkan bahwa tindakan yang dilakukan rumah sakit untuk dapat mencapai “terpenuhi lengkap” terhadap standar dan elemen penilaian. Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) harus sudah dikirim ke KARS dalam waktu 1 (satu) bulan setelah sertifikat akreditasi diterima oleh rumah sakit (KARS, 2017).

2.8 Pengajuan Akreditasi Ulang

Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari *surveior* dilaksanakan. Setiap rumah sakit dapat mengajukan survei akreditasi kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bila memenuhi semua kriteria sebagai berikut (KARS, 2017):

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

ke survei@kars.or.id dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit akan memberikan sertifikat akreditasi kepada rumah sakit tersebut.

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

Bila dalam kajian persyaratan yang disampaikan tidak memenuhi kriteria

1. Sampai dengan 10. maka KARS dapat memutuskan bahwa tidak dilaksanakan survei sampai dengan persyaratan dipenuhi.

Tata cara pengajuan survei akreditasi pertama kali dan survei ulang adalah sebagai berikut (KARS, 2017):

1. Rumah sakit mengajukan permohonan survei akreditasi yang dikirim melalui email ke survei@kars.or.id atau secara online melalui website: www.kars.or.id paling lambat 1 (satu) bulan sebelum tanggal pelaksanaan yang diajukan oleh rumah sakit.

2. Surat permohonan survei dilampiri dengan kelengkapan antara lain; (1) Aplikasi survei yang sudah diisi dan ditandatangani oleh Direktur/Kepala rumah sakit, (2) Hasil *self asesment* terakhir dengan skor minimal 80%, (3) Izin operasional yang masih berlaku, (4) Ijazah dokter atau dokter gigi dari Direktur/Kepala rumah sakit, (5) Surat pernyataan Direktur/Kepala rumah sakit yang berisi tentang tidak keberatan memberikan akses rekam medis kepada *surveyor*; tidak meninggalkan rumah sakit selama kegiatan survei berlangsung, semua tenaga medis sudah mempunyai STR dan SIP, (6) Daftar tenaga medis yang dilengkapi dengan nomer Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) dan masa berlakunya, (7) Surat izin pengelolaan air limbah (IPLC) yang masih berlaku, (8) Surat izin pengelolaan limbah B-3 yang masih berlaku atau perjanjian kerjasama dengan pihak ke 3 yang mempunyai izin pengolah limbah B-3 dan *tranporter* yang masih berlaku.
3. Berdasarkan pengajuan permohonan survei akreditasi pada poin 2. maka KARS akan melakukan evaluasi permohonan dan menetapkan bila rumah sakit telah memenuhi persyaratan maka KARS akan melanjutkan proses akreditasi serta bila rumah sakit belum memenuhi persyaratan maka KARS akan memberitahukan ke Rumah Sakit agar melengkapi persyaratan dan pelaksanaan akreditasi ditunda sampai dengan kekurangan persyaratan dipenuhi oleh rumah sakit.
4. Permohonan survei akreditasi diterima, maka KARS menjadwalkan survei akreditasi dan memberi tahu jadwal survei kepada rumah sakit dengan tembusan kepada Dinas Kesehatan Provinsi kemudian rumah sakit melakukan kontrak komitmen dengan Komisi Akreditasi Rumah Sakit yang antara lain berisi tentang: (1) Kesiapan rumah sakit dilakukan evaluasi terus menerus

mulai dari permohonan survei yang diajukan, pada waktu survei akreditasi dilaksanakan dan selama siklus akreditasi 3 tahunan. Evaluasi pasca akreditasi ini dapat dilakukan setiap saat dengan atau tanpa pemberitahuan terlebih dahulu, yang dilaksanakan oleh pejabat KARS atau *surveior* senior yang ditugaskan dengan menggunakan tanda pengenal dari KARS. Bila rumah sakit menolak dilakukan evaluasi dapat berisiko sertifikat akreditasi ditarik kembali oleh KARS; (2) Kesiediaan rumah sakit dilakukan survei verifikasi tepat waktu atau sesuai dengan jadwal sebanyak dua kali yaitu satu tahun setelah survei dan dua tahun setelah survei. Bila Rumah Sakit menolak dilakukan survei verifikasi maka berisiko sertifikat akreditasi ditarik kembali oleh KARS; (3) Kesiediaan rumah sakit memberikan data dan informasi yang akurat dan tidak palsu kepada KARS dan *surveior*. Bila terbukti data dan informasi tidak akurat atau dipalsukan maka rumah sakit siap menerima risiko gagal akreditasi dan rumah sakit mengajukan ulang permohonan untuk dilakukan survei oleh KARS; (4) Kesiediaan rumah sakit melaporkan perubahan data di aplikasi survei (kepemilikan, Direktur Rumah Sakit, perizinan, pelayanan, gedung/bangunan dan fasilitas dll) selambat-lambatnya 10 hari sebelum survei dilakukan; (5) Kesiediaan rumah sakit melaporkan bila ada kejadian sentinel, perubahan kelas rumah sakit, perubahan jenis atau kategori rumah sakit, penambahan pelayanan baik spesialisik atau sub spesialisik, perubahan bangunan yang lebih dari 25% dari bangunan saat sekarang selama siklus akreditasi 3 tahun dan bersedia dilakukan survei terfokus sesuai kebutuhan; (6) Kesiediaan rumah sakit melengkapi perizinan yang terkait dengan tenaga dan sarana-prasarana (fasilitas); (7) Kesiediaan rumah sakit mengizinkan pejabat KARS atau *surveior* senior yang ditugaskan

dengan menggunakan tanda pengenal dari KARS untuk melakukan evaluasi pada saat berlangsungnya survei. Evaluasi bisa dilaksanakan pada seluruh fase akreditasi, termasuk siklus akreditasi tiga tahunan; (8) Kesiediaan rumah sakit menyediakan fasilitas dan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga dan staf sesuai dengan peraturan perundang-undangan; (9) Kesiediaan rumah sakit melakukan pembayaran survei paling lambat 7 hari sebelum pelaksanaan survei.

5. Kemudian KARS akan mengirimkan nama-nama *surveior* dan rumah sakit dapat menolak nama tersebut bila ada *conflict of interest* antara *surveior* dan rumah sakit, berupa; (1) *Surveior* pernah bekerja dan atau pernah sebagai pejabat di rumah sakit tersebut; (2) *Surveior* mempunyai hubungan saudara dengan Direksi rumah sakit; (3) *Surveior* bekerja di rumah sakit pesaing dari rumah sakit yang disurvei; (4) *Surveior* bekerja di rumah sakit yang sedang ada konflik dengan rumah sakit yang disurvei (5) *Surveior* pernah melakukan survei akreditasi pada siklus sebelumnya; (6) Pernah terjadi konflik antara *surveior* dengan rumah sakit.
6. KARS memberitahu jadwal kedatangan *surveior* dan jadwal acara survei akreditasi dan dokumen-dokumen yang harus disampaikan kepada *surveior*.
7. Selama proses pengajuan survei sampai dilaksanakan survei akreditasi, rumah sakit dapat melakukan komunikasi dengan sekretariat KARS,

2.9 Status Rumah Sakit Terakreditasi

Ketika suatu rumah sakit berhasil memenuhi persyaratan akreditasi KARS, rumah sakit tersebut akan menerima penghargaan Status Akreditasi sebagai berikut (KARS, 2017):

2.9.1 Akreditasi Tingkat Dasar

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 3 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan. Sedangkan untuk Rumah Sakit Pendidikan, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 16 bab yang di survei hanya 4 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

2.9.2 Akreditasi Tingkat Madya

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya apabila dari 15 bab yang di survei oleh surveyor terdapat 8 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan. Sedangkan untuk Rumah Sakit Pendidikan, rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang di survei ada 8 bab, dimana salah satu babnya merupakan bab tentang Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80% dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai atau skor dibawah 20%.

2.9.3 Akreditasi Tingkat Utama

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 15 bab yang di survei ada 12 bab yang mendapat nilai minimal 80% dan 3 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan. Sedangkan untuk Rumah Sakit Pendidikan, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat utama bila dari 16 bab yang di survei ada 12 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan mendapat nilai minimal 80% dan 4 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20%.

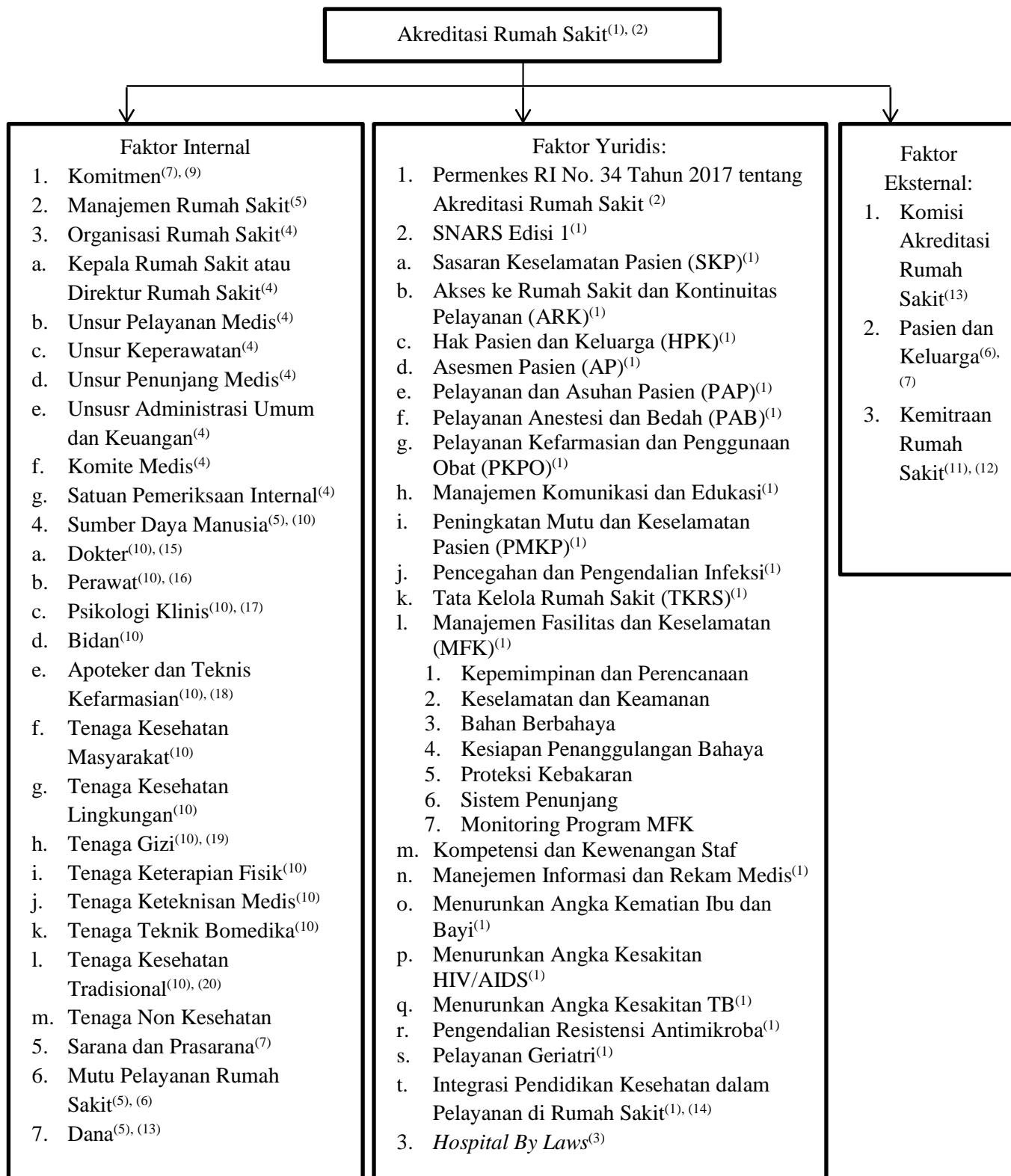
2.9.4 Akreditasi Tingkat Paripurna

Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang disurvei semua bab mendapat nilai minimal 80% untuk Rumah Sakit Non Pendidikan. Sedangkan untuk Rumah Sakit Pendidikan, Rumah sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang di survej semua bab mendapat nilai minimal 80%. Bila Rumah Sakit tidak mendapat status akreditasi paripurna dan ada bab nilainya dibawah 80% tetapi diatas 60%, maka Rumah Sakit dapat mengajukan survei remedial untuk bab tersebut (KARS, 2017).

Status akreditasi berlaku selama tiga tahun kecuali ditarik oleh KARS. Status akreditasi berlaku sejak hari pertama pelaksanaan survei rumah sakit atau saat survei ulang. Pada akhir tiga tahun siklus akreditasi rumah sakit, rumah sakit harus melaksanakan survei ulang untuk perpanjangan status akreditasi. Kondisi yang menyebabkan rumah sakit berisiko ditolak atau ditunda status akreditasinya adalah sebagai berikut (KARS, 2017):

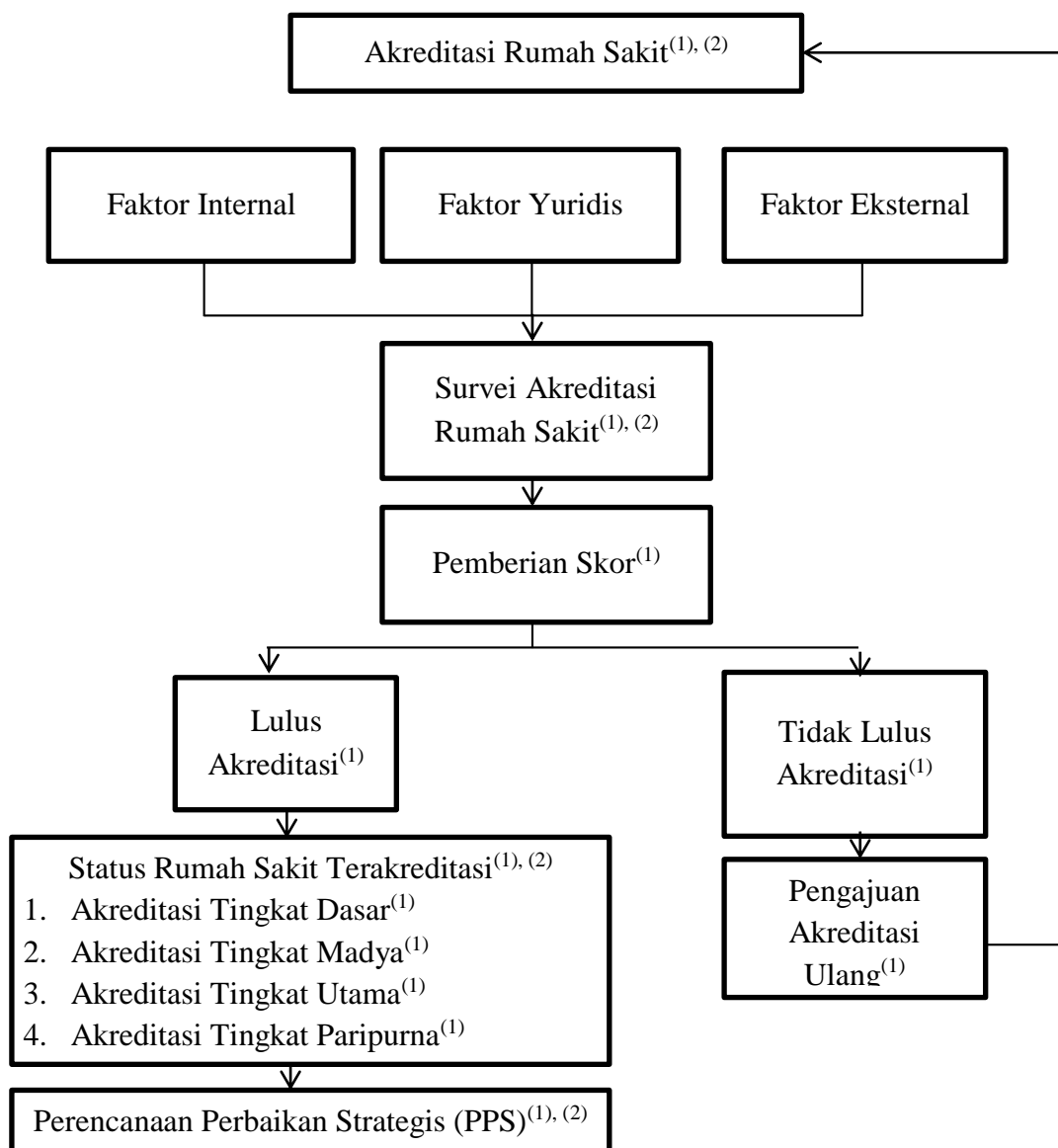
1. Adanya ancaman terhadap keselamatan dan keamanan pasien atau keamanan dan keselamatan staf di dalam rumah sakit.
2. Ada staf medis yang tidak mempunyai STR dan atau SIP yang masih berlaku, yang memberikan pelayanan medis.
3. Bila rumah sakit memberikan informasi atau data palsu.
4. Izin operasional rumah sakit habis masa berlakunya.
5. Izin pengolahan limbah cair dan B-3 habis masa berlakunya.
6. Rumah Sakit tidak menyampaikan Perencanaan Perbaikan Strategis (PPS) yang layak dalam waktu 1 (satu bulan) setelah mendapatkan pemberitahuan hasil survei akreditasi.

2.10 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1: Kerangka Teori

Lanjutan (Gambar 2.1)



Gambar 2.1: Kerangka Teori

Sumber: (1) SNARS Edisi 1, 2017; (2) Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit; (3) Triwibowo, 2012; (4) Perpres No. 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit; (5) Herlambang, 2016; (6) Permenkes RI No. 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien; (7) UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; (8) Sudra, 2010; (9) Hartono, 2010; (10) UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; (11) Admin, 2015; (12) Kusumawardhani, 2017; (13) KARS, 2018; (14) UU No. 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran; (15) UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; (16) UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan; (17) Permenkes No. 45 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Klinis; (18) Permenkes No. 889 Tahun 2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Isin Kerja tenaga Kefarmasian; (19) Permenkes No. 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit; (20) Permenkes No. 37 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

Kepemimpinan dan perencanaan merupakan unsur penting dalam suatu sistem termasuk sistem manajemen keselamatan dan kesehatan di rumah sakit. Kepemimpinan dan perencanaan adalah dasar dalam suatu pembentukan sistem yang saling berintegrasi sehingga organisasi atau instansi tersebut dapat dikelola dengan lebih baik. Sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2017, rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung sehingga harus dikelola dengan efektif. Penerapan kepemimpinan dan perencanaan pada penelitian ini terdapat 1 EP terpenuhi (8%), 8 EP terpenuhi sebagian (67%) dan 3 EP tidak terpenuhi (25%).

Elemen penilaian yang terpenuhi terkait direktur rumah sakit yang memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit. Rumah sakit selalu dikunjungi oleh Dinas Kesehatan Kota Semarang setiap 6 bulan sekali untuk memastikan kondisi rumah sakit. Dalam kunjungannya, Dinkes Kota Semarang memberikan masukan bagi rumah sakit terkait hal-hal yang perlu diperbaiki. Selain itu, Badan Lingkungan Hidup juga memeriksa kondisi air bersih yang ada di rumah sakit untuk dicek dan dilaporkan. Selain itu, dalam hasil penelitian diperoleh bahwa direktur dan yang bertanggung jawab di rumah sakit telah memahami peraturan perundang-undangan terkait bangunan dan fasilitas untuk rumah sakit serta sebagian besar izin yang harus dimiliki rumah sakit telah

dimiliki diantaranya rumah sakit memiliki izin mendirikan bangunan, izin operasional, izin genset, izin radiologi, sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran, sistem kelistrikan, izin TPS B3, izin lift, izin instalasi petir, izin lingkungan. Rumah sakit juga telah memiliki tim K3 yang berjumlah 25 orang dengan anggota non-aktif sebanyak 9 orang sehingga sekarang berjumlah 16 orang anggota aktif dalam tim K3 di rumah sakit dan disahkan oleh direktur rumah sakit pada tanggal 14 April tahun 2015.

Penelitian oleh Andrianto (2017) tentang analisis kinerja rumah sakit berdasarkan budaya organisasi, komitmen organisasi dan akuntabilitas publik yang dilaksanakan di RSD Karesidenan Pati memperoleh hasil bahwa budaya organisasi berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit daerah Karesidenan Pati secara signifikan, komitmen organisasi berpengaruh terhadap kinerja rumah sakit daerah Karesidenan Pati.

Selanjutnya elemen yang terpenuhi sebagian pada parameter ini adalah meskipun direktur dan yang bertanggung jawab telah memahami peraturan terkait bangunan dan fasilitas rumah sakit, namun rumah sakit belum memiliki dokumen peraturan perundang-undangan tersebut. Rumah sakit belum memiliki izin IPAL dan SLF atau Sertifikat Laik Fungsi serta belum ada individu yang kompeten dalam menangani K3 di dalam tim K3 karena belum ada staf yang mengikuti pelatihan manajemen risiko fasilitas dan lingkungan. Rumah sakit belum memiliki program manajemen risiko secara tertulis dan tidak ada perencanaan atau dilaksanakan secara insidental, namun pada pelaksanaannya rumah sakit telah melakukan upaya manajemen risiko fasilitas.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada hasil penelitian adalah rumah sakit tidak memiliki program manajemen risiko yang tertulis sehingga tidak ada

pembaharuan terkait kondisi lingkungan rumah sakit dalam upaya mengelola risiko di lingkungan rumah sakit. Meskipun rumah sakit memiliki tim K3 yang telah ditunjuk, namun rumah sakit belum memiliki individu yang kompeten yang ditugasi dalam mengawasi perencanaan dan penerapan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan, sehingga hal tersebut dapat menjadi salah satu penyebab tidak adanya program manajemen risiko secara tertulis. Selain itu, tim K3 yang telah ditunjuk merupakan anggota lama yang beberapa anggotanya sudah non-aktif dalam tim K3. Rumah sakit mengakui bahwa belum terdapat susunan anggota baru tim K3 dan hal tersebut dikarenakan sumber daya manusia di rumah sakit yang minim, sehingga dilakukan efisiensi sumber daya manusia.

Penelitian oleh Wijayanti dkk (2017) tentang identifikasi bahaya, penilaian risiko dan penentuan kontrol di Puskesmas Gambirsari Surakarta menunjukkan hasil bahwa potensi bahaya di Puskesmas Gambirsari antara lain: 1) Pemanfaatan tempat sampah belum optimal, 2) Letak APAR kurang mudah dijangkau, 3) Kabel kurang tertata rapi, 4) Kipas angin belum terawat kebersihannya, 5) Atap Poli terdapat lubang, 6) Alas kursi yang sudah rusak, 7) Kamar mandi licin dan kurang terawat, 8) Penggunaan arus listrik berlebihan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan memiliki potensi bahaya yang cukup tinggi dan perlu melakukan penyusunan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.

5.1.2 Keselamatan dan Keamanan

Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017, rumah sakit perlu mempunyai program pengelolaan keselamatan dan keamanan melalui penyediaan fasilitas fisik dan menciptakan lingkungan yang aman bagi seluruh penghuni rumah sakit. Program pengelolaan tersebut bertujuan agar kondisi rumah sakit dapat tercipta dalam keadaan yang selamat dan keadaan yang aman. Parameter keselamatan dan

keamanan memiliki 14 elemen penilaian, tetapi terdapat 5 EP yang tidak dinilai. Penerapan keselamatan dan keamanan pada penelitian ini terdapat 6 EP terpenuhi (67%), 2 EP terpenuhi sebagian (22%) dan 1 EP tidak terpenuhi (11%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa EP yang terpenuhi diantaranya adalah rumah sakit memiliki unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan yaitu tim K3. Tim K3 di rumah sakit beranggotakan staf dari berbagai unit, diantaranya adalah *security*, bagian umum, teknisi, sanitasi, dan unit lain. Dalam pelaksanaannya, rumah sakit selalu memeriksa fasilitas secara berkala dan apabila terdapat kerusakan teknisi langsung mencatat dalam formulir perbaikan untuk selanjutnya ditindaklanjuti. Dalam upaya keselamatan dan keamanan, rumah sakit telah memiliki CCTV (*Closed Circuit Television*) disetiap lantai, dan di ruang observasi. Dalam upaya memenuhi persyaratan yang dibutuhkan untuk fasilitas dan peningkatan sistem, bangunan atau komponen yang diperlukan, rumah sakit menyediakan anggaran yang akan dikeluarkan apabila dibutuhkan perbaikan maupun *upgrade* fasilitas. Rumah sakit saat ini sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi, sehingga elemen terkait dengan aturan dan asesmen risiko tentang konstruksi tidak dinilai.

Penelitian oleh Juliana (2017) menunjukkan hasil bahwa ada hubungan signifikan yang sangat kuat dan searah antara kualitas pelayanan dengan kepuasan pasien rawat jalan di Rumah Sakit UNS. Hal ini didukung dengan hasil analisis IPA yang diperoleh bahwa semua dimensi kualitas pelayanan di Rumah Sakit UNS berada pada kategori sangat baik dan tingkat kepuasan pasien berdasarkan hasil hitung CSI juga menunjukkan bahwa pasien sangat puas terhadap pelayanan yang diterima.

Pada hasil penelitian, elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 22% pada parameter keselamatan dan keamanan. Pada pengamatan dan hasil wawancara, rumah sakit telah mengelola keselamatan dan keamanan dengan baik, akan tetapi tidak terdapat aturan secara tertulis terkait hal tersebut. Selain itu, regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung, staf rumah sakit dan semua orang yang bekerja di rumah sakit tidak dilakukan dengan baik seperti waktu besuk pasien yang sebenarnya sudah memiliki jadwal tersendiri namun pada pelaksanaannya waktu besuk tersebut fleksibel, sehingga tidak semua penunggu pasien diberi identitas dan terdapat beberapa staf yang tidak menggunakan identitas ketika jam kerja karena lupa ditaruh meja maupun tertinggal di rumah.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter keselamatan dan keamanan sebesar 11% yaitu rumah sakit tidak melakukan identifikasi area-area berisiko yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan. Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017, melakukan asesmen risiko secara komprehensif dan proaktif untuk mengidentifikasi bangunan, ruang, peralatan dan fasilitas lain yang berpotensi menimbulkan cedera harus dilakukan oleh rumah sakit dengan tujuan untuk memastikan bahwa area-area berisiko dapat dikendalikan sehingga mengurangi kejadian yang tidak diinginkan.

Penelitian yang dilakukan oleh Yulianingtyas dkk tentang analisis pelaksanaan manajemen risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang menghasilkan bahwa pelaksanaan manajemen risiko di RSISA belum berjalan optimal karena masih dalam proses meningkatkan pemahaman staf dan upaya *reminding* pelaporan terus menerus. Pada hasil penelitian tersebut pelaksanaan manajemen risiko masih memiliki banyak kendala baik dari segi SDM, dana, waktu dan proses.

5.1.3 Bahan Berbahaya

Standar pada parameter bahan berbahaya SNARS Edisi 1 tahun 2017 ini bertujuan untuk mengetahui pengelolaan bahan berbahaya dan beracun yang dilakukan oleh rumah sakit. Beberapa hal yang dinilai adalah terkait sistem manajemen dalam mengelola limbah B3 dan pengolahan limbah tersebut. Parameter bahan berbahaya memiliki 11 elemen penilaian. Penerapan Bahan berbahaya pada penelitian ini terdapat 4 EP terpenuhi (36%), 5 EP terpenuhi sebagian (45%) dan 2 EP tidak terpenuhi (18%).

Elemen penilaian yang telah terpenuhi diantaranya adalah rumah sakit telah memiliki regulasi terkait pengaturan B3 dan limbahnya serta pengolahan limbah B3 yang dilakukan di rumah sakit bekerja sama dengan pihak ketiga. Limbah B3 dari rumah sakit setiap hari diangkut dari ruang-ruang pasien kemudian diletakkan di TPS B3 milik rumah sakit, selanjutnya setiap 3 hari sekali apabila bin sudah penuh maka dilakukan penimbangan. Setelah itu, transporter akan mengangkut limbah B3 rumah sakit dari TPS kemudian limbah tersebut diolah oleh pihak yang lain. Setiap tempat sampah pun telah diberi label khusus untuk membedakan antara limbah yang infeksius dan non-infeksius. Limbah yang infeksius atau B3 diletakkan di plastik berwarna kuning, sedangkan limbah domestik di plastik berwarna hitam.

Penelitian oleh Maulana dkk (2017) menunjukkan bahwa di lokasi penelitian tempat sampah medis diberi lapisan plastik sampah medis serta limbah B3 (dalam hal ini limbah medis dan B3 sementara masih di gabung) warna kuning dengan logo dan tulisan infeksius atau limbah infeksi. Limbah padat infeksius, patologi, sitotoksik, farmasi dan kimia dibuang pada tempat sampah yang berwarna kuning atau bertuliskan tempat sampah medis atau limbah infeksius. Kantong plastik diangkat setiap hari atau bila sudah penuh terisi limbah. Kantong

plastik kuning tersebut diikat kemudian dimasukkan kedalam wadah sementara pengangkut secara tertutup. Limbah jarum suntik dimasukkan kedalam box warna kuning, yang proses pergantiannya atau jika sudah penuh langsung pada saat PPL mengambil limbah jarum suntik, sekaligus mengganti dengan *safety box* yang baru. Rumah sakit tersebut juga melakukan kerjasama dengan pihak ketiga untuk pengolahannya.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian pada penelitian ini yaitu rumah sakit memiliki daftar B3 dan limbahnya namun tidak lengkap yaitu rumah sakit tidak memiliki regulasi data inventarisasi B3 & limbahnya, pelaporan paparan dan insiden, pengadaan/pembelian B3 & pemasok wajib melampirkan MSDS, serta APD yang digunakan tidak lengkap ketika menangani limbah karena rumah sakit tidak menyediakan kaca mata *safety* kepada petugas. Selain itu, rumah sakit memiliki laporan tumpahan darah namun rumah sakit tidak memiliki laporan dan analisis tentang tumpahan, paparan dan insiden lainnya sehingga apabila terjadi sesuatu hal hanya dicatat pada buku kosong yang sudah diberi tabel namun tidak terdapat hasil analisis pada catatan tersebut.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter bahan berbahaya sebesar 18% yaitu rumah sakit tidak memiliki bukti bahwa pengadaan B3 sudah melampirkan MSDS dan rumah sakit belum memiliki izin IPAL. MSDS ini berfungsi untuk mengetahui risiko dari bahan berbahaya tersebut serta cara penanganannya apabila terjadi insiden maupun tumpahan, sehingga semua instansi yang menggunakan bahan berbahaya wajib memiliki MSDS. Rumah sakit telah memiliki IPAL, namun belum memiliki izin IPAL tersebut. Kendala yang dialami rumah sakit adalah kurangnya pengetahuan terkait persiapan yang diperlukan dalam pengajuan izin IPAL tersebut, karena menurut petugas rumah

sakit masih perlu mendalami persiapan izin IPAL terutama terkait mutu air bersih yang diperlukan untuk dapat memperoleh izin IPAL tersebut.

Penelitian oleh Amanah (2011) dkk tentang identifikasi bahaya dan penilaian risiko di laboratorium, berdasarkan hasil dari identifikasi bahaya yang dilakukan ditiga ruang laboratorium (ruang praktikum, ruang komputer laboran dan ruang penyimpanan alat dan bahan), diketahui terdapat beberapa potensi bahaya yang dapat terjadi diantaranya seperti kebakaran, tersengat aliran listrik, peledakan, kebakaran,tumpahan/kebocoran, luka gores, luka lebam dan emisi gas beracun/korosif, iritasi kulit dan mata. Terdapat beberapa cara pencegahan dan penanggulangan bahaya yang dapat digunakan untuk meminimalisasi potensi bahaya di laboratorium teknik lingkungan undip yaitu dengan cara administrasi (pembuatan prosedur k3 manual dan LDKB), *engeneering*/rekayasa (pemasangan alaram pada blower lemari asam dan grounding), substitusi (penggantian alat yang sudah pecah dengan alat yang baru) dan penggunaan alat pelindung diri (masker, sarung tangan dan *goggle*). Terdapat beberapa program yang dapat dilakukan agar penerapan k3 dilaboratorium dapat maksimal yaitu; form identifikasi dan penilaian risiko; menyediakan Lembar Data Keselamatan Bahan (LDKB)/MSDS; melengkapi beberapa prosedur Keselamatan dan kesehatan kerja ; pengadaan alat keselamatan seperti APD, P3K, *eyewash*, dan APAR.

5.1.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

Bencana merupakan kejadian yang tidak diinginkan di sekitar kita. Dalam menanggulangi bencana, setiap rumah sakit perlu melakukan persiapan dan perencanaan menghadapi bencana, sehingga dapat tercipta rumah sakit yang aman yaitu rumah sakit yang fasilitas layanannya tetap dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum, seta dengan infrastruktur yang sama, sebelum, selama, dan segera setelah dampak keadaan darurat dan bencana (KARS, 2017). Parameter

kesiapan penanggulangan bencana memiliki 7 elemen penilaian. Penerapan kesiapan penanggulangan bencana pada penelitian ini terdapat 2 EP terpenuhi (29%), 3 EP terpenuhi sebagian (43%) dan 2 EP tidak terpenuhi (29%).

Elemen penilaian yang terpenuhi adalah ruang IGD telah memiliki ruang dekontaminasi yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan serta seluruh staf, pegawai kontrak dan penyewa lahan telah mengikuti simulasi tanggap darurat yang dilaksanakan bersamaan dengan pelatihan APAR.

Penelitian oleh Kalpana dkk (2017) tentang efektivitas pelatihan bencana *pre hospital* gawat darurat dalam peningkatan efikasi diri kelompok siaga bencana dan non siaga bencana menunjukkan hasil bahwa Terdapat peningkatan pada tingkat pengkajian, tingkat triase, tingkat bantuan jalan napas, tingkat perawatan luka, evakuasi dan transportasi, pemasangan tenda dan modul pelatihan bencana pre hospital gawat darurat sebelum dan sesudah pelatihan pada kelompok siaga bencana dan non siaga bencana dengan peningkatan efikasi diri kelompok siaga bencana mahasiswa STIKes Perintis Padang.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar pada parameter ini yaitu rumah sakit tidak memiliki regulasi terkait manajemen bencana secara tertulis dan hanya melaksanakan simulasi tanggap darurat sehingga tidak dilakukan pelaporan dan tindak lanjut setelah simulasi dilaksanakan. Pelaksanaan simulasi tanggap darurat hanya dilakukan dengan penggunaan jalur evakuasi dan tindakan terhadap pasien jika terjadi bencana.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter kesiapan penanggulangan bencana sebesar 14% yaitu rumah sakit tidak melakukan identifikasi bencana internal dan eksternal serta rumah sakit tidak melakukan *self*

assessment kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan *hospital safety index* dari WHO. *Hospital Safety Index* rumah sakit merupakan identifikasi bahaya dan penilaian resiko dalam kesiapsiagaan rumah sakit menghadapi bencana di rumah sakit. HSI berupa ceklist/formulir sedangkan. *Hospital Safety Index* terdiri dari 4 bagian, yaitu lokasi geografis rumah sakit, elemen keamanan bangunan struktural, elemen keamanan non struktural dan kapasitas fungsional rumah sakit. HSI ini berfungsi untuk mengetahui kesiapan rumah sakit dalam menghadapi bencana.

Penelitian oleh Mahfud dkk (2017) tentang analisis kapasitas fungsional RSUD Prambanan dalam menghadapi bencana berdasarkan HSI menunjukkan hasil bahwa kapasitas fungsional RS dinilai berdasarkan 5 komponen yaitu Sistem Komando Penanggulangan Bencana dan Pusat Komando, Rencana Kontijensi, rencana darurat untuk penanganan medis pada berbagai jenis bencana, rencana operasional, pemeliharaan preventif dan pemulihan layanan RS, serta ketersediaan obat-obatan, alat kesehatan, instrumen dan peralatan lain untuk digunakan dalam keadaan darurat. Berdasarkan tabel *Hospital Safety Index* pada BAB III RSUD Prambanan masuk dalam klasifikasi B (0,36 – 0,65) berarti fasilitas kesehatan dinilai dapat bertahan pada situasi bencana tapi peralatan dan pelayanan penting lainnya berada dalam risiko.

5.1.5 Proteksi Kebakaran

Parameter proteksi kebakaran memiliki 11 elemen penilaian tetapi terdapat 1 EP yang tidak dinilai. Elemen penilaian yang tidak dinilai tersebut dikarenakan tidak diadakan simulasi saat penelitian. Penerapan proteksi kebakaran pada penelitian ini terdapat 2 EP terpenuhi (20%), 5 EP terpenuhi sebagian (50%) dan 3 EP tidak terpenuhi (30%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada hasil penelitian adalah rumah sakit telah memiliki jalur evakuasi serta semua staf telah mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran yang dilakukan setiap 1 tahun sekali berupa pelatihan APAR. Pelatihan APAR terakhir dilaksanakan pada tanggal 28 Desember 2018 dan diikuti oleh 38 karyawan rumah sakit. Peserta pelatihan diikuti oleh unit bagian umum 26 orang, unit medis 6 orang, laborat 3 orang dan apotek 3 orang. Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017, rumah sakit harus waspada terhadap keselamatan kebakaran karena kebakaran adalah risiko yang selalu dapat terjadi di rumah sakit. Rumah sakit juga telah menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sesuai dengan peraturan daerah Kota Semarang. Di lokasi parkir terdapat MMT yang menunjukkan bahwa rumah sakit merupakan kawasan tanpa rokok dan apabila melanggar akan dikenakan sanksi. Di dalam rumah sakit juga telah tersedia *sign* tentang larangan merokok.

Penelitian oleh Zulaeha (2015) tentang implementasi kebijakan pemerintah tentang penetapan kawasan tanpa rokok yang diperoleh hasil bahwa kebijakan pemerintah tentang penetapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Propinsi Sulawesi Tengah sudah berjalan walaupun pelaksanaannya belum maksimal. Dalam pelaksanaan kebijakan KTR ini di Rumah Sakit Umum Daerah Undata maka Direktur mengeluarkan Surat Keputusan tentang Tim Satgas Kawasan Tanpa Rokok untuk membantu direktur dalam mengelola pengembangan Kawasan Tanpa Rokok atau KTR di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Undata agar masing-masing petugas bertanggung jawab dalam melaksanakan tugasnya.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian pada parameter proteksi kebakaran adalah rumah sakit belum memiliki sprinkle dan sebagian besar APAR di rumah sakit terakhir diperiksa pada pertengahan bulan tahun 2017 sedangkan

menurut Permenakertrans nomor 4 tahun 1980 tentang syarat-syarat pemasangan dan pemeliharaan APAR menyebutkan bahwa APAR harus diperiksa 2 kali dalam setahun. Rumah sakit tidak memiliki ruang khusus penyimpanan bahan bakar untuk genset. Selain itu, *smoke detector* yang dimiliki oleh rumah sakit hanya tersedia di lantai 3 dan belum pernah dilakukan uji coba *smoke detector* tersebut. Kemudian, rumah sakit belum memiliki regulasi internal terkait KTR meskipun rumah sakit telah melaksanakan kawasan tanpa rokok.

Pada parameter proteksi kebakaran, elemen penilaian yang tidak terpenuhi sebesar 30% yaitu rumah sakit tidak melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis, sehingga rumah sakit tidak pernah melakukan evaluasi terkait persiapan penanggulangan kebakaran. Rumah sakit dalam pelaksanaannya hanya melakukan pengecekan terhadap peralatan medis setiap hari. Selain itu, rumah sakit tidak melakukan evaluasi terhadap kawasan tanpa rokok karena apabila ada pelanggaran masih berupa teguran dan tidak ada regulasi khusus dari rumah sakit terkait hal tersebut.

Penelitian oleh Iswara (2011) tentang analisis risiko kebakaran di Rumah Sakit, menunjukkan bahwa dari model matriks risiko, dapat diketahui bahwa tingkat risiko meluasnya kebakaran yang disebabkan oleh ketidaksesuaian sistem proteksi kebakaran di Gedung Rumah Sakit Metropolitan Medical Center masuk dalam kategori risiko tinggi. Diketuinya tingkat risiko meluasnya kebakaran, manajemen rumah sakit dapat menentukan skala prioritas dalam penangganya. Manajemen juga dapat mengalokasikan sumber daya sesuai untuk masing-masing risiko sesuai dengan tingkat prioritasnya.

5.1.6 Peralatan Medis

Di rumah sakit, petugas yang bertanggung jawab pada peralatan medis adalah seorang teknisi. Setiap hari teknisi mengecek terkait peralatan medis yang ada di rumah sakit tersebut, yaitu untuk memastikan bahwa peralatan medis dapat berfungsi dengan baik. Pengecekan terhadap peralatan medis ini dianggap penting agar pelayanan kesehatan dapat berjalan maksimal dan tanpa kendala. Parameter peralatan medis memiliki 9 elemen penilaian. Penerapan peralatan medis pada penelitian ini terdapat 3 EP terpenuhi (33%), 4 EP terpenuhi sebagian (44%) dan 2 EP tidak terpenuhi (22%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah peralatan medis diperiksa secara teratur oleh petugas dan selalu dicatat ketika terjadi gangguan maupun masalah. Selain itu, peralatan medis juga diuji fungsi dan selalu dilakukan kalibrasi oleh pihak luar. Uji kalibrasi dilakukan secara bersamaan beberapa peralatan medis, karena kalibrasi dilakukan di luar rumah sakit sehingga untuk efektifitas dan efisiensi waktu dan jarak pengangkutan peralatan dari rumah sakit menuju laboratorium kalibrasi.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 44%, yaitu meskipun rumah sakit telah melakukan pengelolaan peralatan medis dengan baik namun tidak terdapat regulasi khusus terkait hal tersebut, serta daftar inventaris seluruh peralatan medis tidak dilengkapi dengan identifikasi risiko dari peralatan medis tersebut. Petugas selalu melakukan pelaporan apabila terjadi kecacatan maupun kegagalan fungsi pada peralatan medis, namun tidak terdapat laporan terkait alat medis dalam penarikan atau *under recall* dan tidak ada laporan insiden maupun formulir pelaporan insiden tersebut. Sehingga, petugas yang mengecek peralatan medis hanya melakukan pengecekan, kemudian apabila terjadi masalah dilaporkan

ke bagian umum, setelah itu menunggu disposisi dari pimpinan terkait tindak lanjut perawatan peralatan medis dan tidak menyediakan formulir khusus pelaporan insiden akibat peralatan medis.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter ini sebesar 22%, diantaranya adalah staf yang bertanggungjawab dalam peralatan medis bukan merupakan staf kompeten dalam bidangnya karena petugas tersebut belum pernah mengikuti pelatihan peralatan medis. Pada hasil penelitian juga ditemukan bahwa rumah sakit tidak pernah melaporkan seluruh insiden keselamatan apabila terjadi kematian, cedera serius atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis. Rumah sakit mengaku pernah terjadi suatu insiden, namun insiden tersebut tidak dilaporkan.

Penelitian oleh Roza (2016) tentang analisis penyelenggaraan sistem pemeliharaan peralatan radiologi di RSUP dr. M. Djamil menunjukkan hasil penelitian ini bahwa dalam pelaksanaannya, sistem pemeliharaan tidak dapat dijalankan semestinya, disebabkan oleh terbatasnya tenaga teknisi, kurangnya pelatihan, biaya pemeliharaan masih kurang, SOP pemeliharaan kurang sesuai dengan prosedur. Perencanaan, pengorganisasian, pengawasan yang kurang terlaksana dengan baik sehingga sistem pemeliharaan pencegahan dan pemeliharaan korektif tidak dapat berjalan dengan baik. Salah satu upaya meningkatkan sistem pemeliharaan agar berjalan dengan optimal yaitu perlu melakukan pelatihan, meningkatkan alokasi dana pemeliharaan, perlu melengkapi fasilitas pemeliharaan korektif kerja yang memadai, melaksanakan pemeliharaan preventif secara rutin, dukungan manajemen dalam program pemeliharaan preventif dan perlu melengkapi dokumen pemeliharaan.

5.1.7 Sistem Penunjang

Sistem utilitas mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, uap panas, limbah, serta sistem komunikasi dan data. Sistem utilitas yang berfungsi efektif di semua tempat di rumah sakit menciptakan lingkungan asuhan pasien yang baik (KARS, 2017). Parameter sistem penunjang memiliki 25 elemen penilaian tetapi terdapat 1 EP yang tidak dinilai. Elemen penilaian yang tidak dinilai tersebut karena RSIA X tidak melayani dialisis ginjal. Penerapan sistem penunjang pada penelitian ini terdapat 10 EP terpenuhi (42%), 8 EP terpenuhi sebagian (33%) dan 6 EP tidak terpenuhi (25%).

Elemen penilaian yang terpenuhi secara keseluruhan adalah terkait pengelolaan dan perawatan sistem utilitas yang telah dilakukan oleh rumah sakit dengan sesuai seperti memberikan label pada tuas kontrol, sistem utilitas selalu diinspeksi secara teratur dan diuji serta diperbaiki apabila terjadi kerusakan. Selain itu, sudah tersedia 2 genset di rumah sakit untuk menanggulangi terjadinya pemadaman listrik dan selalu tersedia bahan bakar cadangan, serta air bersih selalu tersedia selama 24 jam dan sumber air berasal dari air tanah serta PDAM. Hasil uji sumber listrik alternatif didokumentasikan dalam bentuk ceklis karena setiap pagi genset dipanasi. Kemudian rumah sakit melakukan monitoring mutu air dan pemeriksaan air limbah dibantu oleh Badan Lingkungan Hidup dan seluruh hasil didokumentasikan.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian pada parameter sistem penunjang yaitu rumah sakit tidak dapat menunjukkan regulasi pengelolaan sistem utilitas yang ada di rumah sakit, serta rumah sakit tidak melakukan identifikasi area dan pelayanan berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik namun rumah sakit selalu melakukan pengecekan setiap hari. Oleh karena itu, rumah sakit dalam pengelolaannya mengurangi risiko tinggi kegagalan listrik hanya

dapat diketahui ketika pengecekan selesai dan untuk tindak lanjutnya pun menunggu disposisi dari pimpinan. Apabila sudah diterima hasil laporannya dan disetujui untuk ditindaklanjuti, petugas baru menindaklanjuti. Dalam pelaksanaannya, rumah sakit selalu melakukan inspeksi, uji coba dan perbaikan namun rumah sakit tidak memiliki regulasi secara tertulis terkait kriteria-kriteria inspeksi sistem utilitas. Penyimpanan bahan bakar genset rumah sakit tidak diletakkan di ruang khusus penyimpanan, sehingga dapat berpotensi terjadi kebakaran maupun terpeleket karena cairan bahan bakar tumpah.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi adalah rumah sakit tidak memiliki daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitasnya serta tidak memiliki regulasi tentang inventarisasi, pemeliharaan, inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala. Kemudian rumah sakit tidak memiliki daftar sistem utilitas rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting. Hal tersebut dikarenakan beberapa petugas rumah sakit menempati posisi baru dan penanggungjawab mengaku bahwa seluruh dokumen yang diperlukan sedang dalam tahap penyusunan. Rumah sakit juga tidak melakukan identifikasi area dan pelayanan yang beresiko terkait sistem utilitas. Dalam pelaksanaan uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif, rumah sakit tidak memiliki peraturan khusus terkait hal tersebut.

Penelitian oleh Nasution dkk (2015) tentang pengaruh manajemen aset terhadap optimalisasi aset rumah sakit jiwa daerah Provinsi Sumatera Utara menunjukkan hasil bahwa secara parsial variabel inventarisasi aset, legal audit dan penilaian aset terbukti berpengaruh positif dan signifikan terhadap optimalisasi aset. Hasil analisis secara bersama menunjukkan bahwa ketiga variabel yaitu inventarisasi aset, legal audit, penilaian aset terbukti berpengaruh signifikan atau positif terhadap optimalisasi aset. Pihak rumah sakit perlu melakukan pengadaan

alat kesehatan yang baru sehingga dapat mengganti alat-alat yang telah rusak agar dapat dipergunakan sesuai dengan kebutuhan.

5.1.8 Monitoring Program MFK

Parameter monitoring program MFK memiliki 4 elemen penilaian. Penerapan monitoring program MFK pada penelitian ini adalah 1 EP terpenuhi (25%) dan 2 EP terpenuhi sebagian (50%) dan 1 EP tidak terpenuhi (25%). Hasil yang diperoleh menunjukkan bahwa rumah sakit belum memiliki regulasi khusus terkait sistem pelaporan data insiden dari setiap program manajemen risiko fasilitas yang dilakukan secara insidental. Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017 bahwa program manajemen fasilitas dan keselamatan diperlukan untuk membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan sistem perbaikannya, serta membuat rencana untuk meningkatkan fungsi teknologi medic, peralatan dan sistem utilitas.

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah penanggung jawab program telah melakukan laporan kepada direktur rumah sakit. Laporan yang dilakukan oleh penanggung jawab sanitasi, peralatan medis, maupun unit lain diserahkan kepada bagian umum. Pelaporan tersebut dikumpulkan pada bagian umum kemudian setiap 1 bulan sekali laporan diserahkan dan setiap bulan diadakan pertemuan atau rapat kerja.

Elemen penilaian yang terpenuhi sebagian pada parameter ini adalah pelaporan kejadian yang tertera hanya pada kerusakan alat medis, untuk pelaporan insiden maupun kecelakaan rumah sakit tidak membentuk laporan tersebut. Selain itu, tidak terdapat perencanaan perbaikan dan *upgrade* dikarenakan apabila terjadi masalah, tindak lanjut dilakukan secara insidental dan tergantung prioritas rumah sakit untuk menekan pengeluaran anggaran rumah sakit.

Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter ini adalah rumah sakit tidak memiliki regulasi sistem pelaporan data insiden program manajemen risiko fasilitas secara tertulis. Semua hal maupun kejadian dilaporkan secara incidental dan tidak terdapat laporan data insiden rumah sakit.

Penelitian oleh Ibrahim dkk (2017) tentang gambaran penerapan standar manajemen keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit, diperoleh hasil bahwa RSUD Haji Makassar telah melakukan pelayanan Keselamatan dan Kesehatan kerja. RSUD Haji Makassar melaksanakan standar manajemen keselamatan dan kesehatan kerja. RSUD Haji Makassar telah melaksanakan pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3). RSUD Haji Makassar telah melaksanakan program penanganan kejadian ketanggap darurat. RSUD Haji Makassar telah melakukan pencatatan, pelaporan, evaluasi dan audit keselamatan dan kesehatan kerja dengan baik. Implikasi dari penelitian ini adalah Rumah Sakit diharapkan mampu mengembangkan program program K3 di Rumah Sakit dan melakukan kegiatan sosialisasi dan simulasi secara rutin sehingga tercipta suasana aman dan sehat di lingkungan Rumah Sakit.

5.1.9 Pendidikan Staf

Parameter pendidikan staf memiliki 12 elemen penilaian. Parameter pendidikan staf memiliki 12 elemen penilaian. Penerapan pendidikan staf pada penelitian ini terdapat 3 EP terpenuhi (25%), 1 EP terpenuhi sebagian (8%) dan 8 EP tidak terpenuhi (67%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah staf dapat menjelaskan peran dalam menghadapi kebakaran karena seluruh staf telah mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran dan sistem tanggap darurat serta staf dapat menjelaskan prosedur penanganan, penyimpanan dan pembuangan gas medis serta limbah B3 yang pengelolaannya diserahkan pada pihak ketiga. Staf

dapat menjelaskan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya.

Pada hasil penilaian elemen yang terpenuhi sebagian adalah staf dapat menjelaskan penanganan kedaruratan bencana seperti gempa bumi dan sejenisnya namun staf tidak dapat menjelaskan penanganan kedaruratan eksternal seperti wabah karena belum pernah mengalami. Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada parameter ini yaitu rumah sakit tidak memiliki program pelatihan tentang manajemen fasilitas dan keselamatan sehingga tidak pernah diadakan edukasi mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan. Selain itu, staf yang bertanggung jawab dalam peralatan medis dan sistem utilitas tidak pernah mengikuti pelatihan untuk menjalankan serta memelihara peralatan medis dan sistem utilitas tersebut. Hal itu menyebabkan rumah sakit tidak memiliki staf yang kompeten sesuai dengan tanggung jawabnya, sehingga sistem manajemen keselamatan di rumah sakit mengalami banyak kendala.

Penelitian oleh Hasanah (2015) tentang hubungan pendidikan dan pelatihan dengan kinerja perawat dalam pelayanan kesehatan menunjukkan hasil ada hubungan antara pendidikan dan pelatihan dengan kinerja perawat dalam pelayanan kesehatan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang. Hasil penelitian menunjukkan semakin rendah pendidikan dan pelatihan perawat maka semakin rendah pula kinerja perawat di RSUD Muntilan. Koefisien korelasi positif artinya kedua variabel mempunyai hubungan searah yaitu semakin baik pendidikan dan pelatihan semakin baik pula kinerja perawat dalam pelayanan kesehatannya.

5.2 Hambatan Penelitian

Hambatan pada penelitian ini adalah minimnya sumber daya manusia pada rumah sakit sehingga beberapa posisi dirangkap oleh beberapa orang sehingga

jumlah informan yang awal mulanya 9 informan menjadi 6 informan saja. Selain itu, dalam pelaksanaan studi dokumen juga mengalami hambatan karena terdapat beberapa dokumen yang tidak diketahui letak penyimpanannya sehingga proses studi dokumen membutuhkan waktu lama dan dokumentasi dibatasi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Dari hasil penelitian diperoleh simpulan bahwa dari total poin elemen penilaian yang diteliti sebesar 98 poin, elemen penilaian yang terpenuhi sebesar 32%, elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 39%, dan elemen penilaian yang tidak terpenuhi sebesar 29%. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rumah sakit belum memiliki regulasi internal terkait manajemen fasilitas dan keselamatan seperti manual atau pedoman, Surat Keputusan Direktur terkait Kawasan Tanpa Rokok dan SOP pelaporan insiden serta inventarisasi sistem utilitas dan pengadaan B3 secara tertulis dan terstruktur, akan tetapi pada pelaksanaannya rumah sakit telah melakukan upaya manajemen risiko fasilitas dan keselamatan. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen risiko yang dilakukan oleh RSIA X Kota Semarang dilakukan secara insidental.

Berdasarkan rekapitulasi hasil penelitian pada standar MFK di RSIA X Kota Semarang, elemen penilaian yang terpenuhi dengan presentase terbesar terdapat pada parameter keselamatan dan keamanan yaitu sebesar 67%. Sedangkan elemen penilaian yang tidak terpenuhi dengan presentase terbesar terdapat pada parameter pendidikan staf yaitu sebesar 67% elemen penilaian tidak terpenuhi. Presentase terbesar dengan elemen penilaian yang tidak terpenuhi terdapat pada parameter pendidikan staf dikarenakan rumah sakit tidak memiliki program pelatihan kepada staf yang bertanggung jawab menjalankan dan memelihara sistem utilitas serta peralatan medis.

6.2 Saran

6.2.1 Untuk Rumah Sakit

6.2.1.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

Penanggung jawab sanitasi, disarankan untuk mengikuti pelatihan pengelolaan limbah cair agar dapat memahami persiapan yang diperlukan dalam pengajuan izin IPAL dan disarankan untuk menyusun program manajemen risiko secara tertulis sehingga dapat diperbaharui sesuai kondisi lingkungan rumah sakit saat ini.

6.2.1.2 Keselamatan dan Keamanan

Tim K3 harus melakukan identifikasi area-area beresiko yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan misalnya di tempat penyimpanan bahan bakar genset, instalasi gizi dan TPS Limbah B3 sehingga dapat diketahui pencegahan dan penanggulangannya secara terstruktur.

6.2.1.3 Bahan Berbahaya

Penanggung jawab sanitasi perlu menyusun manual atau pedoman terkait data inventarisasi B3 dan limbahnya serta SOP pelaporan paparan maupun insiden. Pengadaan B3 wajib melampirkan MSDS atau *Material Safety Data Sheet*, sehingga risiko yang diakibatkan oleh B3 dan limbahnya dapat dicegah dan dilakukan penanggulangan apabila terjadi insiden.

6.2.1.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

Tim K3 perlu menyusun manual atau pedoman terkait manajemen bencana secara tertulis sehingga dapat merencanakan dan menentukan peran, fungsi, wewenang serta tanggung jawab dalam menghadapi bencana dan melakukan identifikasi bencana internal maupun eksternal dengan menggunakan *hospital safety index* dari WHO agar rumah sakit siap siaga dalam menghadapi bencana.

6.2.1.5 Proteksi Kebakaran

Teknisi perlu memasang *smoke detector* pada setiap lantai yang dimiliki rumah sakit untuk mengurangi risiko terjadinya kebakaran. Selain itu, direktur perlu menyusun Surat Keputusan Direktur terkait Kawasan Tanpa Rokok agar program Kawasan Tanpa Rokok tersebut dapat dievaluasi dan dilaksanakan dengan bijak oleh seluruh penghuni maupun pengunjung rumah sakit sehingga dapat dilakukan pembaharuan dari hasil evaluasi.

6.2.1.6 Peralatan Medis

Penanggung jawab peralatan medis perlu menyusun manual atau pedoman terkait pengelolaan peralatan medis. Selain itu, daftar inventaris seluruh peralatan medis yang ada di rumah sakit dilengkapi identifikasi risiko dari peralatan medis yang digunakan rumah sakit untuk mencegah serta mengurangi potensi bahaya yang dapat disebabkan oleh peralatan medis.

6.2.1.7 Sistem Penunjang

Penanggung jawab bagian umum perlu menyusun manual atau pedoman pengelolaan sistem utilitas yang ada di rumah sakit dan SOP inventarisasi sistem utilitas atau penunjang agar pemeriksaan dan perbaikan dapat dilakukan sesuai kriteria yang telah ditentukan oleh rumah sakit. Selain itu, tim K3 perlu melakukan identifikasi area dan pelayanan beresiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik maupun yang lain.

6.2.1.8 Monitoring Program MFK

Tim K3 perlu menyusun SOP atau prosedur sistem pelaporan data insiden program manajemen risiko fasilitas secara tertulis. Prosedur tersebut berfungsi agar apabila terjadi insiden maka setiap staf yang bertanggung jawab dapat melaporkan seluruh insiden, kejadian maupun kecelakaan dapat

didokumentasikan dengan baik dan dianalisis untuk kemudian ditindaklanjuti oleh seluruh pihak yang terkait.

6.2.1.9 Pendidikan Staf

Bagian Sumber Daya Manusia perlu untuk mengajukan staf agar mengikuti pelatihan peralatan medis, sistem utilitas, serta manajemen fasilitas dan keselamatan agar rumah sakit memiliki staf yang kompeten di bidangnya sehingga rumah sakit dapat menyusun program manajemen risiko fasilitas dan keselamatan secara tertulis dan pelaksanaannya dapat ditinjau serta dievaluasi secara berkala.

6.2.1.10 Untuk Tim K3

Tim K3 perlu mengajukan pembaharuan anggota Tim K3 kepada Direktur Rumah Sakit agar tugas pokok dan fungsi serta tanggungjawab Tim K3 dapat dilaksanakan dengan lebih baik. Sehingga, Tim K3 dapat menyusun program manajemen risiko fasilitas dan keselamatan secara tertulis untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

6.2.1.11 Untuk Karyawan

Karyawan perlu mendukung program manajemen risiko yang telah dilaksanakan rumah sakit dengan menjaga keselamatan serta keamanan di lingkungan rumah sakit dan menghindari tindakan yang berpotensi bahaya bagi seluruh penghuni maupun pengunjung rumah sakit demi kenyamanan pasien, pengunjung dan karyawan lain serta terciptanya lingkungan yang aman dan sehat. Selain itu, kepatuhan terhadap penggunaan identitas oleh karyawan maupun pasien dan pengunjung perlu ditingkatkan agar dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit menjadi lebih baik.

6.2.2 Untuk Peneliti Selanjutnya

Saran bagi peneliti selanjutnya adalah dapat melakukan penelitian di rumah sakit umum yang belum terakreditasi karena RSUD memiliki lingkup yang

lebih luas dibanding RSIA, sehingga peneliti selanjutnya dapat mengkaji lebih dalam terkait permasalahan dan kekurangan yang dimiliki rumah sakit dalam pengajuan akreditasi rumah sakit serta diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan dengan adanya hasil penelitian tersebut dan melakukan evaluasi atau perbaikan terhadap permasalahan tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Admin. 2015. *Akreditasi Rumah Sakit, untuk Apa?* From RSIBNUSINA Website <http://www.rsibnusina.or.id/?p=23>.
- Amanah, Ila dkk. 2011. *Identifikasi Bahaya dan Penilaian Risiko (Risk Assessment) di Laboratorium Studi Kasus di Laboratorium Lingkungan Fakultas Teknik Universitas Diponegoro*. *Jurnal Penelitian*. Universitas Diponegoro.
- Andrianto, Dimas. 2017. *Analisis Kinerja Rumah Sakit Daerah berdasarkan Budaya Organisasi, Komitmen Organisasi, dan Akuntabilitas Publik (Survei pada Rumah Sakit Daerah di Karesidenan Pati)*. *Naskah Publikasi*: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Anrian, M. 2015. *Strategi Peningkatan Status Akreditasi Rumah Sakit di RSUD Kabupaten Kepulauan Meranti*. *JOM FISIP*. Volume 2 No. 2 Oktober 2015. 1-12.
- Hartono, Bambang. 2010. *Manajemen Pemasaran untuk Rumah Sakit*. Rineka Cipta: Jakarta.
- Hasanah, Lailatul. 2015. *Hubungan Pendidikan dan Pelatihan dengan Kinerja Perawat dalam Pelayanan Kesehatan di RSUD Muntilan Kabupaten Magelang*. *Naskah Publikasi*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan A'isyiyah Yogyakarta.
- Herlambang, Susatyo. 2016. *Manajemen Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit (Cara Mudah Memahami Manajemen Pelayanan di Rumah Sakit dan Organisasi Pelayanan Kesehatan Lainnya)*. Gosityen Publishing: Yogyakarta.
- Ibrahim, Hasbi dkk. 2017. *Gambaran Penerapan Standar Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar*. *Public Health Science Journal*. Vol 9, Nomor 2, 160-173.
- Iswara, Ifan. 2011. *Analisis Risiko Kebakaran di Rumah Sakit Metropolitan Medical Centre Tahun 2011*. *Skripsi*. Universitas Indonesia
- Juliana. 2017. *Hubungan Kualitas Pelayanan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Rumah Sakit UNS*. *Skripsi*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Kalpana dkk. 2016. *Efektivitas Pelatihan Bencana Pre Hospital Gawat Darurat dalam Peningkatan Efikasi Diri Kelompok Siaga Bencana dan Non Siaga Bencana Mahasiswa Stikes Perintis Padang*. *Jurnal Ilmu Kebencanaan (JIKA)*. Vol. 3, No. 1, 13-18.

- KARS. 2017. *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*.
- KARS. 2018. *Susunan Pengurus KARS*. From Komisi Akreditasi Rumah Sakit Website kars.or.id/index.php/susunan-pengurus-komisi-akreditasi-rumah-sakit/.
- KARS. 2018. *Hasil Akreditasi*. From Website <http://www.kars.or.id/>.
- KARS. 2018. *Tarif Kegiatan KARS Tahun 2018*. From Komisi Akreditasi Rumah Sakit Website <http://www.kars.or.id/wp-content/uploads/Tarif-new.pdf>.
- Keles, Angelia W., Kandou, G.D., dan Tilaar, Ch. R. 2015. *Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012*. Artikel Penelitian JIKMU. Vol. 5 No. 2:250-259.
- Kemenkes. 2011. *Permenkes RI Nomor 889 Tahun 2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian*.
- Kemenkes. 2013. *Permenkes RI Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit*.
- Kemenkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*.
- Kemenkes. 2017. *Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Tahun 2016*.
- Kemenkes. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit*.
- Kemenkes. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2017 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis*.
- Kemenkes. 2018. *Data dan Informasi Profil Kesehatan Indonesia 2017*. From Website Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kemenkes. *Permenkes No. 37 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi*.
- Kusumawardhani, Amanda. (2017). *Mitra BPJS Kesehatan: Persoalan Akreditasi Jadi Isu*. Website: <http://kalimantan.bisnis.com/read/mitra-bpjs-kesehatan-persoalan-akreditasi-jadi-isu>.
- Maulana, Muchsin dkk. 2017. *Pengolahan Limbah Padat Medis dan Pengolahan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun di RS Swasta Kota Jogja*. The 5th Urecol Proceeding. UAD Yogyakarta.

- Ministry of Health Malaysia. (2016). *Report of Ministry of Health Malaysia*. From Website <http://www.moh.gov.my/english.php/pages/view/56>.
- Moleong, Lexy J. 2010. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. PT Remaja Rosdakarya: Bandung.
- Nasution, Erlini dkk. 2015. *Pengaruh Manajemen Aset terhadap Optimalisasi Aset Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatera Utara*. *Jurnal Ekonom*. Vol. 18, No.1, 10-18.
- National Patient Safety Agency. (2017). *National Patient Safety Incident Reports (NaPSIR)*. From Website <https://improvement.nhs.uk/resources/national-patient-safety-incident-reports-september-2017/>.
- Okaviantari. 2015. *Analisis Kejadian Nyaris Cedera pada Ruang Rawat Inap C di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar Tahun 2015*.
- Patricia Talakua, A. Indahwati Sidin, Noer Bahry Noor. 2013. *Gambaran Motivasi Karyawan dalam Menghadapi Akreditasi di Rumah Sakit Stella Maris Makassar Tahun 2013*. Bagian Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, UNHAS, Makassar.
- Permenaker RI Nomor 2 Tahun 1983 tentang *Instalasi Alarm Kebakaran Automatik*
- Permenakertrans Nomor 4 Tahun 1980 tentang *Syarat-Syarat Pemasangan dan Pemeliharaan APAR*
- Roza, Shelvy Haria. 2016. *Analisis Penyelenggaraan Sistem Pemeliharaan Peralatan Radiologi di RSUP dr. M. Djamil*. *Jurnal Medika Saintika*. Vol. 7, No. 2, 85-94.
- Santoso, Agung. 2016. *Akreditasi Rumah Sakit: Kepentingan Rumah Sakit atau Masyarakat?* From Website kompasiana.com/agungsantoso/akreditasi-rumah-sakit-kepentingan-rumah-sakit-atau-masyarakat.
- Sudra, Rano Indradi. 2010. *Statistik Rumah Sakit*. Graha Ilmu: Yogyakarta.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Pendidikan (Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D)*. ALFABETA: Bandung.
- Triwibowo, Cecep. 2012. *Perizinan dan Akreditasi Rumah Sakit: Sebuah Kajian Hukum Kesehatan*. Nuha Medika: Yogyakarta
- Undang-Undang Nomor 20 tentang *Pendidikan Kedokteran*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang *Praktik Kedokteran*.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang ***Keperawatan***.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang ***Rumah Sakit***.

Wijayanti, Reni dkk. 2017. ***Identifikasi Bahaya, Penilaian Risiko dan Penentuan Kontrol di Puskesmas Gambirsari Surakarta***. *Indonesian Journal on Medical Sciences IIJMS*. Vol. 4, No. 2, 150-156.

Yulianingtyas dkk. 2016. ***Analisis Pelaksanaan Manajemen Risiko di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang***. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. Vol. 4, No. 4, 121-128.

Zulaeha. 2015. ***Implementasi Kebijakan Pemerintah tentang Penetapan Kawasan Tanpa Rokok, Studi pada Rumah Sakit Umum Daerah Undata Propinsi Sulawesi Tengah***. *E-Jurnal Katalogis*. Vol. 3, No. 5, 58-65.