



**ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI
AKREDITASI KARS DALAM PEMENUHAN STANDAR
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN
(Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak)**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh :
Alfi Nur Baeti
NIM 6411414031

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

2021

ABSTRAK

Alfi Nur Baeti

Analisis Kesiapan Rumah Sakit Menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di RSI NU Demak)

xiv + 148 halaman + 11 tabel + 2 gambar + 9 lampiran

Indonesia memiliki 2.869 rumah sakit dan 2.274 (79,3%) nya merupakan Rumah Sakit Umum. Dari jumlah tersebut baru 1610 (56%) rumah sakit yang telah terakreditasi, dengan 674 (41,9%) rumah sakit masih berstatus lulus perdana yaitu 674 (41,9%). Jawa Tengah memiliki 303 rumah sakit. Kabupaten Demak termasuk daerah dengan jumlah rumah sakit paling sedikit di Jawa Tengah yaitu sejumlah 3 rumah sakit. Tingkat akreditasi rumah sakit di Demak juga tergolong rendah. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak dengan status akreditasi tingkat madya.

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan studi evaluasi. Data diperoleh melalui wawancara, observasi dan studi dokumentasi dengan informan berjumlah 3 orang.

Dari hasil penelitian diperoleh dari total poin elemen penilaian yang diteliti sebesar 99 poin, elemen penilaian yang tidak terpenuhi sebesar 1 poin (1%), elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 4 poin (4%), dan elemen penilaian yang terpenuhi sebesar 94 poin (95%). Dari 9 Parameter MFK seluruhnya sudah memenuhi capaian $\geq 80\%$. Capaian penilaian berdasarkan SNARS Edisi 1 sebesar $> 80\%$ tidak menjadi hambatan dalam akreditasi rumah sakit menuju peringkat paripurna.

Kata Kunci : Akreditasi, Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Rumah Sakit
Kepustakaan : 47 (2004-2020)

*Public Health Science Department
faculty of Sport Science
Semarang State University
February 2021*

ABSTRACT

Alfi Nur Baeti

Analysis of Hospital Readiness on KARS (Hospital Accreditation Commission) Accreditation in Fulfilling Management Standard of Facilities and Safety (Case Study in Islamic Hospital of Nahdlatul Ulama Demak)

xiv + 148 pages + 11 tables + 2 pictures + 9 attachments

Indonesia has 2,869 hospitals and 2,274 (79.3%) of them are General Hospitals. Of these, only 1610 (56%) hospitals have been accredited, with 674 (41.9%) hospitals still in first graduation status, namely 674 (41.9%). Central Java has 303 hospitals. Demak Regency is one of the areas with the least number of hospitals in Central Java, namely 3 hospitals. The accreditation level of hospitals in Demak is also low. This research was conducted at the Nahdlatul Ulama Demak Islamic Hospital with intermediate level accreditation status.

This research is a descriptive research with an evaluation study. Data obtained through interviews, observation and documentation study with 3 informants.

From the research results obtained from the total points of the assessment elements under study of 99 points, 1 point (1%) unfulfilled assessment elements, 4 points (4%) partially fulfilled assessment elements, and 94 points of fulfilled assessment elements (95%). Of the 9 Parameters for Facility Management and Safety, all have met the achievement of $\geq 80\%$. The achievement of the assessment based on SNARS Edition 1 of $> 80\%$ does not become an obstacle in accreditation of hospitals towards the full rank.

Keywords: Accreditation, Facility Management and Safety, Hospital

Bibliography: 47 (2004-2020)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 26 Januari 2021

Penulis,

Alfi Nur Baeti

NIM. 6411414031

PERSETUJUAN

Skripsi dengan judul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak)” yang disusun oleh Alfi Nur Baeti, NIM 6411414031 telah disetujui untuk diujikan di hadapan panitia Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang.

Semarang, 26 Januari 2021
Pembimbing,



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

MOTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO:

Terasa sulit ketika aku merasa harus melakukan sesuatu. Tetapi, menjadi mudah ketika aku menginginkannya. (Annie Gottlier)

PERSEMBAHAN:

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah SWT skripsi ini saya persembahkan untuk :

1. Kedua orang tua saya, Ayahanda Rochmat dan Ibunda Siti Maesyarah
2. Almamater Universitas Negeri Semarang

PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak) ” yang disusun oleh Alfi Nur Baeti, NIM 6411414031 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

hari, tanggal : Rabu, 10 Februari 2021

tempat : ZOOM B PH UNNES (Daring)

Panitia Ujian,

Ketua



Prof. Dr. Tandiy Rahayu M.Pd.
NIP 196102301984032001

Sekretaris

Sofwan Indarjo, S.K.M.,M.Kes
NIP 197607192008121002

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I

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

12-03-2021

Penguji II

Chatila Maharani S.T, M.Kes
NIP. 198210182008122003

04-03-2021

Penguji III

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

03-03-2021

PRAKATA

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala rahmat, berkah, dan karunia-Nya, sehingga skripsi yang berjudul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak)” dapat terselesaikan. Keberhasilan penulis dalam menyusun skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, dengan rasa rendah hati penulis mengucapkan terima kasih yang tulus kepada:

1. Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd.
2. Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang, Irwan Budiono, S.KM., M.Kes (Epid).
3. Dosen pembimbing, Evi Widowati, S.KM., M.Kes atas bimbingan dan pengarahan dalam penyusunan skripsi ini.
4. Bapak Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama di bangku kuliah.
5. Pihak Rumah Sakit Nadlatul Ulama Demak atas izin pengambilan data dan informasi yang telah diberikan.
6. Bapak dan Ibu (Bapak Rochmat dan Ibu Siti), kakak (Lutfi Khakim), dan keluarga besar atas kasih sayang, doa, cinta, dan dukungan yang telah diberikan.
7. Kawan-kawan diskusi dan organisasi, Guguslatih Ilmu Keolahragaan atas semangat dan inspirasi dalam penyusunan skripsi ini.

8. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Semoga Allah SWT membalas amal baik Bapak, Ibu, dan Saudara. Penulis menyadari bahwa skripsi yang telah disusun ini memiliki kekurangan karena terbatasnya kemampuan dan pengetahuan. Oleh karena itu, kritik dan saran dari semua pihak sangat diharapkan guna penyempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Semarang, 26 Januari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

ABSTRAK	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN.....	iv
PERSETUJUAN.....	v
MOTO DAN PERSEMBAHAN	vi
PERSEMBAHAN:	vi
PENGESAHAN	vii
PRAKATA	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	7
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Untuk Pihak Rumah Sakit	7
1.4.2 Untuk Institusi Pendidikan	7
1.4.3 Untuk Peneliti.....	8
1.5 Keaslian Penelitian.....	8
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	12
1.6.1 Ruang Lingkup Tempat.....	12
1.6.2 Ruang Lingkup Waktu	12
1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	13
2.1 Akreditasi Rumah Sakit	13
2.1.1 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	13
2.1.2 Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK).....	14

2.1.3	Hak Pasien dan Keluarga (HPK).....	15
2.1.4	Asesmen Pasien (AP)	16
2.1.5	Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP).....	17
2.1.6	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	18
2.1.7	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	19
2.1.8	Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)	20
2.1.9	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	21
2.1.10	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	23
2.1.11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	23
2.1.12	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	24
2.1.13	Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS).....	54
2.1.14	Manajemen Informasi dan Rekam Medik (MIRM)	55
2.1.15	Program Nasional	56
2.1.16	Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)..	57
2.2	Elemen Penilaian	58
2.2.1	Regulasi (R)	58
2.3	Nilai Hasil Survei.....	59
2.4	Tidak Lulus Akreditasi	61
2.5	Lulus Akreditasi.....	61
2.6	Manfaat Akreditasi.....	63
BAB III METODE PENELITIAN		67
3.1	Alur Pikir	67
3.2	Fokus Penelitian.....	67
3.3	Jenis dan Rancangan Penelitian	68
3.4	Sumber Informasi.....	68
3.4.1	Data Primer	68
3.4.1	Data Sekunder	70
3.5	Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data.....	71
3.5.1	Instrumen Penelitian.....	71
3.5.1	Teknik Pengambilan Data	73
3.6	Prosedur Penelitian	75

3.6.1 Tahap Pra Penelitian.....	75
3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian	75
3.6.3 Tahap Pasca Penelitian.....	76
3.7 Pemeriksaan Keabsahan Data	76
3.8 Analisis Data	77
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	79
4.1 Gambaran Umum.....	79
4.2 Hasil Penelitian	81
4.2.1 Karakteristik Informan	81
4.2.2 Penerapan Standar MFK	82
BAB V PEMBAHASAN	121
5.1 Pembahasan.....	121
5.1.1 Kepemimpinan dan Perencanaan	121
5.1.2 Keselamatan dan Keamanan.....	125
5.1.3 Bahan Berbahaya.....	128
5.1.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana	130
5.1.5 Proteksi Kebakaran	133
5.1.6 Peralatan Medis.....	136
5.1.7 Sistem Penunjang	138
5.1.8 Monitoring Program MFK	140
5.1.9 Pendidikan Staf	142
5.2 Hambatan Penelitian	146
BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	147
6.1 Simpulan	147
6.2 Saran.....	148
DAFTAR PUSTAKA	151
LAMPIRAN.....	155

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	8
Tabel 4.1 Karakteristik Informan	81
Tabel 4.2 Penilaian Parameter Kepemimpinan dan Perencanaan	83
Tabel 4.3 Penilaian Parameter Keselamatan dan Keamanan	89
Tabel 4.4 Penilaian Parameter Bahan Berbahaya	92
Tabel 4.5 Penilaian Parameter Kesiapan Penanggulangan Bencana	96
Tabel 4.6 Penilaian Parameter Proteksi Kebakaran	99
Tabel 4.7 Penilaian Parameter Peralatan Medis.....	102
Tabel 4.8 Penilaian Parameter Sistem Penunjang.....	105
Tabel 4.9 Penilaian Parameter Monitoring Program MFK	112
Tabel 4.10 Penilaian Parameter Pendidikan Staf	114
Tabel 4.11 Rata-Rata Penerapan Standar MFK	118

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.2 Kerangka Teori.....	66
Gambar 3.1 Alur Pikir.....	67

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Calon Subjek.....	156
Lampiran 2 Persetujuan Keikutsertaan Penelitian	158
Lampiran 3 Panduan Wawancara.....	160
Lampiran 4 Lembar Studi Dokumentasi	195
Lampiran 5 Lembar Observasi.....	221
Lampiran 6 <i>Etichal Clearance</i>	230
Lampiran 7 Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan.....	231
Lampiran 8 Surat Keputusan Pembimbing	232
Lampiran 9 Dokumentasi.....	233

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit termasuk tempat kerja yang memiliki potensi yang menimbulkan dampak kesehatan bagi pasien, pengunjung maupun pekerja yang ada di rumah sakit tersebut. Rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan termasuk mengenai bangunan dan proteksi kebakaran. Rumah sakit memahami fasilitas fisik yang dimiliki dan secara proaktif mengumpulkan data serta membuat strategi untuk mengurangi risiko dan meningkatkan keamanan lingkungan pasien (SNARS, 2018). Rumah sakit yang aman dan fasilitas kesehatan lainnya harus tetap beroperasi setelah terjadinya keadaan darurat dan bencana. Gangguan pelayanan kesehatan karena kerusakan rumah sakit dan kurangnya kesiapan yang memadai untuk merespons secara efektif adalah dua faktor utama yang dapat mencegah orang menerima perawatan medis yang menyelamatkan fasilitas hidup dan layanan kesehatan penting lainnya (WHO, 2017).

Menurut data *Bureau of Labor Statistics*, U.S. tahun 2016 jumlah kasus cedera dan penyakit akibat kerja nonfatal di sektor perawatan kesehatan dan bantuan sosial paling tinggi yaitu sebanyak 552,6 penyakit dan 33,2 kasus cedera

per 1000 orang. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017, akreditasi merupakan pengakuan menghadapi mutu pelayanan rumah sakit, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi. Setiap rumah sakit wajib terakreditasi. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014, setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi. Registrasi dan Akreditasi merupakan persyaratan untuk perpanjangan izin operasional dan perubahan kelas. Menurut Undang-Undang nomor 44 tahun 2009, dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 12 Tahun 2012, Akreditasi rumah sakit dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam maupun dari luar negeri berdasarkan standar akreditasi yang berlaku. Akreditasi wajib bagi semua rumah sakit. Program akreditasi adalah instrumen yang valid untuk mengetahui sejauh mana pelayanan di rumah sakit tersebut memenuhi standar yang berlaku secara nasional. Status terakreditasi juga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat atas layanan di rumah sakit dan sebagai alat pencegahan terjadinya kasus malpraktik, karena dalam melaksanakan tugasnya, tenaga di rumah sakit telah memiliki Standar Prosedur Operasional (SPO) yang jelas. Akreditasi bagi rumah sakit adalah bentuk pertanggungjawaban (*accountability*) dan perlindungan kepada masyarakat sebagai pengguna jasanya (Syarkawi, 2017).

Rumah sakit di Indonesia berkembang dengan cukup pesat. Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan pada bulan Agustus 2018 menunjukkan jumlah rumah sakit di Indonesia telah mencapai 2.869. 2.274 (79,3%) rumah sakit di Indonesia merupakan Rumah Sakit Umum, sedangkan jumlah Rumah Sakit Khusus lebih sedikit yaitu 595 (20,7%) rumah sakit. Berdasarkan kepemilikannya, lebih banyak rumah sakit yang dimiliki oleh swasta yaitu 1926 (67,7%) rumah sakit, sedangkan milik Pemerintah sejumlah 943 (32,3%) rumah sakit.

Dari jumlah tersebut baru 1610 (56%) rumah sakit yang telah terakreditasi. Ditinjau dari tingkat kelulusannya, 687 (42,7%) telah mencapai tingkat paripurna. Namun banyak pula yang masih lulus perdana yaitu 674 (41,9%) rumah sakit. Sisanya 39 (2,4%) rumah sakit tingkat dasar, 84 (5,2%) rumah sakit tingkat madya, dan 126 (7,8%) rumah sakit tingkat utama (KARS, 2018). Menurut data Kementerian Kesehatan (2018), Jawa Tengah menempati urutan ketiga daerah dengan jumlah rumah sakit terbanyak di Indonesia yaitu sejumlah 303 rumah sakit. Menurut jenisnya, di Jawa Tengah 248 (81,9%) merupakan Rumah Sakit Umum dan hanya 55 (18,1%) rumah sakit yang merupakan Rumah Sakit Khusus (Kemkes, 2018). 186 (61,4%) rumah sakit diantaranya telah terakreditasi. Menurut tingkat kelulusannya, 118 (63,4%) rumah sakit telah mencapai tingkat paripurna. Rumah sakit yang masih lulus perdana merupakan tingkat kelulusan terbanyak kedua yaitu sejumlah 36 (19,4%) rumah sakit. Sisanya, 13 (7%) rumah sakit tingkat utama, 12 (6,4%) rumah sakit tingkat madya, dan 7 (3,8%) rumah sakit tingkat dasar (KARS, 2018). Kabupaten Demak termasuk daerah dengan jumlah rumah sakit paling sedikit di Jawa Tengah yaitu sejumlah 3 rumah sakit.

Tingkat akreditasi rumah sakit di Demak juga tergolong rendah yaitu 1 (33,3%) rumah sakit tingkat paripurna, 1 (33,3%) rumah sakit lulus perdana dan 1 (33,3%) rumah sakit belum terakreditasi (Kemkes, 2018; KARS, 2018).

Status akreditasi rumah sakit ditentukan sesuai penilaian hasil survey dan terbagi menjadi beberapa tingkat yaitu: Tidak lulus; tingkat dasar; tingkat madya; tingkat utama; dan tingkat paripurna (SNARS, 2018). Penilaian akreditasi Rumah Sakit standar Manajemen, Fasilitas dan Keselamatan (MFK) adalah salah satu bab dari kelompok standar manajemen Rumah Sakit, dimana salah satu poin penilaian dari MFK tersebut adalah aspek Keselamatan dan Keamanan. Keselamatan adalah keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung. Keamanan adalah perlindungan menghadapi kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang. Tujuan utama dari standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, adalah bahwa 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 mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko; mencegah kecelakaan dan cedera; dan memelihara kondisi aman. Bab Manajemen Fasilitas dan Keselamatan terdiri dari 11 standar. Standar tersebut harus dipenuhi oleh rumah sakit demi mengurangi risiko dan meningkatkan keamanan lingkungan pasien. Rumah Sakit juga tidak akan mendapatkan tingkat akreditasi paripurna apabila tidak melaksanakan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan tersebut (SNARS, 2018).

Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak merupakan rumah sakit swasta yang berada di Jalan Jogoloyo No. 9 Demak. Rumah sakit ini berdiri sejak tahun 1987 dan telah berganti nama dari Balai Kesehatan Ibu dan Anak (BKIA), menjadi Rumah Bersalin dan Balai Pengobatan (RB/BP) dan mulai 24 November 2000 hingga saat ini bernama Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak. Rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum kelas D yang berdiri atas ijin dari Dinas Kesehatan Demak No 503.37/02521/VI/2015. Jumlah tempat tidur di Rumah Sakit NU Demak sebanyak 127. Kunjungan IGD rawat jalan di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak pada tahun 2016 sebanyak 3275 kunjungan, meningkat menjadi 3487 kunjungan pada tahun 2017 dan menurut data hingga September 2018 telah terdapat 4385 kunjungan rawat jalan.

Kunjungan IGD rawat inap pada tahun 2016 terdapat 8988 kunjungan, meningkat menjadi 9878 kunjungan pada tahun 2017 dan menurut data hingga September 2018 telah terdapat 4785 kunjungan rawat inap. Pada Instalasi rawat jalan tercatat 34403 pasien pada tahun 2016, meningkat menjadi 42522 pasien pada tahun 2017 dan hingga September 2018 telah terdapat 39976 pasien. Sedangkan pada instalasi rawat inap pada tahun 2016 terdapat 9199 pasien, meningkat menjadi 9817 pasien pada 2017 dan hingga September 2018 telah terdapat 7270 pasien.

Standar *Bed Occupancy Rate* (BOR) yang ideal menurut (Depkes, 2005) adalah antara 60-85%. Nilai ideal untuk BOR yang disarankan adalah 75% - 85%. BOR di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak yaitu 55% artinya tempat tidur yang digunakan untuk merawat pasien dibandingkan dengan tempat tidur yang telah disediakan lebih sedikit dari standar yang ada. Jumlah pasien

yang sedikit ini bisa menimbulkan kesulitan pendapatan ekonomi bagi pihak rumah sakit.

Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak telah lulus akreditasi dengan status tingkat madya pada tanggal 23 Oktober 2018. Kedepannya pihak rumah sakit menargetkan agar dapat lulus paripurna. Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan dalam pelaksanaannya di rumah sakit telah dilaksanakan namun belum sempurna dan belum dilakukan pemeriksaan kesesuaiannya SNARS edisi 1 tahun 2018. Rumah sakit tersebut telah memiliki Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang seluruhnya dalam kondisi baik dan tidak kadaluarsa, terdapat jalur evakuasi apabila terjadi keadaan darurat, memiliki surat izin seperti izin mengenai bangunan dan operasional rumah sakit dan telah dilakukan perawatan dan pemeliharaan pada fasilitas baik medis maupun nonmedis.

Di lapangan masih terdapat fasilitas yang masih perlu diperbaiki karena menimbulkan risiko bahaya baik bagi pasien, keluarga, pengunjung maupun staf rumah sakit seperti paving yang rusak, tembok retak, kebersihan yang kurang terjaga, terjadinya darurat limbah dan surat ijin yang kadaluarsa. Selain itu dari 234 staf di rumah sakit 50 orang belum mendapatkan pelatihan staf. Sumber daya manusia yang tidak linear diduga sebagai penghambat pelaksanaan manajemen Fasilitas dan Keselamatan untuk berjalan dengan baik seperti Perawatan, Pemeliharaan dan Inventaris yang dilakukan oleh ahli ekonomi dan Kabag Rumah Tangga yang sekaligus merangkap sebagai Kasubbag Sarana dan Prasarana. Untuk mencapai target rumah sakit lulus tingkat paripurna maka Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak harus melaksanakan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan sesuai dengan SNARS edisi 1 tahun 2018. Mengacu Rumah

Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah di atas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu:

Bagaimana analisis kesiapan Rumah Sakit menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi kasus di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak)?

1.3 Tujuan Penelitian

Untuk menganalisis kesiapan Rumah Sakit menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi kasus di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak).

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Untuk Pihak Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan memberikan masukan bagi Rumah Sakit dalam kesiapan menghadapi akreditasi KARS guna memenuhi Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan khususnya di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak.

1.4.2 Untuk Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi bagi institusi pendidikan tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja khususnya mengenai Gambaran kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

1.4.3 Untuk Peneliti

Penelitian ini dapat dimanfaatkan untuk menambah pengetahuan dan pengalaman dibidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja khususnya dalam mengetahui bagaimana gambaran kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Keaslian penelitian ini merupakan matriks yang memuat tentang judul penelitian, nama peneliti, tahun dan tempat penelitian, rancangan penelitian, variabel yang diteliti, dan hasil penelitian. Keaslian penelitian ini dapat digunakan untuk membedakan penelitian yang dilakukan sekarang dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya.

Tabel. 1.1 Keaslian Penelitian

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1	Gambaran Kesiapan Akreditasi KARS Berdasarkan	Zufron Yuda Prawira	2015, Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama	Penelitian deskriptif dengan pendekatan studi kasus	Variabel yang diidentifikasi yaitu:	Petugas <i>filig</i> membiarkan DRM yang rusak dan tidak menggantinya dengan map yang baru, petugas dalam penataan DRM kurang rapi alasannya dengan tidak

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
	Standar MKI 16 (Manajemen Komunikasi dan Informasi) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2015				<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan DRM 2. Kehilangan DRM 3. Akses DRM 4. MKI 16 	<p>adanya <i>tracer</i> petugas kesulitan dalam pengembalian. Ketika DRM hilang atau tidak ada di <i>filing</i>, petugas tidak langsung bisa mengetahui keberadaan DRM tersebut. Petugas tidak menjalankan kebijakan tentang perlindungan akses DRM dari orang yang tidak berhak. Kendala yang dialami petugas ketika persiapan akreditasi yaitu tidak adanya kebijakan, tidak adanya kelompok kerja, sarana prasarana yang tidak menunjang dan keterbatasan Sistem Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).</p>

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
2	Tinjauan Kesiapan Akreditasi KARS Bagian Manajemen Komunikasi Dan Informasi (MKI) Standar MKI. 19, MKI. 19.1, MKI. 19.1.1, MKI. 19.2, MKI. 19.3, MKI. 19.4 di RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” Semarang Tahun 2015	Febriana Mega Pratama	2015. Rumah Sakit Panti Wilasa “Dr. Cipto”	Penelitian Deskriptif	Variabel yang digunakan yaitu: 1. Input a. <i>Man</i> b. <i>Method</i> c. <i>Machine</i> 2. Proses a. Sesuai b. Tidak sesuai 3. <i>Outcome</i> a. Tercapai sebagian b. Tercapai penuh	RS. Panti Wilasa “Dr. Cipto” semarang telah menyediakan SDM, sarana/prasarana serta panduan dan kebijakan yang mendukung pelaksanaan standar MKI.19 . Dari 27 butir penilaian yang ditinjau , terdapat 21 butir penilaian yang pelaksanaannya dinyatakan sesuai dan 6 butir tidak sesuai.

No	Judul Penelitian	Nama Peneliti	Tahun dan Tempat Penelitian	Rancangan Penelitian	Variabel Penelitian	Hasil Penelitian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Penelitian mengenai kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan belum pernah dilakukan.
2. Penelitian ini meneliti tentang kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak khususnya dalam pelaksanaan 11 poin standar sesuai standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 tahun 2018.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam lingkup Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) yang membahas tentang kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

1.6.1 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak.

1.6.2 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian ini dilakukan dari pembuatan proposal pada bulan Februari 2018 sampai dengan pelaksanaan penelitian bulan Oktober 2018 tentang analisis kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Islam Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

1.6.3 Ruang Lingkup Keilmuan

Ilmu yang terkait dengan penelitian ini adalah Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dalam aspek Keselamatan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Akreditasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017, akreditasi merupakan 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. Setiap rumah sakit wajib terakreditasi. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014, setiap rumah sakit yang telah mendapatkan izin operasional harus diregistrasi dan diakreditasi. Registrasi dan akreditasi merupakan persyaratan untuk perpanjangan izin operasional dan perubahan kelas. Menurut Undang-Undang nomor 44 tahun 2009, dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali. Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 yang terdiri dari 16 bab yaitu:

2.1.1 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

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

Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien. Terdapat 6 poin sasaran keselamatan pasien yaitu:

Sasaran 1: Mengidentifikasi pasien dengan benar

Sasaran 2: Meningkatkan komunikasi yang efektif

Sasaran 3: Meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai (*Hight Alert Medications*)

Sasaran 4: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Sasaran 5: mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Sasaran 6: mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

2.1.2 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 dari bab ini adalah untuk 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 kebutuhan pasien yang dapat dilayani oleh rumah sakit, pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien, rujukan ke pelayanan lain baik di dalam maupun keluar rumah sakit, dan pemulangan pasien yang tepat dan aman ke rumah.

2.1.3 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. 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.

Pada bab ini dikemukakan proses-proses untuk melakukan identifikasi, melindungi, dan mengoptimalkan hak pasien, memberitahu pasien tentang hak mereka, melibatkan keluarga pasien bila kondisi memungkinkan dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan pasien, mendapatkan persetujuan tindakan (*informed consent*), mendidik staf tentang hak dan kewajiban pasien. Bagaimana proses asuhan dilaksanakan di rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, konvensi internasional, dan perjanjian atau persetujuan tentang hak asasi manusia yang disahkan oleh pemerintah. Proses ini berkaitan dengan bagaimana rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan dengan cara

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

2.1.4 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*).

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR: (1) Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien (I - informasi dikumpulkan); (2) Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostic imaging untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. (A - analisis data dan informasi); (3) Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi. (R - rencana disusun). Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. 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.

2.1.5 Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas asesmen dan asesmen ulang pasien. Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis lain. Semua staf yg terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yg jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit, atau uraian tugas wewenang (UTW).

Asuhan pasien terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen: (1) Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan klinis/ketua tim PPA (*clinical leader*); (2) PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, menggunakan alur klinis/*clinical pathway*, perencanaan pemulangan pasien terintegrasi/*integrated discharge planning*; (3) Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager* menjaga kesinambungan pelayanan. Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan: asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasar atas asesmen; rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien; respons

pasien terhadap asuhan dimonitor; rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasar atas respons pasien.

2.1.6 Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di rumah sakit. Hal tersebut memerlukan asesmen pasien yang lengkap dan menyeluruh, perencanaan asuhan yang terintegrasi, pemantauan yang terus menerus, transfer ke ruang perawatan berdasar atas kriteria tertentu, rehabilitasi, 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 (*informed consent*). Area ini meliputi ruang

operasi rumah sakit, rawat sehari, klinik gigi, klinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif, dan tempat lainnya.

2.1.7 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: menjamin mutu, manfaat, keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan; menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian; melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*); menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (*medication safety*); menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simtomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit. Rumah sakit menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan mutu terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, peresepan atau permintaan obat atau instruksi pengobatan, penyalinan (*transcribe*), pendistribusian, penyiapan (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian, dan pemantauan terapi obat. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (*unsafe medication practices*) dan kesalahan penggunaan obat (*medication errors*) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat

dihindari dalam sistem pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa berupaya menurunkan kesalahan pemberian obat.

2.1.8 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. Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen

kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan.

Edukasi termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan (*discharged*) ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah. Dengan demikian, edukasi dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan *emergency* bila dibutuhkan. Edukasi yang efektif dalam suatu rumah sakit hendaknya menggunakan format visual dan elektronik, serta berbagai edukasi jarak jauh dan teknik lainnya.

2.1.9 Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

sakit. Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan. Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelola program peningkatan mutu dan keselamatan pasien agar mekanisme koordinasi pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik.

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan. Pendekatan ini mencakup setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien; rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakan, dan validasi datanya; menggunakan data secara efektif

dan fokus pada tolok ukur program; dan bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan. Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan baik, Direktur Rumah Sakit, para kepala bidang/divisi, serta kepala unit dan departemen di rumah sakit: wajib mendorong pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP); berupaya mendorong pelaksanaan budaya mutu dan keselamatan (*quality and safety culture*); secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi; menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu; berupaya menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan. Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan.

Kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Kerangka standar ini juga dapat terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi). Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien; pemilihan, pengumpulan, analisis, dan validasi data indikator mutu; pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien; pencapaian dan mempertahankan perbaikan; manajemen risiko.

2.1.10 Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

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

2.1.11 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. Fokus area standar tata kelola rumah sakit adalah pemilik, direksi, kepala bidang/divisi, manajemen sumber daya manusia,

manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak, manajemen sumber daya, organisasi dan tanggung jawab staf, unit pelayanan, manajemen etis, dan budaya keselamatan.

2.1.12 Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)

Menurut Kepmenkes nomor 432/Menkes/SK/IV/2007, potensi bahaya di rumah sakit selain penyakit-penyakit infeksi juga ada potensi bahaya-bahaya lain yang mempengaruhi situasi dan kondisi di rumah sakit, yaitu kecelakaan (peledakan, kebakaran, kecelakaan yang berhubungan dengan instalasi listrik, dan sumber-sumber cedera lainnya), radiasi, bahan-bahan kimia yang berbahaya, gas-gas anastesi, gangguan psikososial dan ergonomi. Semua potensi bahaya tersebut di atas, jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi para karyawan di rumah sakit, para pasien maupun para pengunjung yang ada di lingkungan rumah sakit.

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 mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko, mencegah kecelakaan dan cedera, serta memelihara kondisi aman. Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan. Menurut Permenkes Nomor 66 Tahun 2016, pengaturan Kesehatan dan Keselamatan kerja Rumah Sakit bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

2.1.12.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

2.1.12.1.1 Standar MFK 1

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

2.1.12.1.2 Maksud dan Tujuan MFK 1

Pimpinan dan para Direktur rumah sakit bertanggung jawab untuk memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku bagi fasilitas rumah sakit baik yang merupakan regulasi di tingkat nasional maupun tingkat daerah; menerapkan persyaratan yang berlaku termasuk mempunyai izin dan atau sertifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan, antara lain izin-izin tersebut yaitu:

1. Izin mendirikan bangunan.
2. Izin operasional rumah sakit yang masih berlaku.
3. Sertifikat laik fungsi (SLF) bila pemerintah daerah di lokasi rumah sakit telah menerapkan ketentuan ini.
4. Instalasi pengelolaan air limbah (IPAL).
5. Izin genset.
6. Izin radiologi.
7. Sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran.
8. Sistem kelistrikan.
9. Izin insenerator (bila ada).
10. Izin tempat pembuangan sementara bahan berbahaya dan beracun (TPS B-3).
11. Izin lift (bila ada).

12. Izin instalasi petir, izin lingkungan.

2.1.12.1.3 Elemen Penilaian MFK 1

1. Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit seharusnya mempunyai dan memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit.
2. Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan.
3. Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
4. Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit.

2.1.12.1.4 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.

2.1.12.1.5 Maksud dan Tujuan MFK 2

Program manajemen risiko diperlukan untuk mengelola risiko-risiko di lingkungan pelayanan pasien dan tempat kerja staf. Rumah sakit menyusun satu program induk atau beberapa program terpisah yang meliputi sebagai berikut:

1. Keselamatan dan Keamanan
2. Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbahnya
3. Penanggulangan Bencana (*emergency*)

4. Proteksi Kebakaran (*Fire Safety*)
5. Peralatan medis
6. Sistem penunjang (utilitas)

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi sebagai berikut:

1. Regulasi peninjauan dan pemperbaruan program sekurang-kurangnya setahun sekali.
2. Regulasi bahwa *tenant*/penyewa lahan wajib mematuhi semua aspek program manajemen fasilitas yang teridentifikasi.

2.1.12.1.6 Elemen Penilaian MFK 2

1. Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf, dan pengunjung secara tertulis. Hal ini merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen.
2. Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya.
3. Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun.
4. Ada bukti bahwa *tenant*/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.

2.1.12.1.7 Standar MFK 3

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

2.1.12.1.8 Maksud dan Tujuan MFK 3

Pengawasan yang dilakukan organisasi/satu orang atau lebih tersebut meliputi:

1. Mengawasi semua aspek program manajemen risiko.
2. Mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan.
3. Melakukan edukasi staf.
4. Mengawasi pelaksanaan pengujian/*testing* dan pemantauan program.
5. Secara berkala menilai ulang dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.
6. Menyerahkan laporan tahunan kepada direktur rumah sakit.
7. Mengorganisasi dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisis, dan upaya perbaikan.

2.1.12.1.9 Elemen Penilaian MFK 3

1. Rumah sakit telah menetapkan individu atau organisasi yang kompeten yang ditugasi mengawasi perencanaan atau penerapan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.
2. Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk sudah mengikuti pelatihan manajemen risiko rumah sakit.
3. Rumah Sakit mempunyai program pengawasan terhadap perencanaan dan penerapan manajemen risiko yang disusun oleh individu atau organisasi yang ditunjuk.
4. Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk tersebut telah melaksanakan kegiatan.

2.1.12.2 Keselamatan dan Keamanan

2.1.12.2.1 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.

2.1.12.2.2 Maksud dan Tujuan MFK 4

Rumah sakit perlu mempunyai program pengelolaan keselamatan keamanan yang kegiatannya meliputi melakukan asesmen risiko secara komprehensif dan proaktif untuk mengidentifikasi bangunan, ruangan/area, peralatan, perabotan, dan fasilitas lainnya yang berpotensi menimbulkan cedera. Karena itu, rumah sakit perlu melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala dan terdokumentasi agar rumah sakit dapat melakukan perbaikan dan menyediakan anggaran untuk mengadakan pergantian atau “*upgrading*”; melakukan asesmen risiko prakonstruksi (*pra construction risk assessment/PCRA*) setiap ada konstruksi, renovasi, atau penghancuran bangunan/*demolish*; merencanakan dan melakukan pencegahan dengan menyediakan fasilitas pendukung yang aman dengan tujuan mencegah kecelakaan dan cedera, mengurangi bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung; menciptakan lingkungan yang aman dengan memberikan identitas (badge nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, *tenant*/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung di luar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit; melindungi dari kejahatan perorangan, kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi;

melakukan monitoring pada daerah terbatas seperti ruang bayi dan kamar operasi serta daerah yang berisiko lainnya seperti ruang anak, lanjut usia, dan kelompok pasien rentan yang tidak dapat melindungi diri sendiri atau memberi tanda minta bantuan bila terjadi bahaya.

2.1.12.2.3 Elemen Penilaian MFK 4

1. Rumah sakit mempunyai regulasi termasuk program pengelolaan keselamatan dan keamanan.
2. Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan.
3. Rumah sakit telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai *risk register* (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas.
4. Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah diimplementasikan.
5. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan, dan telah melaksanakan perbaikan.
6. Rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanan.
7. Rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.2.4 Standar MFK 4.1

Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) pada waktu merencanakan pembangunan/konstruksi, pembongkaran, atau renovasi.

2.1.12.2.5 Maksud dan Tujuan MFK 4.1

Asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) meliputi:

1. kualitas udara;
2. pengendalian infeksi (ICRA);
3. utilitas;
4. kebisingan;
5. getaran;
6. bahan berbahaya; layanan darurat, seperti respons terhadap kode;
7. bahaya lain yang memengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

2.1.12.2.6 Elemen Penilaian MFK 4.1

1. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur asesmen risiko prakonstruksi (PCRA).
2. Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi, atau demolis/pembongkaran.
3. Rumah sakit mengambil tindakan berdasar atas hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi.
4. Rumah sakit memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan.

2.1.12.2.7 Standar MFK 4.2

Rumah sakit merencanakan dan menyediakan anggaran untuk perbaikan sistem-sistem penting bangunan atau komponen-komponen lainnya berdasar atas hasil pemeriksaan fasilitas dan peraturan perundang-undangan serta anggaran untuk mengurangi risiko sebagai dampak dari renovasi, konstruksi, dan penghancuran/demolis bangunan.

2.1.12.2.8 Maksud dan Tujuan MFK 4.2

Rumah sakit wajib mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berhubungan dengan keamanan dan keselamatan lingkungan. Rumah sakit perlu merencanakan dan menyediakan anggaran/*budget* untuk perbaikan, penggantian, peningkatan, dan perizinan sehingga bangunan, properti, fasilitas, serta komponen-komponen lainnya di rumah sakit dapat memenuhi peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya. Mengingat setiap ada konstruksi maka renovasi dan demolisi harus dilakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) yang harus juga diikuti dengan rencana/pelaksanaan pengurangan risiko dampak keselamatan serta keamanan bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf. Hal ini berdampak memerlukan biaya maka rumah sakit juga perlu menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA (*Pra Construction Risk Assessment*) dan ICRA (*Infection Control Risk Assessment*).

2.1.12.2.9 Elemen Penilaian MFK 4.2

1. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan fasilitas rumah sakit.
2. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki, atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif.
3. Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, konstruksi, dan pembongkaran.

2.1.12.3 Bahan Berbahaya

2.1.12.3.1 Standar MFK 5

Rumah sakit memiliki regulasi inventarisasi, penanganan, penyimpanan dan penggunaan, serta pengendalian/pengawasan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.3.2 Maksud dan Tujuan MFK 5

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur data inventarisasi B3 serta limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, dan lokasi; penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 serta limbahnya; penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjadi tumpahan, atau paparan/pajanan; pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 serta limbahnya; pelaporan dan investigasi dari tumpahan, *eksposure* (terpapar), dan insiden lainnya; dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratan peraturan lainnya; pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (*supplier*) wajib melampirkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS)/LDP.

2.1.12.3.3 Elemen Penilaian MFK 5

1. Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur B3 serta limbahnya sesuai dengan kategori WHO dan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah sakit mempunyai daftar B3 serta limbahnya lengkap dan terbaru sesuai dengan kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah semua bahan berbahaya dan beracun serta limbahnya.
3. Petugas telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (*handling*) B3 serta limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada *eye washer*.

4. Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (*supplier*) sudah melampirkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS).
5. B3 serta limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.
6. Ada laporan dan analisis tumpahan, paparan/pajanan (*exposure*), dan insiden lainnya.
7. Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi, atau ketentuan persyaratan lainnya.

2.1.12.3.4 Standar MFK 5.1

Rumah sakit mempunyai sistem penyimpanan dan pengolahan limbah bahan berbahaya dan beracun cair dan padat yang benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.3.5 Maksud dan Tujuan MFK 5.1

Penyimpanan limbah B3 dapat dilakukan secara baik dan benar apabila limbah B3 telah dilakukan pemilahan yang baik dan benar, termasuk memasukkan limbah B3 ke dalam wadah atau kemasan yang sesuai serta dilekati simbol dan label limbah B3. Untuk penyimpanan limbah B-3 maka rumah sakit agar memenuhi persyaratan fasilitas penyimpanan limbah B-3 sebagai berikut: lantai kedap (*impermeable*), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, serta mudah dibersihkan dan dilakukan desinfeksi; tersedia sumber air atau kran air untuk pembersihan yang dilengkapi dengan sabun cair; mudah diakses untuk penyimpanan limbah; dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan; mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut limbah; terlindungi dari sinar matahari, hujan,

angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja; tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, dan burung; dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik serta memadai; berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan; peralatan pembersihan, alat pelindung diri/APD (antara lain masker, sarung tangan, penutup kepala, *goggle*, sepatu boot, serta pakaian pelindung) dan wadah atau kantong limbah harus diletakkan sedekat-dekatnya dengan lokasi fasilitas penyimpanan; dinding, lantai, dan juga langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih termasuk pembersihan lantai setiap hari. Bila rumah sakit mengolah limbah B-3 sendiri maka wajib mempunyai izin mengolah limbah B-3. Namun, bila pengolahan B-3 dilaksanakan oleh pihak ketiga maka pihak ketiga tersebut wajib mempunyai izin sebagai transporter B-3 dan izin pengolah B-3. Pengangkut/transporter dan pengolah limbah B3 dapat dilakukan oleh institusi yang berbeda.

2.1.12.3.6 Elemen Penilaian MFK 5.1

1. Rumah sakit mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.
2. Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang-undangan.
3. Rumah sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

4. Rumah sakit mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

2.1.12.4.1 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.

2.1.12.4.2 Maksud dan Tujuan MFK 6

Program manajemen *disaster* berupa proses:

1. Menentukan jenis yang kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman, dan kejadian.
2. Menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bagaimana bila terjadi bencana.
3. Menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut.
4. Menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian.
5. Mengelola sumber daya selama kejadian termasuk sumber-sumber alternative.
6. Mengelola kegiatan klinis selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian.
7. Mengidentifikasi dan penetapan peran serta tanggung jawab staf selama kejadian.

8. Proses mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien.

Ruang dekontaminasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan sebagai berikut:

1. ruangan ini ditempatkan di sisi depan/luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat;
2. pintu masuk menggunakan jenis pintu *swing* membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis;
3. bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar;
4. bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air;
5. konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai;
6. ruangan dilengkapi dengan sink dan pancuran air (*shower*).

2.1.12.4.3 Elemen Penilaian MFK 6

1. Rumah sakit mempunyai regulasi manajemen bencana.
2. Rumah sakit mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan.
3. Rumah sakit telah melakukan *self assessment* kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan *hospital safety index* dari WHO.

4. Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi sesuai dengan butir.

2.1.12.4.4 Standar MFK 6.1

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

2.1.12.4.5 Maksud dan Tujuan MFK 6.1

Program kesiapan menghadapi bencana diujicoba/disimulasikan: melakukan simulasi tahunan secara menyeluruh di tingkat internal rumah sakit atau sebagai bagian dari simulasi di tingkat masyarakat; simulasi terhadap unsur-unsur kritis rencana program yang dilaksanakan setiap tahun. Jika rumah sakit menghadapi kejadian bencana yang sebenarnya dan rumah sakit menjalankan program tersebut serta melakukan diskusi (*debriefing*) setelah kejadian maka situasi tersebut dapat mewakili atau setara dengan simulasi tahunan.

2.1.12.4.6 Elemen Penilaian MFK 6.1

Seluruh program atau setidaknya elemen-elemen kritis program disimulasikan setiap tahun. Pada akhir setiap simulasi dilakukan diskusi (*debriefing*) mengenai simulasi tersebut serta dibuat laporan dan tindak lanjut. Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan pegawai dari *tenant*/penyewa lahan.

2.1.12.5 Proteksi Kebakaran (Fire Safety)

2.1.12.5.1 Standar MFK.7

Rumah sakit merencanakan dan menerapkan suatu program untuk pencegahan, penanggulangan bahaya kebakaran, serta penyediaan sarana jalan

keluar yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya.

2.1.12.5.2 Maksud dan Tujuan MFK 7

Rumah sakit harus waspada terhadap keselamatan kebakaran karena kebakaran adalah risiko yang selalu dapat terjadi di rumah sakit. Dengan demikian, setiap rumah sakit perlu merencanakan bagaimana agar penghuni rumah sakit aman apabila terjadi kebakaran termasuk bahaya dari asap. Rumah sakit perlu melakukan asesmen terus menerus untuk memenuhi regulasi keamanan kebakaran sehingga secara efektif dapat mengidentifikasi risiko dan meminimalkan risiko. Berdasar atas hasil asesmen risiko rumah sakit agar menyusun program untuk pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman; penanganan bahaya yang terkait dengan konstruksi apapun di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien; penyediaan jalan keluar yang aman dan tidak terhalangi apabila terjadi kebakaran; penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran (*fire patrols*); dan penyediaan mekanisme pemadaman api seperti selang air, bahan kimia pemadam api (*chemical suppressants*), atau sistem *sprinkler*. Penggabungan tindakan-tindakan tersebut saat terjadi kebakaran atau asap akan membantu memberi waktu yang memadai bagi pasien, keluarga pasien, staf, dan pengunjung untuk keluar dengan selamat dari fasilitas. Tindakan-tindakan tersebut harus efektif tanpa memandang usia, ukuran, maupun bentuk bangunan fasilitas.

2.1.12.5.3 Elemen Penilaian MFK 7

1. Rumah sakit mempunyai program proteksi kebakaran (*fire safety*) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap, atau keadaan darurat nonkebakaran lainnya.
2. Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau berdekatan dengan fasilitas rumah sakit meliputi.
3. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran.
4. Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (*smoke detector dan heat detector*) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
5. Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi sprinkle, APAR, hidran, dan pompa kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
6. Rumah sakit mempunyai jalur evakuasi yang aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran serta kedaruratan bukan kebakaran.

2.1.12.5.4 Standar MFK 7.1

Rumah sakit menguji secara berkala rencana proteksi kebakaran dan asap termasuk semua alat yang terkait dengan deteksi dini dan pemadaman serta mendokumentasikan hasil ujinya.

2.1.12.5.5 Maksud dan Tujuan MFK 7.1

Program proteksi kebakaran (*fire safety*) rumah sakit mengidentifikasi: frekuensi dilakukan inspeksi, pengujian, serta pemeliharaan sistem pencegahan dan keselamatan kebakaran secara konsisten sesuai dengan persyaratan; program evakuasi yang aman jika terjadi kebakaran atau asap; proses pengujian setiap

bagian dari program dalam setiap kurun waktu 12 bulan; edukasi yang diperlukan bagi staf untuk melindungi dan mengevakuasi pasien secara efektif jika terjadi keadaan darurat. Partisipasi anggota staf dalam ujicoba/simulasi penanganan kebakaran minimal sekali tiap tahunnya. Pengujian program dapat dicapai dengan beberapa metode. “Komandan Regu penanggulangan pemadam kebakaran” harus memiliki catatan orang-orang yang berpartisipasi. Salah satu bagian dari pengujian program juga dapat berupa ujian tertulis untuk staf mengenai penanganan kebakaran yang dilakukan oleh rumah sakit. Semua inspeksi, pengujian, dan pemeliharaan didokumentasikan.

2.1.12.5.6 Elemen Penilaian MFK 7.1

1. Semua staf mengikuti latihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun.
2. Staf dapat memperagakan bagaimana cara membawa pasien ke tempat aman dan demonstrasikan bagaimana cara menyelamatkan pasien.
3. Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba, dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan.

2.1.12.5.7 Standar MFK 7.2

Rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.5.8 Maksud dan Tujuan MFK 7.2

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok, karena itu direktur rumah sakit agar membuat regulasi larangan merokok di rumah sakit termasuk larangan menjual

rokok di rumah sakit. Larangan merokok penting dilaksanakan di rumah sakit karena rumah sakit merupakan daerah yang berisiko terjadi kebakaran dan banyak bahan yang mudah terbakar di rumah sakit (misalnya gas oksigen). Regulasi larangan merokok tidak hanya untuk staf rumah sakit, tetapi juga untuk pasien, keluarga, dan pengunjung. Rumah sakit secara berkala perlu melakukan monitoring pelaksanaan larangan merokok di lingkungan rumah sakit.

2.1.12.5.9 Elemen Penilaian MFK 7.2

1. Regulasi larangan merokok telah dilaksanakan dan dievaluasi.
2. Rumah sakit mempunyai regulasi rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok, serta larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit.

2.1.12.6 Peralatan Medis

2.1.12.6.1 Standar MFK 8

Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba, serta pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya.

2.1.12.6.2 Maksud dan Tujuan MFK 8

Untuk menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu melakukan melakukan inventarisasi peralatan medis yang meliputi peralatan medis yang dimiliki oleh rumah sakit dan peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga; melakukan pemeriksaan peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuan pabrik; melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi.

2.1.12.6.3 Elemen Penilaian MFK 8

1. Rumah sakit mempunyai regulasi pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit.
2. Ada daftar inventaris dan identifikasi risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit.
3. Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur.
4. Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai dengan umur, penggunaan, dan rekomendasi pabrik.
5. Ada program pemeliharaan preventif dan kalibrasi.
6. Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini.

2.1.12.6.4 Standar MFK 8.1

Rumah sakit memiliki sistem untuk memantau dan bertindak bila ada pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, re-call, laporan insiden, masalah, dan kegagalan.

2.1.12.6.5 Maksud dan Tujuan MFK 8.1

Rumah sakit mencari informasi terkait dengan peralatan medis yang telah di-*re-call* dari sumber-sumber terpercaya. Rumah sakit memiliki sebuah sistem yang diterapkan untuk pemantauan dan pengambilan tindakan terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, *re-call* (cacat produksi), laporan insiden, masalah, dan kegagalan yang dikirimkan oleh produsen, pemasok atau agen yang mengatur. Re-call adalah penarikan kembali oleh produsen karena ada cacat. Rumah sakit harus mengidentifikasi dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku dalam hal pelaporan insiden peralatan medis.

2.1.12.6.6 Elemen Penilaian MFK 8.1

1. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis.
2. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis.
3. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis.

2.1.12.7 Sistem Utilitas (Sistem Penunjang)

2.1.12.7.1 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.

2.1.12.7.2 Maksud dan Tujuan MFK 9

Regulasi pengelolaan sistem utilitas meliputi:

1. Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus.
2. Membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas, memetakan pendistribusiannya, dan melakukan update secara berkala.
3. Pemeriksaan, pemeliharaan, serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris.

4. Jadwal pemeriksaan, testing, dan pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar atas kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko, dan pengalaman rumah sakit.
5. Pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.
6. Komponen listrik yang digunakan rumah sakit sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan.

2.1.12.7.3 Elemen Penilaian MFK 9

1. Rumah sakit mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis.
2. Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (*under recall*), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis.
3. Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan apabila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis.

2.1.12.7.4 Standar MFK 9.1

Dilakukan pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas.

2.1.12.7.5 Maksud dan Tujuan MFK 9.1

Rumah sakit harus mempunyai daftar inventaris lengkap sistem utilitas dan menentukan komponen yang berdampak pada bantuan hidup, pengendalian

infeksi, pendukung lingkungan, dan komunikasi. Program manajemen utilitas menetapkan pemeliharaan utilitas untuk memastikan utilitas pokok/penting seperti air, listrik, sampah, ventilasi, gas medik, lift agar dijaga, diperiksa berkala, dipelihara, dan diperbaiki.

2.1.12.7.6 Elemen Penilaian MFK 9.1

1. Rumah sakit mempunyai regulasi inventarisasi, pemeliharaan, dan inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala.
2. Rumah sakit mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting.
3. Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasar atas kriteria yang disusun rumah sakit.
4. Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila diperlukan.
5. Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan.
6. Sistem utilitas dan komponen dipelihara berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan.

2.1.12.7.7 Standar MFK 9.2

Sistem utilitas rumah sakit menjamin tersedianya air bersih dan listrik sepanjang waktu serta menyediakan sumber alternatif persediaan air dan tenaga listrik jika terjadi terputusnya sistem, kontaminasi, atau kegagalan.

2.1.12.7.8 Maksud dan Tujuan MFK 9.2

Untuk mempersiapkan diri terhadap keadaan darurat seperti ini, rumah sakit agar mempunyai regulasi yang antara lain meliputi mengidentifikasi

peralatan, sistem, serta area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf; menyediakan air bersih dan listrik 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu; menguji ketersediaan serta kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat/pengganti/*back-up*; mendokumentasikan hasil-hasil pengujian; memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundang-undangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi sumber listrik dan air.

2.1.12.7.9 Elemen Penilaian MFK 9.2

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem utilitas.
2. Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.
3. Rumah sakit berupaya mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko).
4. Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu.
5. Rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi.

2.1.12.7.10 Standar MFK 9.2.1

Rumah sakit melakukan uji coba/uji beban sumber listrik dan sumber air alternatif.

2.1.12.7.11 Maksud dan Tujuan MFK 9.2.1

Rumah sakit melakukan asesmen risiko dan meminimalisasi risiko kegagalan sistem utilitas di area-area tersebut. Rumah sakit merencanakan tenaga listrik darurat (dengan menyiapkan genset) dan penyediaan sumber air bersih darurat untuk area-area yang membutuhkan. Untuk memastikan kapasitas beban yang dapat dicapai oleh unit genset apakah benar-benar mampu mencapai beban tertinggi maka pada waktu pembelian unit genset, dilakukan Test Loading dengan menggunakan alat yang bernama Dummy Load. Selain itu, rumah sakit melaksanakan uji coba sumber listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan atau oleh kondisi sumber listrik. Jika sistem listrik darurat membutuhkan sumber bahan bakar maka jumlah tempat penyimpanan bahan bakar perlu dipertimbangkan. Rumah sakit dapat menentukan jumlah bahan bakar yang disimpan, kecuali ada ketentuan lain dari pihak berwenang.

2.1.12.7.12 Elemen Penilaian MFK 9.2.1

1. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut.
2. Rumah sakit mempunyai regulasi uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air.
3. Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut.
4. Rumah sakit mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi.

2.1.12.7.13 Standar MFK 9.3

Rumah sakit melakukan pemeriksaan air bersih dan air limbah secara berkala sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

2.1.12.7.14 Maksud dan Tujuan MFK 9.3

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi sekurang-kurangnya meliputi pelaksanaan monitoring mutu air bersih paling sedikit satu tahun sekali. Untuk pemeriksaan kimia minimal setiap 6 bulan atau lebih sering bergantung pada ketentuan peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman sebelumnya dengan masalah mutu air. Hasil pemeriksaan didokumentasikan; pemeriksaan air limbah dilakukan setiap 3 bulan atau lebih sering bergantung pada peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan hasil pemeriksaan air terakhir bermasalah. Hasil pemeriksaan didokumentasikan; pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin. Pemeriksaan tahunan untuk menilai kontaminasi zat kimia. Hasil pemeriksaan didokumentasikan. melakukan monitoring hasil pemeriksaan air dan perbaikan bila diperlukan.

2.1.12.7.15 Elemen Penilaian MFK 9.3

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sekurang-kurangnya.
2. Rumah sakit telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.
3. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.
4. Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin serta

kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.

5. Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan.

2.1.12.8 Monitoring Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

2.1.12.8.1 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.

2.1.12.8.2 Maksud dan Tujuan MFK 10

Monitoring program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan melalui pengumpulan data dan analisisnya memberikan informasi yang dapat membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan sistem perbaikannya, serta membuat rencana untuk meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, dan sistem utilitas. Data hasil monitoring dicatat di dokumen dan laporan setiap 3 bulan disampaikan kepada direktur rumah sakit.

2.1.12.8.3 Elemen Penilaian MFK 10

1. Rumah sakit mempunyai regulasi sistem pelaporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas.
2. Ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis.

3. Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medis, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan.
4. Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan.

2.1.12.9 Pendidikan Staf

2.1.12.9.1 Standar MFK 11

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

2.1.12.9.2 Maksud dan Tujuan MFK 11

Staf rumah sakit merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga pasien, dan pengunjung. Dengan demikian, mereka perlu dibekali edukasi dan dilatih untuk menjalankan peran mereka dalam mengidentifikasi serta mengurangi risiko, melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman dan terlindung.

2.1.12.9.3 Elemen Penilaian MFK 11

1. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan.
2. Rumah sakit mempunyai program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan.
3. Edukasi diadakan setiap tahun mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan tanggung jawabnya dengan efektif.

4. Edukasi diikuti oleh pengunjung, suplier, pekerja kontrak, dan lain-lain sesuai dengan regulasi rumah sakit.
5. Pengetahuan staf dites dan disimulasikan sesuai dengan peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas.

2.1.12.9.4 Standar MFK 11.1

Staf dilatih dan diberi pengetahuan peranan mereka dalam program rumah sakit untuk proteksi kebakaran, keamanan, dan penanggulangan bencana.

2.1.12.9.5 Maksud dan Tujuan MFK 11.1

Setiap rumah sakit harus memutuskan sendiri jenis dan tingkat pelatihan bagi stafnya, kemudian melaksanakannya melalui program pendidikan dan pelatihan. Program dapat memuat misalnya diskusi kelompok, mencetak materi, orientasi bagi staf baru, atau bentuk lainnya untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit. Program juga memuat proses dan prosedur pelaporan tentang risiko potensial, pelaporan insiden dan kecelakaan, serta penanganan bahan/barang berbahaya yang merupakan risiko pada dirinya sendiri dan lainnya.

2.1.12.9.6 Elemen Penilaian MFK 11.1

1. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir, atau melaporkan keselamatan, keamanan, dan risiko lainnya.
2. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran.
3. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis serta limbah B3.

4. Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal atau eksternal (*community*).

2.1.12.9.7 Standar MFK 11.2

Staf dilatih untuk menjalankan dan memelihara peralatan medis dan sistem utilitas.

2.1.12.9.8 Maksud dan Tujuan MFK 11.2

Staf yang bertanggung jawab menjalankan atau memelihara peralatan medik menerima pelatihan secara khusus. Pelatih dapat berasal dari rumah sakit, produsen teknologi, atau tenaga ahli sebagai narasumber pelatihan. Rumah sakit membuat program dengan cara melakukan tes secara berkala pada staf tentang pengetahuannya soal prosedur darurat, proteksi kebakaran, respons terhadap B3 termasuk tumpahan bahan tersebut dan penggunaan teknologi medik berisiko terhadap pasien serta staf. Pengetahuan yang dimiliki peserta tes dapat dilakukan dengan berbagai cara seperti demonstrasi kelompok atau individual dan simulasi kejadian seperti kalau ada epidemi di masyarakat. Tes tertulis atau lewat komputer, serta mendokumentasikan peserta dan hasil tes.

2.1.12.9.9 Elemen Penilaian MFK 11.2

1. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.
2. Staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.
3. Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.

4. Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.

2.1.13 Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)

Pimpinan rumah sakit harus menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit dan terus menerus dimutakhirkan dengan menetapkan jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf, dan prosedur lain.

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien dan untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf nonklinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan. Rumah sakit menyediakan dan memelihara file kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui. 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. Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya. Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri. 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 serta untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

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

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial staf perawat sesuai dengan peraturan perundangundangan. Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja staf keperawatan berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit. 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). Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasar atas kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

2.1.14 Manajemen Informasi dan Rekam Medik (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/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, serta kinerja rumah sakit secara keseluruhan. Informasi rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antar staf 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). 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.

2.1.15 Program Nasional

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, Pemerintah menetapkan beberapa program nasional yang menjadi prioritas. Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi, pembentukan

organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan program. Sasaran program nasional diantaranya:

Sasaran I: Penurunan angka kematian ibu dan bayi serta peningkatan kesehatan ibu dan bayi

Sasaran II: Penurunan angka kesakitan hiv/aids

Sasaran III: Penurunan angka kesakitan tuberkulosis

Sasaran IV: Pengendalian resistensi antimikroba

Sasaran V: Pelayanan geriatri

2.1.16 Integrasi Pendidikan Kesehatan dalam Pelayanan Rumah Sakit (IPKP)

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 Pasal 1 butir 15 menjelaskan bahwa Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi. Rumah sakit pendidikan bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan terintegrasi dengan mengutamakan tata kelola klinis yang baik, perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran, kedokteran gigi, serta kesehatan lain berbasis bukti dengan memperhatikan aspek etika profesi dan hukum kesehatan. 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.

2.2 Elemen Penilaian

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. Elemen Penilaian ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi. Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut:

2.2.1 Regulasi (R)

Regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program.

2.2.2 Dokumen (D)

Dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

2.2.3 Observasi (O)

Observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.

2.2.4 Simulasi (S)

Simulasi adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.

2.2.5 Wawancara (W)

Wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.

2.3 Nilai Hasil Survei

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

2.3.2 Skor 5 (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: Bila capaian 21% sampai 79% (contohnya, 3 sampai 7 dari 10) pencatatan

atau observasi menunjukkan kepatuhan. Temuan EP sebelumnya dinilai “tidak terpenuhi” pada survei awal atau survei ulang ataupun survei terfokus, dan temuan dari pengamatan terkini adalah capaian 21 % sampai 79%. Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/departemen/unit dimana persyaratan-persyaratan tersebut berlaku (seperti misalnya ditemukan kepatuhan di unit di rawat inap, namun tidak di unit rawat jalan, patuh pada ruang operasi namun tidak patuh di unit rawat sehari (*day surgery*), patuh pada area-area yang menggunakan sedasi namun tidak patuh di klinik gigi). Bila pada suatu EP terdapat berbagai macam persyaratan, dan paling sedikit 21% - 79 % persyaratan tersebut sudah terpenuhi. Suatu kebijakan/proses telah dibuat, diterapkan, dan dilaksanakan secara berkesinambungan namun belum mempunyai rentang implementasi yang memenuhi syarat untuk dinilai sebagai “terpenuhi lengkap”. Suatu kebijakan/proses telah dibuat dan diterapkan, namun belum dilaksanakan secara berkesinambungan.

2.3.3 Skor 0 (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: Bila capaian kurang dari 21 % (contohnya, kurang dari 2 dari 10) pencatatan atau observasi yang menunjukkan kepatuhan. Terdapat temuan “tidak terpenuhi” untuk EP selama survei lengkap atau survei terfokus, ataupun survei lanjutan lainnya, dan temuan dari pengamatan terkini adalah kepatuhan kurang dari 21 %. Apabila terdapat sejumlah persyaratan dalam satu EP, dan kurang dari

21% menunjukkan kepatuhan. Suatu kebijakan atau proses telah dibuat namun belum diterapkan.

Rentang implementasi untuk skor “tidak terpenuhi” adalah sebagai berikut: Persyaratan untuk EP adalah “terpenuhi sepenuhnya”; namun ternyata hanya terdapat kepatuhan kurang dari 5 bulan pada survei ulang dan kepatuhan kurang dari 1 bulan pada survei awal. Tidak ada rentang implementasi untuk survei terfokus. Kesenambungan dalam usaha perbaikan digunakan sebagai penilaian kepatuhan. Bila suatu EP dalam satu standar mendapat skor “tidak terpenuhi” dan beberapa atau EP lain bergantung pada EP yang mendapat skor “tidak terpenuhi” ini, maka keseluruhan EP yang berhubungan dengan EP pertama tersebut mendapat skor “tidak terpenuhi”.

2.4 Tidak Lulus Akreditasi

Rumah sakit nonpendidikan tidak lulus akreditasi bila dari 15 bab yang disurvei, semua mendapat nilai kurang dari 60 % sementara rumah sakit pendidikan tidak lulus akreditasi Rumah sakit tidak lulus akreditasi bila dari 16 bab yang di survei mendapat nilai kurang dari 60 %. Bila rumah sakit tidak lulus akreditasi dapat mengajukan akreditasi ulang setelah rekomendasi dari surveior dilaksanakan.

2.5 Lulus Akreditasi

2.5.1 Status Akreditasi

2.5.1.1 Akreditasi tingkat dasar

Rumah sakit nonpendidikan mendapat sertifikat akreditasi tingkat dasar bila dari 15 bab yang di survei hanya 4 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 12 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 % sementara rumah

sakit pendidikan 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 %.

2.5.1.2 Akreditasi tingkat madya

Rumah sakit nonpendidikan mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 15 bab yang di survei ada 8 bab yang mendapat nilai minimal 80 % dan 7 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20% sementara rumah sakit pendidikan mendapat sertifikat akreditasi tingkat madya bila dari 16 bab yang di survei ada 8 bab, dimana salah satu babnya adalah Institusi pendidikan pelayanan kesehatan, mendapat nilai minimal 80 % dan 8 bab lainnya tidak ada yang mendapat nilai dibawah 20 %.

2.5.1.3 Akreditasi tingkat utama

Rumah sakit nonpendidikan 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 % sementara rumah sakit pendidikan 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 %.

2.5.1.4 Akreditasi tingkat paripurna

Rumah sakit nonpendidikan mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 15 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80 %

sementara rumah sakit pendidikan sakit mendapat sertifikat akreditasi tingkat paripurna bila dari 16 bab yang di survei semua bab mendapat nilai minimal 80 %.

2.5.2 Akreditasi Khusus

Bagi Rumah Sakit kelas D Pratama dan kelas D dengan jumlah Tempat Tidur kurang dari 100, Rumah Sakit kelas C tanpa subspecialistik dengan jumlah Tempat Tidur kurang dari 100, dan Rumah Sakit khusus kelas C tanpa subspecialistik dengan jumlah Tempat Tidur kurang dari 100 dapat melakukan program akreditasi khusus yaitu dengan bab yang diakreditasi adalah Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Program Pengendalian Infeksi RS (PPIRS), Kualifikasi Pendidikan Staf (KPS) sehingga mendapatkan sertifikat kelulusan perdana dengan 1 bintang (Keputusan KARS, 2014).

2.6 Manfaat Akreditasi

Menurut Permenkes nomor 34 tahun 2017 akreditasi bertujuan untuk:

2.6.1 Meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit dan melindungi keselamatan pasien Rumah Sakit.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 merupakan standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan terkelola dengan baik. Standar tersebut berisi pedoman bagi pengelolaan dan pemberian pelayanan dan asuhan pasien, juga pedoman bagi upaya memperbaiki kualitas dan efisiensi pelayanan tersebut.

2.6.2 Meningkatkan perlindungan bagi masyarakat, sumber daya manusia di Rumah Sakit dan Rumah Sakit sebagai institusi.

Akreditasi 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. Standar akreditasi juga membantu melindungi karyawan dan pengunjung dari Penyakit Akibat Kerja (PAK) dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK). 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.

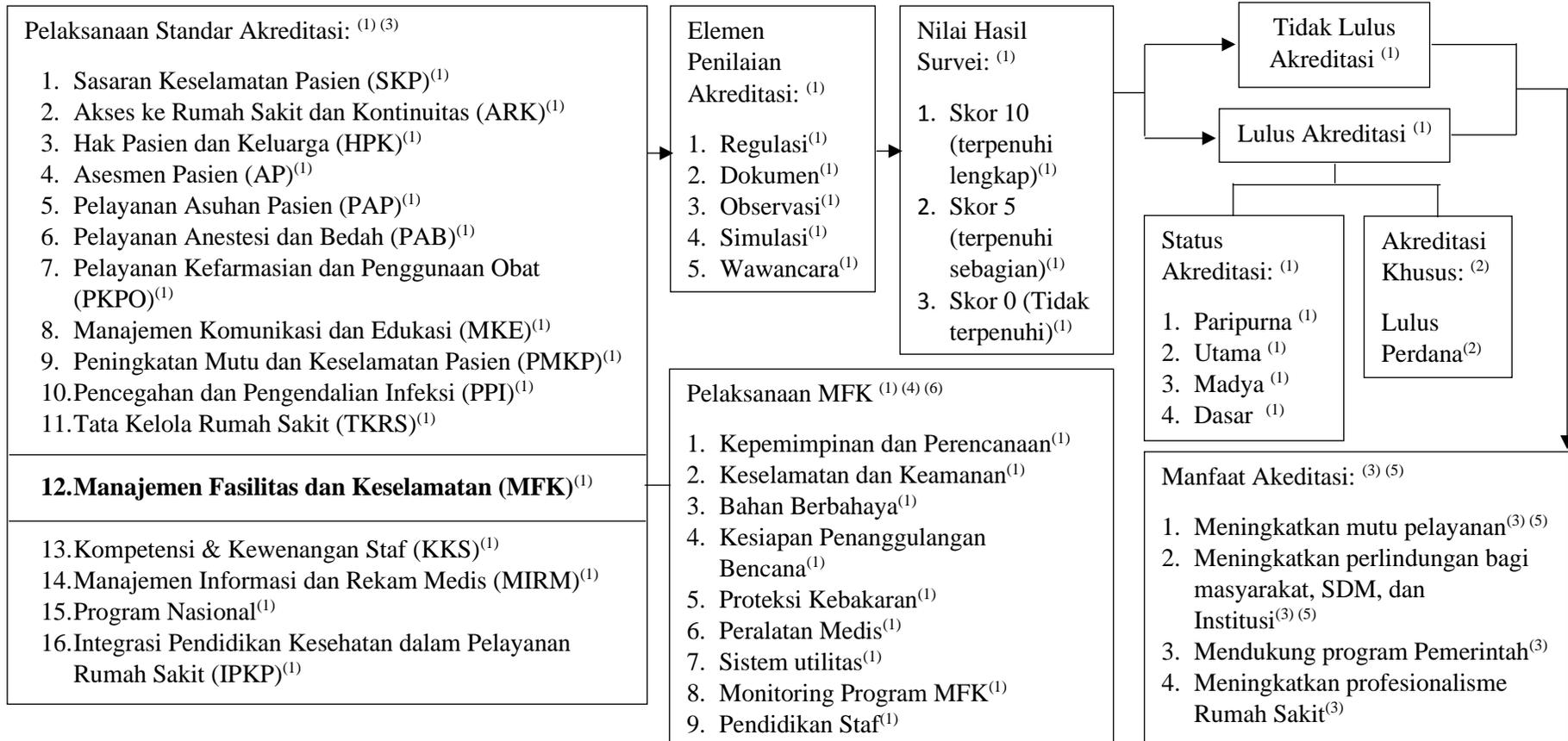
2.6.3 Mendukung program Pemerintah di bidang kesehatan.

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, Pemerintah menetapkan beberapa program nasional yang menjadi prioritas diantaranya: penurunan angka kematian ibu dan bayi serta peningkatan kesehatan ibu dan bayi; penurunan angka kesakitan hiv/aids; penurunan angka kesakitan tuberculosis; pengendalian resistensi antimikroba; dan pelayanan geriatri. Dengan melaksanakan akreditasi maka rumah sakit ikut mendukung program nasional melaksanakan program tersebut.

2.6.4 Meningkatkan profesionalisme Rumah Sakit Indonesia di mata Internasional.

Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 ini, disusun dengan menggunakan berbagai acuan termasuk prinsip-prinsip standar akreditasi dari ISQua, Standar akreditasi JCI edisi 4 dan edisi 5. Akreditasi dilaksanakan untuk menilai kesesuaian rumah sakit terhadap standar yang berlaku. Dengan akreditasi rumah sakit akan terpacu untuk meningkatkan kualitas dan profesionalismenya.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.1: Kerangka Teori

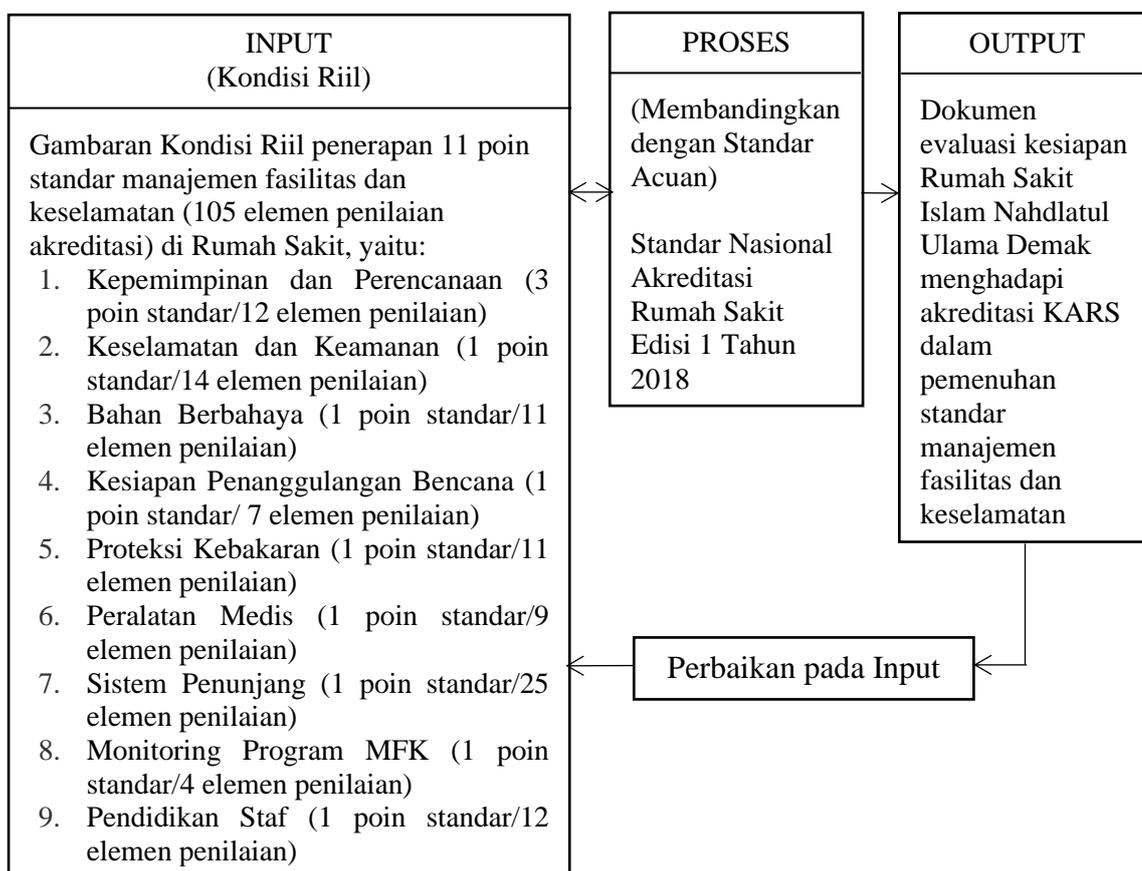
Sumber: SNARS Edisi 1. 2018⁽¹⁾; Keputusan KARS nomor 1666/KARS/X/2014⁽²⁾; Permenkes nomor 34 tahun 2017⁽³⁾; Kepmenkes nomor 432/Menkes/SK/IV/2007⁽⁴⁾, Murti Mandawati dkk (2018)⁽⁵⁾, Permenkes Nomor 66 Tahun 2016⁽⁶⁾

BAB III

METODE PENELITIAN

Alur Pikir

Alur pikir dalam penelitian yang berjudul Analisis Kesiapan Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak menghadapi Akreditasi KARS dalam pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan berdasar Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 tahun 2018 dapat dilihat pada gambar 3.1.



Gambar 3.1: Alur Pikir

Fokus Penelitian

Penentuan fokus lebih didasarkan pada tingkat kebaruan informasi yang akan diperoleh dari situasi sosial atau lapangan (Sugiyono, 2010). Fokus dalam

penelitian ini yaitu mengetahui kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar manajemen fasilitas dan keselamatan dengan standar acuan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2018.

Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian deskriptif dengan menggunakan metode kualitatif. Tujuan utamanya adalah untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar manajemen fasilitas dan keselamatan ditinjau dengan peraturan atau standar yang ada, yaitu Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2018.

Penelitian deskriptif didefinisikan sebagai suatu penelitian yang dilakukan untuk mendeskripsikan atau menggambarkan suatu fenomena yang terjadi di masyarakat (Soekidjo Notoatmodjo, 2010). Dalam metode deskriptif peneliti dapat menilai suatu program yang sedang atau sudah dilakukan disebut dengan studi evaluasi. Penelitian evaluasi ini dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap suatu pelaksanaan kegiatan atau program yang sedang dilakukan dalam rangka mencari umpan balik yang akan dijadikan dasar untuk memperbaiki suatu program atau sistem (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Sumber Informasi

Sumber informasi pada penelitian ini adalah:

3.4.1 Data Primer

Data primer merupakan data yang diperoleh langsung dari sumber yang diamati dan dicatat pertamakalinya. Data primer dalam penelitian ini diperoleh dari proses observasi yang menggunakan lembar observasi dan proses wawancara dengan menggunakan pedoman wawancara kepada informan yang dilakukan oleh peneliti. Sumber data atau informan dalam penelitian ini dipilih dengan teknik *purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik penentuan sampel dengan pertimbangan tertentu. Sumber datanya adalah orang yang mengetahui atau ahli tentang akreditasi rumah sakit khususnya manajemen fasilitas dan keselamatan (Sugiyono, 2010). Penentuan sampel sumber data atau informan pada tahap awal masih bersifat sementara, dan akan berkembang kemudian setelah peneliti dilapangan.

Berdasarkan kriteria dan kondisi di lapangan informan yang terpilih melalui teknik *purposive sampling* dalam penelitian ini yaitu:

3.4.1.1 Manager medis

Direktur Rumah Sakit dengan pertimbangan mengetahui kebijakan akreditasi khususnya manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit serta paham tentang penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit yang berkaitan dengan pemenuhan standar akreditasi. Manager medis sebagai informan untuk menjelaskan sub bab kepemimpinan dan perencanaan khususnya dalam kepatuhan dan pemahaman terhadap peraturan dan perundang-undangan dan sub bab keselamatan dan keamanan khususnya terkait penyediaan fasilitas dan anggaran perbaikan..

3.4.1.2 Kepala Bagian Rumah Tangga

Kepala Bagian Rumah Tangga, dengan pertimbangan mengetahui serta mengawasi pelaksanaan secara jelas penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan di Rumah Sakit. Kepala Bagian Rumah Tangga menjadi informan kunci untuk menjelaskan secara detail pelaksanaan manajemen fasilitas dan keselamatan di lapangan mengenai Sub bab kepemimpinan dan perencanaan; keselamatan dan keamanan; bahan berbahaya; kesiapan penanggulangan bencana; proteksi medis; sistem penunjang; maupun monitoring MFK.

3.4.1.3 Kepala sub bagian diklat

Kepala sub bagian diklat, dengan pertimbangan mengetahui pelaksanaan manajemen fasilitas dan keselamatan dilapangan terutama berkaitan dengan keselamatan pasien. Selain itu staf rumah sakit juga merupakan informan untuk menjelaskan terkait sub bab pendidikan staf.

3.4.1 Data Sekunder

Sumber data sekunder adalah sumber data yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data, misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari dokumentasi, yaitu dokumen yang bisa berbentuk tulisan, gambar ataupun karya-karya berupa seni dari seseorang (Sugiyono, 2010). Data dokumen yang diambil dalam penelitian ini diperoleh dari Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak antara lain: profil rumah sakit, struktur organisasi, data fasilitas Rumah Sakit, regulasi rumah sakit berkaitan dengan penerapan manajemen fasilitas dan keselamatan, data pelaksanaan pelatihan staf dan data lain yang berkaitan dengan manajemen fasilitas dan keselamatan.

Instrumen Penelitian dan Teknik Pengambilan Data

3.5.1 Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan perangkat yang digunakan untuk mengungkapkan data yang dibutuhkan yang nantinya data tersebut akan diolah dan dianalisis. Instrumen dalam penelitian ini yaitu:

3.5.1.1 Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara bentuk semi terstruktur, semula ditanyakan pertanyaan yang sudah terstruktur, kemudian satu persatu diperdalam hingga menghasilkan informasi atau keterangan lebih lanjut. Dalam penelitian ini pedoman wawancara digunakan untuk mengetahui bagaimana penerapan dan kebijakan manajemen fasilitas dan keselamatan di rumah sakit.

Menurut Sugiyono (2010), supaya hasil wawancara dapat terlaksana dengan baik maka peneliti memiliki bukti telah melakukan wawancara kepada informan atau sumber data, maka diperlukan bantuan alat-alat yaitu:

1. Lembar catatan: berfungsi untuk mencatat semua percakapan hasil wawancara dengan sumber data.
2. Alat Perekam: berfungsi sebagai alat bantu pada saat wawancara agar peneliti dapat berkonsentrasi pada saat proses pengambilan data tanpa harus berhenti untuk mencatat jawaban-jawaban dari subjek.

3. Kamera: berfungsi untuk memotret ketika peneliti sedang melakukan pembicaraan dengan informan sehingga dapat meningkatkan keabsahan penelitian karena peneliti betul-betul melakukan pengumpulan data.

Pedoman wawancara digunakan sebagai dasar memperoleh fakta dan data secara mendalam dari informan terkait pelaksanaan seluruh sub bab manajemen fasilitas dan keselamatan.

3.5.1.2 Lembar Observasi

Lembar observasi digunakan saat pengamatan langsung di lapangan. Lembar pengamatan dalam penelitian ini dibuat berdasarkan peraturan yang mendukung seperti: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1 tahun 2018 untuk mengetahui gambaran pelaksanaan standar manajemen fasilitas dan keselamatan yang diterapkan di lapangan dibandingkan dengan standar acuan yang digunakan dalam penelitian. Lembar Observasi digunakan sebagai dasar pengamatan sekaligus mengecek validitas dari data yang sebelumnya diperoleh dari wawancara dan poin elemen penelitian yang dapat dilihat secara fisik seperti kondisi bangunan, alat keamanan yang disediakan, kondisi peralatan medis, kondisi tempat penyimpanan B3 dan lainnya. Lembar Observasi ini digunakan untuk melihat sub bab Keselamatan dan keamanan; bahan berbahaya; proteksi kebakaran; peralatan medis; serta sistem penunjang. Untuk melengkapi pada proses observasi maka akan diambil beberapa gambar dokumentasi.

3.5.1.3 Lembar Studi Dokumentasi

Lembar studi dokumentasi digunakan untuk memudahkan peneliti dalam pengumpulan data berkaitan dengan studi dokumentasi di lapangan. Lembar studi

dokumentasi berisi indikator terkait bukti pelaksanaan manajemen fasilitas dan keselamatan yang akan diteliti dibandingkan atau dibuktikan dengan studi dokumen yang ada di Rumah Sakit seperti: profil Rumah Sakit, struktur organisasi, dokumen Pelaporan pelaksanaan pelatihan keselamatan, dan dokumen lain. Lembar studi dokumentasi digunakan untuk melihat bukti otentik atau bukti secara administrasi telah dilaksanakannya suatu standar. Studi Dokumentasi dapat digunakan untuk melihat pelaksanaan seluruh sub bab dalam manajemen fasilitas dan keselamatan.

3.5.1 Teknik Pengambilan Data

Pengambilan data merupakan langkah yang paling strategis dalam penelitian. Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif yaitu:

3.5.2.1 Wawancara

Wawancara adalah teknik pengumpulan data dengan cara menanyakan sesuatu kepada seseorang yang menjadi informan atau responden. Wawancara dapat dilakukan secara terstruktur maupun tidak terstruktur, dan dapat dilakukan melalui tatap muka maupun dengan menggunakan telepon (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini wawancara dilakukan dengan bantuan pedoman wawancara yang ditujukan kepada Manager medis, Kepala Bagian Rumah Tangga, dan Kepala subbagian diklat. Tujuan dari wawancara tersebut adalah untuk mengetahui pelaksanaan dan penerapan Kebijakan manajemen fasilitas dan keselamatan di Rumah Sakit Islam Nadlatul Ulama Demak. Wawancara dilaksanakan untuk memperoleh fakta dan data secara mendalam dari informan terkait pelaksanaan seluruh sub bab manajemen fasilitas dan keselamatan.

Teknik wawancara yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara semiterstruktur. Tujuan dari wawancara jenis ini yaitu untuk menemukan permasalahan secara lebih terbuka, dimana pihak yang diajak wawancara diminta pendapat dan ide-idenya (Sugiyono, 2010).

3.5.2.2 Observasi

Teknik observasi yang dilakukan dalam penelitian ini adalah observasi partisipatif yang bersifat pasif. Teknik observasi ini dilakukan oleh peneliti yang datang ke tempat kegiatan orang yang diamati tetapi tidak ikut serta atau terlibat langsung dalam kegiatan tersebut. Penelitian menggunakan jenis observasi partisipatif bertujuan untuk memperoleh data yang lengkap, tajam dan sampai mengetahui pada tingkat makna dari setiap perilaku yang nampak (Sugiyono, 2010). Dalam penelitian ini observasi dilakukan dengan bantuan lembar observasi yang telah dirancang secara sistematis dan gambar dokumentasi sehingga lebih memudahkan peneliti dalam observasi lapangan. Observasi ini digunakan untuk melihat pelaksanaan sub bab keselamatan dan keamanan; bahan berbahaya; proteksi kebakaran; peralatan medis; serta sistem penunjang.

3.5.2.3 Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu. Dokumentasi yang berbentuk tulisan seperti catatan, profil Rumah Sakit, dan lain sebagainya, serta dokumentasi yang berbentuk gambar seperti: foto penelitian, dan lain sebagainya (Sugiyono, 2010). Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini yaitu kamera untuk mengambil gambar dan alat perekam untuk merekam suara pada saat wawancara. Dokumentasi digunakan untuk melihat regulasi dan

dokumen bukti seluruh program atau kegiatan dalam seluruh sub bab (11 poin standar) manajemen fasilitas dan keselamatan telah dilaksanakan.

Prosedur Penelitian

Terdapat tiga tahap dalam penelitian kualitatif yaitu pra lapangan atau pra penelitian, kegiatan lapangan atau pelaksanaan penelitian, analisis data, sehingga prosedur pelaksanaan penelitian ini adalah sebagai berikut:

3.6.1 Tahap Pra Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini yaitu:

1. Menentukan lokasi penelitian.
2. Membuat surat izin dari Universitas Negeri Semarang (Unnes) untuk instansi yang dituju (Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak).
3. Menyerahkan surat dari Unnes ke Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak.
4. Melakukan konsultasi dengan pihak rumah sakit.
5. Melakukan survei pendahuluan.
6. Menganalisis hasil survei data penelitian.
7. Menyusun prosposal skripsi yang berjudul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit Menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (studi kasus di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak)”.
8. Menyiapkan perlengkapan penelitian seperti lembar *checklist*, pedoman wawancara, kamera dan alat perekam.

3.6.2 Tahap Pelaksanaan Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini yaitu:

1. Pelaksanaan pengamatan langsung pada yang ada di rumah sakit dengan lembar *checklist*.
2. Pelaksanaan wawancara dengan mewawancarai informan yaitu Rumah Sakit, Manager Medis, Kepala Bagian Rumah, dan Kepala sub bagian diklat.
3. Melakukan studi dokumentasi rumah sakit.

3.6.3 Tahap Pasca Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahapan ini yaitu:

1. Melakukan pengolahan dan analisis data dari hasil pelaksanaan penelitian.
2. Menyusun laporan penelitian.
3. Konsultasi untuk melakukan validasi dengan pihak rumah sakit yaitu kasubbag diklat terkait relevansi hasil penelitian tentang penerapan kebijakan manajemen fasilitas dan keselamatan dengan kondisi aktual di lapangan.
4. Penyajian data dan pembuatan simpulan di laporan penelitian.

Pemeriksaan Keabsahan Data

Dalam penelitian kualitatif, temuan atau data dapat dinyatakan valid apabila tidak ada perbedaan antara yang dilaporkan peneliti dengan apa yang sesungguhnya terjadi pada obyek yang diteliti. Pemeriksaan keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan dengan *member check*. *Member check* adalah proses pengecekan data yang diperoleh peneliti kepada pemberi data. Tujuan *member check* adalah untuk mengetahui seberapa jauh data yang diperoleh sesuai dengan

apa yang diberikan oleh pemberi data. Tujuan lainnya yaitu agar informasi yang diperoleh dan akan digunakan dalam penulisan laporan sesuai dengan apa yang dimaksud sumber data atau informan. (Sugiyono, 2010).

Analisis Data

Setelah peneliti melakukan pengambilan data di lapangan, maka akan diperoleh suatu data. Data yang diperoleh dari lapangan perlu dicatat secara teliti dan rinci karena sifat data yang masih kompleks dan rumit. Mengingat sifat dan tujuan penelitian deskriptif adalah mendeskripsikan informasi atau data sebagaimana adanya, maka penyajian data pada penelitian ini jenis statistiknya berupa teknik persentase dan visualisasinya berbentuk tabel. Prosedur yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu (Subana, 2005):

1. Pemeriksaan data
2. Klasifikasi data
3. Tabulasi data berdasarkan klasifikasi yang dibuat
4. Menghitung frekuensi jawaban atau data
5. Perhitungan lebih lanjut sesuai dengan teknik statistika yang dipilih.

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. Kepatuhan terhadap persyaratan dalam EP dicatat sebagai angka (persentase) kepatuhan yang diperlihatkan oleh rumah sakit. Kepatuhan ditulis dalam bentuk "positif".

6. Memvisualisasikan data

7. Menafsirkan data sesuai dengan pertanyaan penelitian.

Langkah selanjutnya yang dilakukan dalam analisis data adalah penarikan kesimpulan. Penarikan kesimpulan pada penelitian deskriptif ini yaitu dengan cara menjawab pertanyaan-pertanyaan penelitian dan mensintesiskan semua jawaban tersebut dalam satu kesimpulan yang merangkum permasalahan penelitian secara keseluruhan (Subana, 2005). Penarikan kesimpulan ini dibuat didasarkan pada pemahaman terhadap data yang telah disajikan dengan menggunakan kalimat yang mudah dimengerti dan mengacu pada pokok permasalahan yang diteliti (Sugiyono, 2009).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Gambaran Umum

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak. Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak merupakan rumah sakit swasta yang berada di Jalan Jogoloyo No. 9 Demak. Rumah sakit ini adalah Rumah Sakit Umum kelas D yang berdiri atas ijin dari Dinas Kesehatan Demak No 503.37/02521/VI/2015 yang berlaku dari tanggal 2 Februari 2016 sampai dengan 2 Februari 2021. Adapun letak Rumah Sakit Islam NU dibatasi oleh sebelah utara perbatasan dengan desa Bintoro, sebelah selatan perbatasan dengan desa Jogoloyo, sebelah barat perbatasan dengan desa Katonsari, dan sebelah timur perbatasan dengan desa Bintoro. Alamat Rumah Sakit Islam NU Demak tepatnya di Jl. Jogoloyo No. 09 Demak. Kode pos 59571. Telp. (0291) 685723, 682268. Fax. (0291)685608. Email: rsinudemak@yahoo.com (Profil RSI. NU Demak).

Rumah Sakit Islam Nahdatul Ulama (RSI NU) Demak pada awalnya bernama Rumah Sakit Bersalin dan Balai Pengobatan (RB/BP) Nahdatul Ulama Demak yang merupakan embrio dari Rumah Sakit Islam NU Demak. Perubahan status RB/BP menjadi Rumah Sakit mulai pada tanggal 24 November 2000 berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan nomor: YM.02.04.2.2.1484 sebagai ijin operasional Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak.

Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak terus berusaha meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Hal tersebut dibuktikan dengan meningkatnya status akreditasi rumah sakit. Sebelumnya Rumah Sakit Nahdlatul Ulama telah lulus

akreditasi tingkat dasar, kemudian pada tanggal 23 s.d 26 Oktober 2018 telah dilakukan survey akreditasi ulang sehingga telah lulus akreditasi dengan status tingkat madya pada tanggal 23 Oktober 2018 yang berlaku hingga 22 Oktober 2021. Penetapan status akreditasi tersebut telah disesuaikan dengan standar terbaru akreditasi rumah sakit yaitu Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 tahun 2018.

4.1.1 Kondisi dan Lokasi Tempat Penelitian

Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak didirikan tahun 2001 oleh pengurus cabang Nahdlatul Ulama Kabupaten Demak. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit swasta milik Pengurus Besar Nahdlatul Ulama yang pengelolaannya dilimpahkan kepada Yayasan Hasyim Asy'ary Demak.

4.1.1.1 Visi Rumah Sakit

Visi dari RSI NU Demak adalah mewujudkan pelayanan kesehatan yang islami, prima dan terjangkau berdasarkan aqidah islam ahli sunnah wal jamaah.

4.1.1.2 Misi Rumah Sakit

Misi Kerja dari RSI NU Demak adalah:

1. Menjadikan *Customer*/Pasien sebagai Pribadi penting sebagai perwujudan amalan profesi dan Ibadah kepada Allah SWT.
2. Mewujudkan masyarakat yang sehat jasmani dan rohani.
3. Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan sebagai Rumah Sakit Rujukan.
4. Mengembangkan IPTEKDOK dan sarana/prasarana pelayanan kesehatan yang bermanfaat kepada masyarakat.
5. Menyiapkan SDM yang berbasis Kompetensi.

4.1.1.3 Slogan Rumah Sakit

Slogan dari Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak adalah “Kesembuhan dan Kepuasan Anda adalah Kebahagiaan Kami”

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Karakteristik Informan

Tabel 4.1 Karakteristik Informan

No.	Jabatan	Jenis Kelamin	Usia (Th)	Tingkat Pendidikan	Jumlah
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Manager Medis	P	50	S1	1
2.	Kepala Bagian Sarana Prasarana	L	42	S1	1
3.	Kepala Subbagian Diklat	P	42	S1	1
Total					3

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa informan dalam penelitian ini berjumlah 3 informan yang terdiri dari Manager Medis, Kepala Bagian Rumah Tangga, Kepala Sub Bagian Diklat Rumah Sakit Islam Nahdlatul Ulama Demak. Saat dilakukan penelitian karakteristik informan dilihat dari berbagai aspek, diantaranya: jabatan, jenis kelamin, umur, pendidikan dan lama pengalaman kerja.

4.2.2 Penerapan Standar MFK

Berdasarkan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 tahun 2017, untuk memenuhi standar pada bab Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK) terdapat 11 standar yang diperhitungkan dengan 9 parameter penilaian diantaranya adalah kepemimpinan dan perencanaan, keselamatan dan keamanan, bahan berbahaya, kesiapan penanggulangan bencana, proteksi kebakaran, peralatan medis, sistem penunjang, monitoring program MFK, dan pendidikan staf.

Pada penelitian ini dilakukan pengambilan data yang meliputi 9 parameter tersebut. Keseluruhan parameter dinilai berdasarkan hasil observasi, wawancara dan studi dokumen. Jumlah keseluruhan elemen penilaian pada bab MFK ini berjumlah 105 Elemen Penilaian (EP) yang terdiri dari kepemimpinan dan perencanaan berjumlah 12 elemen penilaian; keselamatan dan keamanan berjumlah 14 elemen penilaian; bahan berbahaya berjumlah 11 elemen penilaian; kesiapan penanggulangan bencana berjumlah 7 elemen penilaian; proteksi kebakaran berjumlah 11 elemen penilaian; peralatan medis berjumlah 9 elemen penilaian; sistem penunjang berjumlah 25 elemen penilaian; monitoring program MFK berjumlah 4 elemen penilaian; pendidikan staf berjumlah 12 elemen penilaian. Hasil dari penilaian 105 poin tersebut digunakan untuk mengetahui penerapan bab MFK SNARS Edisi 1 tahun 2017 di RSI NU Demak.

Terdapat 4 elemen penilaian dari parameter keselamatan dan keamanan yang tidak dinilai karena rumah sakit sedang tidak melakukan kegiatan renovasi maupun konstruksi dan terdapat 2 elemen penilaian yang tidak dinilai pada

parameter proteksi kebakaran karena tidak dilakukan kegiatan simulasi, sehingga jumlah EP yang dinilai pada penelitian ini adalah 99 poin. Berikut dijelaskan hasil penelitian pada 9 parameter penilaian tersebut pada RSI NU Demak.

4.2.2.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

Parameter kepemimpinan dan perencanaan memiliki 12 elemen penilaian. Penerapan kepemimpinan dan perencanaan yang dicapai oleh RSI NU Demak pada penelitian ini terdapat 11 elemen penilaian terpenuhi (92% atau skor 110), dan 1 elemen penilaian tidak terpenuhi (8% atau skor 0). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.2.

Tabel 4.2 Penilaian Parameter Kepemimpinan dan Perencanaan

No	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Kepemimpinan dan Perencanaan	Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit, mempunyai dan memahami peraturan perundang - undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit.			V	Direktur dan Kepala Bagian Sarana Prasarana memahami dan memiliki dokumen peraturan perundang-undangan terkait bangunan dan fasilitas RS baik peraturan tingkat pusat maupun tingkat daerah.

Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan.	V	Rumah sakit telah menerapkan persyaratan sesuai dengan peraturan yang berlaku dibuktikan dengan adanya dokumen kumpulan izin yang masih berlaku, bukti kalibrasi dan bukti pemeriksaan dari luar.
Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai fasilitas yang ada di rumah sakit dan sesuai peraturan perundang-undangan.	V	RS telah melengkapi perizinan meliputi: <ol style="list-style-type: none">1. Izin mendirikan bangunan.2. Izin operasional rumah sakit.3. Sertifikat laik fungsi (SLF).4. Instalasi pengelolaan air limbah (IPAL).5. Izin genset.6. Izin radiologi.7. Sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran.8. Sistem kelistrikan.

		<p>9. Izin tempat pembuangan sementara bahan berbahaya dan beracun (TPS B-3).</p> <p>10. Izin instalasi petir,</p> <p>11. Izin lingkungan.</p>
		<p>V Direktur rumah sakit telah memastikan RS memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit.</p>
		<p>V Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit.</p>
		<p>V Rumah sakit memiliki program manajemen</p>
		<p>Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan</p>

yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf dan pengunjung, tertulis.	risiko fasilitas dan lingkungan secara tertulis serta regulasi terkait penanganan risiko fasilitas dan lingkungan.
Program tersebut masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya	V Rumah sakit telah menerapkan program manajemen risiko yang di evaluasi secara berkala sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.
Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit, atau sekurang-kurangnya setiap tahun.	V Rumah sakit melakukan evaluasi program secara berkala serta melakukan tindak lanjut perbaikan sesuai dengan kondisi.
Ada bukti tenant/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas	Rumah sakit tidak memiliki laporan secara tertulis penyewa lahan mematuhi semua aspek manajemen risiko

<p>dan lingkungan yang teridentifikasi dalam a) sampai d) di maksud dan tujuan.</p>	
<p>Rumah sakit telah menetapkan individu atau organisasi yang kompeten yang ditugasi mengawasi perencanaan dan penerapan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.</p>	<p>V RS memiliki susunan tim K3 yang kompeten terkait manajemen risiko fasilitas dan lingkungan dan RS memiliki program manajemen risiko tersebut secara tertulis</p>
<p>Rumah sakit mempunyai program pengawasan terhadap perencanaan dan penerapan manajemen risiko yang disusun oleh individu atau organisasi yang ditunjuk yang meliputi a) sampai dengan g) di maksud dan tujuan.</p>	<p>V Program manajemen risiko yang telah dibuat dilakukan pengawasan untuk selanjutnya dilakukan evaluasi setiap bulannya untuk menentukan rencana tindak lanjut .</p>
<p>Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk sudah</p>	<p>V Terdapat individu yang telah mengikuti pelatihan</p>

	mengikuti pelatihan manajemen risiko rumah sakit.		manajemen risiko rumah sakit yaitu kepala bidang sarana prasarana Rumah Sakit.
	Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk tersebut telah melaksanakan kegiatan	V	RS melakukan perencanaan, edukasi staf, pembaharuan dan mengorganisasi laporan kejadian pengawasan, pelaporan ke direktur dan pelaksanaan program
Total	12	1 (8) Atau 0)	11 (92 % Atau 110)

* Keterangan: T (Terpenuhi/ skor 10); TS (Terpenuhi Sebagian/skor5); TT (Tidak Terpenuhi/skor 0)

4.2.2.2 Keselamatan dan Keamanan

Parameter keselamatan dan keamanan memiliki 14 elemen penilaian, tetapi terdapat 5 EP yang tidak dinilai. Penerapan keselamatan dan keamanan pada penelitian ini terdapat 8 EP terpenuhi (89% atau skor 80), 1 EP terpenuhi sebagian (11% atau skor 5). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.3.

Tabel 4.3 Penilaian Parameter Keselamatan dan Keamanan

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Keselamatan dan Keamanan	RS mempunyai regulasi termasuk program tentang pengelolaan keselamatan dan keamanan.			V	RS memiliki jalur evakuasi dan fasilitas pendukung untuk mencegah kecelakaan dan cedera, RS memberikan identitas pada seluruh penghuni RS termasuk penunggu pasien, RS memasang CCTV dan melakukan asesmen risiko
		Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan.			V	RS memiliki tim K3 yang berada dibawah sub bidang sarana prasarana.
		RS telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai risk register (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas.			V	RS telah melakukan identifikasi area berisiko.

Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah dimplementasikan	V	Terpenuhi:RS memiliki peraturan terkait identitas bagi seluruh pengunjung, staf dan pasien RS Tidak terpenuhi: terdapat pegawai yang tidak menggunakan identitas saat bertugas karena lupa ditaruh meja.		
Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan dan telah melaksanakan perbaikan.	V	Pemeriksaan fasilitas dilakukan secara berkala sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.		
Rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanannya	V	RS telah memasang CCTV pada area RS yang dipantau oleh satpam.		
RS telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	V	Fasilitas keselamatan yang ada di RS telah disesuaikan dengan perundangan yang berlaku.		
RS mempunyai regulasi yang mengatur tentang asesmen risiko pra konstruksi (PCRA)	-	-	-	RS sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi

RS melakukan asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi atau demolis/ pembongkaran yang meliputi a) sampai h) di maksud dan tujuan.	-	-	-	RS sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi
RS mengambil tindakan berdasarkan hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi dan renovasi.	-	-	-	RS sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi
RS memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan	-	-	-	RS sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi
RS menyediakan anggaran untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang terkait fasilitas RS			V	Anggaran tersedia dengan adanya RAB setiap tahun, selain itu beberapa anggaran perbaikan juga mengacu pada klaim BPJS.
RS menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki atau mengganti sistem,			V	Anggaran dikeluarkan secara sesuai RAB atau seara insidental

	bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif.				
	Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, konstruksi dan pembongkaran	-	-	-	RS sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi
Total	9	0 (0%)	1 (11 % atau skor 5)	8 (89 % atau skor 80)	

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.2.3 Bahan Berbahaya

Parameter bahan berbahaya memiliki 11 elemen penilaian. Penerapan Bahan berbahaya pada penelitian ini terdapat 10 EP terpenuhi (90% atau skor 100) dan 1 EP terpenuhi sebagian (10% atau skor 5). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.4.

Tabel 4.4 Penilaian Parameter Bahan Berbahaya

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Bahan Berbahaya	RS mempunyai regulasi yang mengatur B3 dan			V	RS memiliki regulasi terkait penanganan,

limbahnya sesuai kategori WHO dan peraturan - perundangan.	penyimpanan dan penggunaan B3 & limbahnya, penggunaan APD, pelaporan tumpahan, dokumentasi izin dan lisensi, pemberian label, memiliki regulasi data inventarisasi B3 & limbahnya, pelaporan paparan dan insiden, pengadaan/ pembelian B3 & pemasok wajib melampirkan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)
RS mempunyai daftar B3 dan limbahnya lengkap dan terbaru sesuai kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah dari semua bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya.	Terpenuhi: RS memiliki daftar B3 dan limbahnya secara sederhana dan dikategorikan sesuai kategori WHO
Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3,	Ada bukti pengadaan/ pembelian B3 namun tidak semua

<p>pemasok (<i>supplier</i>) sudah melampirkan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS).</p>		<p>pemasok melampirkan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)</p>
<p>Petugas telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (handling) B3 dan limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada eye washer.</p>	V	<p>RS telah menyediakan APD sesuai dengan jenis limbah yang ditangani seperti sarung tangan, <i>safety shoes</i>, kacamata, dll.</p>
<p>B3 dan limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai peraturan dan perundang-undangan.</p>	V	<p>B3 dan limbahnya diberi label dan rambu untuk selanjutnya ditangani oleh pihak ketiga.</p>
<p>Ada laporan dan analisis tentang tumpahan, paparan/pajanan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya.</p>	V	<p>RS memiliki laporan tentang tumpahan dan insiden lainnya serta tinda lanjut yang dilakukan.</p>
<p>Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya.</p>	V	<p>RS memiliki izin TPS B3 dan hubungan kerjasama pengolahan limbah B3 dengan pihak ketiga, dan memiliki izin IPAL</p>

RS mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan	V	RS memiliki izin TPS B3 dan pengolahan limbah bekerjasama dengan pihak ketiga yaitu PT Arah Environmental Indonesia
Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang - undangan	V	RS memiliki izin TPS B3, izin pengelolaan maupun trasportir B3
Rumah Sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang – undangan	V	RS memiliki izin IPAL No 660.1/332/2018
RS mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan	V	RS melakukan kerjasama dengan pihak ketiga terkait pengangkutan dan pengolahan limbah B3. Rumah sakit mempunyai izin pengelolaan B3 dan Transporter B3

	izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang - undangan				yang bekerja sama dengan PT Arah Environmental Indonesia dan izin IPAL.
Total	11	0 (0%)	1 (10 %) atau skor 5)	10 (90 %) atau skor 100)	

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.2.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

Parameter kesiapan penanggulangan bencana memiliki 7 elemen penilaian. Penerapan kesiapan penanggulangan bencana pada penelitian ini terdapat 6 EP terpenuhi (86% atau skor 60), dan 1 EP terpenuhi sebagian (14% atau skor 5). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.5.

Tabel 4.5 Penilaian Parameter Kesiapan Penanggulangan Bencana

No	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Kesiapan Penanggula- ngan Bencana	RS mempunyai regulasi manajemen disaster meliputi a) sampai h) di maksud dan tujuan.			V	Rumah Sakit melakukan simulasi tanggap darurat serta memiliki regulasi manajemen bencana secara

		tertulis
<p>RS mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang bisa menyebabkan terjadinya risiko yang signifikan.</p>	V	<p>Rumah sakit melakukan identifikasi bencana internal dan eksternal</p>
<p>Rumah sakit telah melakukan self assessment kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan hospital safety index dari WHO.</p>	V	<p>Rumah sakit melakukan <i>self assessment</i> kesiapan menghadapi bencana</p>
<p>Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi sesuai dengan 1) sampai dengan 6) di maksud dan tujuan.</p>	V	<p>Rumah sakit tidak memiliki ruang khusus dekontaminasi namun terdapat prosedur dekontaminasi terhadap korban bencana apabila terjadi bencana.</p>

	Seluruh program, atau setidaknya elemen-elemen kritis program dari c) hingga h) di maksud dan tujuan MFK 6 disimulasikan setiap tahun.	V	RS melakukan simulasi menanggapi kedaruratan namun dalam pelaksanaanya kurang maksimal dalam menjalankan peran karena dinilai hanya simulasi.	
	Pada akhir setiap simulasi, dilakukan diskusi (debriefing) mengenai simulasi tersebut dan dibuat laporan dan tindak lanjut	V	RS memiliki laporan hasil pelatihan termasuk didalamnya hasil diskusi dan tindak lanjut setelah akhir simulasi	
	Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak dan pegawai dari tenant atau penyewa lahan.	V	Terdapat bukti presensi peserta simulasi	
Total	7	0 (0%)	1 (14% atau skor 5)	6 (86% atau skor 60)

* Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)

4.2.2.5 Proteksi Kebakaran

Parameter proteksi kebakaran memiliki 11 elemen penilaian tetapi terdapat 1 EP yang tidak dinilai. Penerapan proteksi kebakaran pada penelitian ini terdapat 10 EP terpenuhi (100% atau skor 100). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.6.

Tabel 4.6 Penilaian Parameter Proteksi Kebakaran

No	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Proteksi Kebakaran	Rumah sakit mempunyai program proteksi kebakaran (fire safety) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap atau keadaan darurat non kebakaran lainnya meliputi 1) sampai 5) yang ada di maksud dan tujuan.			V	RS memiliki detector dan alarm kebakaran, jalur evakuasi, APAR ,serta tim tanggap darurat kebakaran. Selain itu ada program untuk memantau suhu ruang.
		Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis, termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau			V	Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis, denah area berisiko, denah lokasi APAR terdekat

	berdekatan dengan fasilitas rumah sakit meliputi a) sampai dengan h) di maksud dan tujuan.	dan memasang nama- nama petugas yang bertanggung jawab ketika terjadi keadaan darurat kebakaran.
	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran.	V Rumah sakit telah melakukan tindak lanjut terhadap hasil asesmen risiko kebakaran
	Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (smoke detector dan heat detector) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundang - undangan	V RS telah mempunyai sistem deteksi kebakaran yang berada di area- area berisiko.
	Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi, sprinkle, APAR, hidran dan pompa kebakaran sesuai peraturan perundang- undangan.	V Rumah sakit memiliki APAR yang jumlahnya telah disesuaikan dengan kebutuhan dan peraturan terkait syarat keselamatan.
	Rumah sakit mempunyai jalur evakuasi yang	V Sudah terdapat <i>sign</i> jalur evakuasi yang

aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran dan kedaruratan bukan kebakaran.		aman menuju titik kumpul yang telah ditetapkan.
Semua staf mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun.	V	RS melakukan pelatihan APAR setiap 1 tahun sekali
Staf dapat memperagakan cara membawa pasien ketempat aman dan mendemonstrasikan bagaimana cara menyelamatkan pasien.		Tidak dinilai
Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan	V	APAR selalu diperiksa setiap bulan yang bekerja sama dengan Dinas Pemadam Kebakaran Satpol PP Kab Demak.
Rumah sakit mempunyai regulasi tentang rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan	V	Rumah sakit telah memberlakukan lingkungan rumah sakit sebagai

	asap rokok, larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf, termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit.				kawasan tanpa rokok yang dipantau setiap harinya.
	Ada bukti pelaksanaan dan evaluasi dari regulasi tersebut.			V	Rumah sakit melakukan evaluasi terkait kawasan tanpa rokok setiap bulan.
Total	10	0 (0%)	0 (0%)	10 (100% atau skor 100)	

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.2.6 Peralatan Medis

Parameter peralatan medis memiliki 9 elemen penilaian. Penerapan peralatan medis pada penelitian ini terdapat 9 EP terpenuhi (100% atau skor 90).

Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.7.

Tabel 4.7 Penilaian Parameter Peralatan Medis

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Peralatan Medis	RS mempunyai regulasi			V	RS melakukan inventarisasi,

<p>pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit meliputi a) sampai dengan d) di maksud dan tujuan.</p>	<p>pemeriksaan peralatan medis dan pemeliharaan preventif dan kalibrasi secara rutin.</p>
<p>Ada daftar inventaris dan identifikasi risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit</p>	<p>V RS mempunyai daftar inventaris peralatan medis serta identifikasi risiko dan lokasinya.</p>
<p>Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur</p>	<p>V Terdapat laporan pemeriksaan peralatan medis yang dilakukan setiap bulan</p>
<p>Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai umur, penggunaan dan rekomendasi pabrik</p>	<p>V Peralatan medis diuji fungsi dan kelayakannya secara teratur sesuai dengan rekomendasi pabrik yang dilakukan oleh pihak ketiga.</p>
<p>Ada program pemeliharaan preventif termasuk kalibrasi</p>	<p>V Kalibrasi dilaksanakan setiap tahun dan bertahap</p>
<p>Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini</p>	<p>V Staf yang bertanggung jawab terhadap peralatan medis telah melakukan pelatihan sesuai unit</p>

		dan bidangnya. pelatihan terkait peralatan medis
RS mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis	V	Rumah sakit melakukan pemantauan peralatan medis setiap hari dan dilaporkan apabila ada kerusakan, <i>recall</i> maupun insiden.
RS membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, masalah dan kegagalan pada peralatan medis.	V	RS memiliki sistem pemantauan dan pengambilan tindakan terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis berbahaya, cacat produksi (<i>recall</i>)
RS telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan	V	Terdapat laporan insiden terkait keselamatan

medis.				
Total	9	0 (0%)	0 (0%)	9 (100% atau skor 90)

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.2.7 Sistem Penunjang

Parameter sistem penunjang memiliki 25 elemen penilaian. Penerapan sistem penunjang pada penelitian ini terdapat 25 EP terpenuhi (100% atau skor 250). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.8.

Tabel 4.8 Penilaian Parameter Sistem Penunjang

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Sistem Penunjang	Rumah sakit mempunyai regulasi pengelolaan sistem utilitas			V	RS memastikan ketersediaan air & listrik, melakukan pemeriksaan dan pemeliharaan, pelabelan tuas/kontrol sistem utilitas. Terdapat regulasi maupun ijin system utilitas secara tertulis
		RS mempunyai daftar inventaris komponen-komponen sistem			V	Rumah sakit memiliki daftar inventaris komponen-komponen sistem

utilitasnya dan memetakan pendistribusiannya.		utilitas seperti ketersediaan air dan listrik secara tertulis termasuk peta distribusinya.
RS telah melaksanakan jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit sendiri serta sudah dilaksanakan.	V	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan terhadap sistem utilitas secara berkala sesuai jadwal termasuk system utilitas cadangan yang bekerjasama dengan pihak ketiga. Dilakukan pula asesmen risiko system utilitas
RS telah memberikan label pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian	V	Pada tuas- tuas control system utilitas telah ditempel label untuk mempermudah saat terjadi keadaan darurat.
RS mempunyai regulasi tentang inventarisasi, pemeliharaan, inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang	V	Rumah sakit memiliki regulasi terkait inventarisasi, jadwal pemeliharaan, dan inspeksi termasuk petugas yang bertanggung

dilakukan secara berkala		jawab untuk melakukan pemeliharaan tersebut.
RS mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting	V	Rumah sakit memiliki daftar sistem utilitas rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting
Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasarkan kriteria yang disusun RS	V	RS melakukan inspeksi system utilitas secara berkala sesuai dengan jadwal yang telah dibuat.
Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.	V	Setiap komponen system utilitas diuji secara berkala sesuai kriteria.
Sistem utilitas dan komponen dipelihara berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.	V	RS telah memastikan sistem utilitas dalam keadaan baik dengan dilakukan pemeliharaan rutin dan pengecekan secara berkala.
Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila	V	Apabila ditemukan masalah maka akan dilakukan

diperlukan		evaluasi dan tindak lanjut perbaikan sesuai kondisi.
RS mempunyai regulasi tentang sistem utilitas yang meliputi a) sampai dengan e) dimaksud dan tujuan.	V	RS mempunyai regulasi yang lengkap untuk memastikan system utilitas berjalan dengan baik didalamnya termasuk penyediaan air dan listrik.
Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.	V	Rumah sakit bekerja sama dengan PDAM untuk memastikan air yang tersedia selalu.
Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.	V	Rumah sakit memiliki 2 genset untuk mengantisipasi pemadaman listrik. Terdapat regulasi penyewaan genset apabila genset yang ada mengalami gangguan atau tidak mencukupi kebutuhan.
RS mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila	V	Rumah sakit telah melakukan identifikasi area dan pelayanan yang berisiko terjadi kegagalan

terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu.		listrik atau kontaminasi air.
RS berusaha untuk mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko).	V	Rumah sakit telah melakukan tindakan untuk mengurangi risiko kegagalan listrik atau kontaminasi air sesuai dengan hasil identifikasi yang telah dilakukan
RS mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi.	V	Rumah sakit memiliki 2 genset untuk mengantisipasi pemadaman listrik dan bekerjasama dengan PDAM untuk memastikan suplay air bersih selalu tersedia.
RS mempunyai regulasi uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber	V	RS tidak melakukan uji coba sumber air bersih dan listrik alternative setiap 4 bulan sekali.

air		
RS mendokumentasikan hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut.	V	Hasil uji coba didokumentasikan dalam bentuk foto dalam laporan hasil kegiatan
RS mendokumentasikan hasil uji sumber listrik alternatif tersebut.	V	Hasil uji sumber listrik alternatif didokumentasikan dalam bentuk ceklis
RS mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi.	V	RS mempunyai bahan bakar yang mencukupi untuk genset yang tempat khusus penyimpanan bahan bakar
RS mempunyai regulasi sekurang-kurangnya meliputi a) sampai dengan e) di maksud dan tujuan	V	Terpenuhi: RS melaksanakan monitoring mutu air bersih, pemeriksaan air limbah dan perbaikan jika diperlukan dan bekerjasama dengan pihak ketiga.
RS telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan	V	Pemeriksaan mutu air bekerja sama dengan PDAM

	terdokumentasi			
	RS telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan dan terdokumentasi.	V		Pemeriksaan air limbah bekerja sama dengan PT Arah Environmental Indonesia
	RS telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin dan kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.	V		RS melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk <i>dialysis</i> ginjal
	RS telah menindak lanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan.	V		RS mendokumentasikan tindak lanjut pemeriksaan mutu air dalam bentuk foto dan laporan
Total	25	0 (0%)	0 (0%)	25 (100 % atau skor 250)

* Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)

4.2.2.8 Monitoring Program MFK

Parameter monitoring program MFK memiliki 4 elemen penilaian. Penerapan monitoring program MFK pada penelitian ini adalah 4 EP terpenuhi (100% atau skor 40). Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.9.

Tabel 4.9 Penilaian Parameter Monitoring Program MFK

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Monitoring Program MFK	RS mempunyai regulasi Sistem pelaporan data insiden/ kejadian/ kecelakaan dari setiap program manajemen risiko fasilitas			V	Rumah sakit memiliki regulasi sistem pelaporan data insiden program manajemen risiko fasilitas
		Ada laporan data insiden/kejadian/ kecelakaan dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis.			V	Rumah sakit melakukan analisis terhadap laporan data insiden yang berhubungan dengan fasilitas keselamatan.
		Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade)			V	Rumah sakit melakukan tindak lanjut dan perbaikan terhadap laporan insiden sesuai dengan

	teknologi medis, peralatan, sistem dan menurunkan risiko di lingkungan.			kemampuan yang dimiliki.
	Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan		V	Tim K3 membuat laporan terkait pelaksanaan program manajemen risiko kepada direktur rumah sakit setidaknya 3 bulan 1 kali.
Total	4	0 (0 %)	0 (0%)	4 (100 % atau skor 40)

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.2.9 Pendidikan Staf

Parameter pendidikan staf memiliki 12 elemen penilaian. Penerapan pendidikan staf pada penelitian ini terdapat 11 EP terpenuhi (92% atau skor 110) dan 1 EP terpenuhi sebagian (8% atau skor 5).

Lebih jelasnya dapat dilihat pada tabel 4.10.

Tabel 4.10 Penilaian Parameter Pendidikan Staf

No	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Ket
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Pendidikan Staf	RS mempunyai program pelatihan tentang manajemen fasilitas dan keselamatan			V	Rumah sakit memiliki program pelatihan MFK seperti pelatihan pemadaman kebakaran, pelatihan tanggap darurat bencana dsb.
		Edukasi diadakan setiap tahun mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan dengan efektif tanggung jawabnya.			V	Rumah sakit memiliki program pelatihan terkait manajemen fasilitas dan keselamatan setiap satu tahun sekali kepada seluruh staf rumah sakit sesuai dengan unit masing-masing.
		Edukasi diikuti oleh pengunjung, suplier, pekerja kontrak dan lain-lain sesuai regulasi RS			V	Rumah sakit melakukan edukasi terhadap pengunjung dan pegawai kontrak secara berkala terkait risiko keselamatan.
		Pengetahuan staf dites dan		V		Staf melakukan posttest dan

<p>disimulasikan sesuai peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan</p>	<p>simulasi setelah dilakukannya pelatihan terkait manajemen fasilitas. Terdapat laporan dan dokumentasi dari kegiatan tersebut.</p>
<p>Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran.</p>	<p>V RS melakukan pelatihan APAR dan tanggap darurat setiap tahun dan diikuti seluruh karyawan rumah sakit</p>
<p>Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya.</p>	<p>V Staf dapat menjelaskan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya</p>
<p>Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan</p>	<p>V Staf dapat menjelaskan tindakan terkait limbah B3 dan pembuangan gas medis</p>

pembuangan gas medis, serta limbah B3.		
Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal atau eksternal (community).	V	Staf dapat menjelaskan penanganan kedaruratan bencana seperti gempa bumi dan sejenisnya Tidak terpenuhi: Staf tidak dapat menjelaskan penanganan kedaruratan eksternal seperti wabah karena belum pernah mengalami
Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	V	Staf telah mengikuti pelatihan menjalankan peralatan medis secara berkala sesuai bidang masing-masing.
Staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	V	Staf yang bertanggung jawab terhadap system utilitas telah mengikuti pelatihan menjalankan sistem utilitas
Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai uraian	V	Staf yang bertanggungjawab terhadap pemeliharaan peralatan medis

	tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.			telah mengikuti pelatihan memelihara peralatan medis
	Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala		V	Terdapat staf yang mengikuti pelatihan memelihara sistem utilitas yaitu staf yang bertanggungjawab terhadap pemeliharaan system utilitas.
Total	12	0 (0%)	1 (8% atau skor 5)	11 (92% atau skor 110)

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

4.2.3 Rekapitulasi Hasil

Rekapitulasi hasil dalam penelitian ini adalah dari 105 elemen penilaian standar manajemen fasilitas dan keselamatan dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit 99 elemen dapat dinilai sedangkan 6 elemen tidak dinilai. Pada parameter keselamatan dan keamanan 5 elemen terkait asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) tidak dinilai karena rumah sakit tidak sedang melakukan kegiatan konstruksi. Pada parameter proteksi kebakaran 1 elemen tidak dinilai karena tidak memungkinkan staf memperagakan ataupun mendemonstrasikan cara menyelamatkan pasien ke tempat yang aman.

Rata-rata parameter standar manajemen fasilitas dan keselamatan sudah terpenuhi yaitu sebesar 94 poin (95%) elemen penilaian. Sisanya 4 poin (4%)

telah terpenuhi sebagian dan hanya 1 poin (1%) yang tidak terpenuhi. Parameter kepemimpinan dan perencanaan dari 12 poin (100%) elemen penilaian terdapat 1 poin (8%) elemen penilaian yang tidak terpenuhi.

Parameter Keselamatan dan Keamanan terdapat 9 elemen penilaian, Bahan Berbahaya terdapat 11 elemen penilaian, Kesiapan Penanggulangan Bencana terdapat 7 elemen penilaian, dan Pendidikan Staf terdapat 12 elemen penilaian dimana masing-masing parameter terdapat 1 poin elemen penilaian terpenuhi sebagian. Parameter proteksi kebakaran terdapat 10 elemen penilaian, peralatan medis terdapat 9 elemen penilaian, sistem penunjang terdapat 24 elemen penilaian, dan monitoring program MFK terdapat 4 elemen penilaian, seluruhnya (100%) terpenuhi. Lebih jelasnya dijelaskan pada tabel 4.31.

Tabel 4.11 Rata-Rata Penerapan Standar MFK

No.	Parameter	Elemen Penilaian	Penerapan			Keterangan
			TT	TS	T	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1.	Kepemimpinan dan Perencanaan	12	1 (8%)		11 (92%)	1 elemen (8%) = tidak terpenuhi 11 elemen (92%) = terpenuhi
2.	Keselamatan dan Keamanan	9		1 (11%)	8 (89%)	1 elemen (11%) = terpenuhi sebagian 8 elemen (89%) = terpenuhi

3.	Bahan Berbahaya	11	1 (9%)	10 (91%)	1 elemen (9%) = terpenuhi sebagian 10 elemen (91%) = terpenuhi
4.	Kesiapan Penanggulangan Bencana	7	1 (14%)	6 (86%)	1 elemen (14%) = terpenuhi sebagian 6 elemen (86%) = terpenuhi
5.	Proteksi Kebakaran	10		10 (100%)	10 elemen (100%) = terpenuhi
6.	Peralatan Medis	9		9 (100%)	9 elemen (100%) = terpenuhi
7.	Sistem Penunjang	25		25 (100%)	25 elemen (100%) = terpenuhi
8.	Monitoring Program MFK	4		4 (100%)	4 elemen (100%) = terpenuhi
9.	Pendidikan Staf	12	1 (8%)	11 (92%)	1 elemen (8%) = terpenuhi sebagian 11 elemen (92%) = terpenuhi
	Total	99	1 (1%)	94 (95%)	1 elemen (1%) = tidak terpenuhi

4 elemen
(4%) =
terpenuhi
sebagian

94 elemen
(95%) =
terpenuhi

* *Keterangan: T (Terpenuhi); TS (Terpenuhi Sebagian); TT (Tidak Terpenuhi)*

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Pembahasan

5.1.1 Kepemimpinan dan Perencanaan

Rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Untuk itu fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Menurut Permenkes Nomor 66 Tahun 2016, pengaturan Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit bertujuan untuk terselenggaranya keselamatan dan Kesehatan Kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan. Sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2017, Manajemen harus berupaya keras mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko, mencegah kecelakaan dan cedera, serta memelihara kondisi aman. Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan. Parameter kepemimpinan dan perencanaan memiliki 12 elemen penilaian. Penerapan parameter kepemimpinan dan perencanaan pada penelitian ini terdapat 11 EP terpenuhi (92%) dan 1 EP tidak terpenuhi (8%).

Elemen penilaian yang terpenuhi yaitu direktur rumah sakit selaku ketua tim K3RS memiliki dokumen peraturan perundang-undangan terkait bangunan dan fasilitas rumah sakit baik peraturan tingkat pusat maupun tingkat daerah. Kepala bagian sarana prasarana selaku sekretaris tim K3RS juga memiliki dokumen peraturan perundang-undangan terkait bangunan dan fasilitas rumah

sakit serta memahami dan berusaha memenuhi peraturan tersebut. Rumah sakit telah menerapkan persyaratan sesuai dengan peraturan yang berlaku dibuktikan dengan adanya dokumen kumpulan izin yang masih berlaku, bukti kalibrasi dan bukti pemeriksaan dari luar.

Rumah sakit telah melengkapi perizinan meliputi: Izin mendirikan bangunan, Izin operasional rumah sakit, Sertifikat laik fungsi (SLF), Instalasi pengelolaan air limbah (IPAL), Izin genset, Izin radiologi, Sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran, Sistem kelistrikan, Izin tempat pembuangan sementara bahan berbahaya dan beracun (TPS B-3), Izin sebagai transporter B3, Izin pengelolaan B3, Izin instalasi petir, dan Izin lingkungan. Rumah sakit tidak memiliki izin boiler, insenerator dan lift karena tidak memiliki fasilitas tersebut sehingga tidak dinilai. Direktur rumah sakit telah memastikan RS memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan pihak ketiga diantaranya PT Iridian Surya Wahana, Loka Pengamanan Fasilitas Kesehatan (LPGK) Surakarta, PT Arah Environmental Indonesia dan Satpol PP Kabupaten Demak.

Rumah sakit memiliki program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan secara tertulis serta regulasi terkait penanganan risiko fasilitas dan lingkungan. Regulasi tersebut diantaranya pedoman ketika menghadapi bencana, pedoman ketika terjadi kebakaran, pedoman penyimpanan dan penanganan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta pedoman pemeliharaan peralatan medis dan fasilitas penunjang. Rumah sakit memiliki susunan tim K3RS yang kompeten terkait manajemen risiko fasilitas dan lingkungan. Tim K3RS berjumlah 25 orang

dan disahkan oleh direktur rumah sakit sesuai SK No 011/RSI NU/MFK/I/2017. Tim tersebut terbagi menjadi 6 bidang yaitu: bidang keamanan dan keselamatan, bidang bahanberbahaya dan beracun beserta limbah, bidang penanggulangan bencana, bidang penanganan kebakaran, bidang pemeliharaan peralatan kesehatan dan system utilitas, dan bidang pengelolaan limbah dan sanitasi. Tim K3RS tersebut telah mengikuti pelatihan sesuai dengan bidangnya masing-masing.

Program manajemen risiko yang telah dibuat dilakukan pengawasan untuk selanjutnya dilakukan evaluasi setiap bulannya untuk menentukan rencana tindak lanjut. Rumah sakit melakukan perencanaan edukasi staf, pembaharuan dan mengorganisasi laporan kejadian, pengawasan, dan pelaporan ke direktur terkait pelaksanaan program. Seluruh kegiatan tersebut telah terjadwal tim K3RS untuk dilaksanakan setiap bulannya. Elemen penilaian yang tidak terpenuhi pada hasil penelitian adalah rumah sakit tidak melibatkan tenant/ penyewa lahan dalam program manajemen risiko.

Dirumah sakit terdapat satu penyewa lahan yaitu berupa warung makan. Warung makan tersebut berpotensi menimbulkan bahaya kebakaran karena menggunakan kompor gas, dan api. Selain itu rumah sakit tidak memeriksa higienitas makanan yang dijual sehingga berpotensi menimbulkan keracunan ataupun diare. Penyewa lahan seharusnya dilibatkan dalam program manajemen risiko agar lebih terkontrol dan aman untuk pengunjung dan karyawan yang sering membeli makanan di warung makan (penyewa lahan) tersebut.

Menurut penelitian Rita Ivana Ariyani dkk (2016) tentang pengaruh gaya kepemimpinan dan loyalitas karyawan terhadap kinerja karyawan di Rumah Sakit Islam Hidayatullah Yogyakarta menunjukkan pengaruh yang positif dan significant gaya kepemimpinan terhadap kinerja karyawan Rumah Sakit Islam Hidayatullah Yogyakarta. Kepemimpinan yang baik dibutuhkan untuk mengembangkan karyawan dan membangun loyalitas karyawan demi meningkatkan produktivitas. Penerapan gaya kepemimpinan dan loyalitas karyawan harus selalu di evaluasi dan di monitor secara terus menerus dan berkesinambungan, kemudian diadakan perbaikan dan modifikasi sesuai dengan hasil evaluasi dan monitoring serta tujuan yang telah ditetapkan bersama manajer rumah sakit.

Menurut penelitian Ida Siswatiningsih dkk (2016) terdapat pengaruh yang signifikan antara kepemimpinan transformasional terhadap budaya organisasi. Pada kepemimpinan transformasional, ditemukan bahwa memiliki dampak positif terhadap budaya stabilitas pada Rumah Sakit Muhammadiyah Ahmad Dahlan Kediri. Dimana pimpinan memberikan faktor karisma, stimulasi intelektual, dan pertimbangan individu, merupakan instrumen yang paling banyak digunakan oleh para pemimpin transformasional untuk memberdayakan dan mengangkat bawahan mereka dan mengubahnya menjadi suatu bentuk kinerja yang lebih. Sehingga menimbulkan kondisi organisasi dengan budaya stabilitas dengan berjalannya komunikasi antara pimpinan dan bawahan dengan baik.

5.1.2 Keselamatan dan Keamanan

Sesuai dengan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2017, keselamatan adalah memberi jaminan bahwa gedung, properti, teknologi medik dan informasi, peralatan, serta sistem tidak berpotensi mendatangkan risiko terhadap pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Keamanan melindungi property milik rumah sakit, pasien, staf, keluarga, dan pengunjung dari bahaya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan oleh orang yang tidak berwenang. Parameter keselamatan dan keamanan memiliki 14 elemen penilaian, tetapi terdapat 5 EP yang tidak dinilai. Penerapan keselamatan dan keamanan pada penelitian ini terdapat 8 EP terpenuhi (89%), dan 1 EP terpenuhi sebagian (11%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa EP yang terpenuhi diantaranya adalah rumah sakit mempunyai program keselamatan dan keamanan yang disusun setiap tahunnya oleh tim K3RS dibawah sub bidang sarana prasarana. Program tersebut mencakup 15 poin yaitu; pengelolaan dokumen, pelatihan, pengelolaan kesehatan kerja, kecelakaan kerja, dan penyakit akibat kerja, pengawasan pengelolaan B3, sistem komunikasi, alat pelindung diri (APD), keamanan sarana, prasarana, dan peralatan, pengelolaan system kunci, perlengkapan keamanan pasien, pengunjung, pedagang, dan staf, sistem deteksi dan penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana, pengelolaan tempat berisiko atau berbahaya, pengelolaan larangan merokok, pengawasan pengelolaan kesehatan lingkungan, dan perijinan.

Rumah sakit melakukan identifikasi area berisiko dibuktikan dengan adanya denah area-area berisiko, denah *Closed Circuit Television* (CCTV) pada

area berisiko, denah listrik dan system utilitas, dan jalur evakuasi apabila terjadi keadaan darurat. Selain denah, rumah sakit juga melakukan identifikasi risiko bahaya pada area-area tersebut dan terdapat rincian kegiatan yang harus dilakukan untuk memastikannya tetap aman. Monitoring manajemen risiko dilakukan setiap satu minggu satu kali. CCTV terpasang sebanyak 32 buah di seluruh area berisiko rumah sakit. CCTV tersebut dipantau atau diawasi oleh petugas ruangan perawatan, petugas system utilitas, dan satpam.

Kode kedaruratan yang digunakan di Rumah sakit RSINU Demak ini adalah *code red* dan *code blue*. *Code blue* adalah istilah yang digunakan saat terjadi kondisi darurat medis yang berpotensi mengancam nyawa pasien. Contohnya henti jantung mendadak atau serangan jantung, henti napas, penurunan tekanan darah drastic atau tiba-tiba, dan stroke. *Code red* digunakan untuk memperingatkan semua staf di rumah sakit bila ada kebakaran atau potensi terjadinya kebakaran. Anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki atau mengganti fasilitas telah tersedia dengan adanya (renaca anggaran belanja (RAB) setiap tahun, selain itu beberapa anggaran perbaikan juga mengacu pada klaim BPJS. Anggaran dikeluarkan sesuai RAB atau secara insidental sesuai kondisi.

Rumah sakit saat ini sedang tidak melakukan kegiatan konstruksi, sehingga elemen terkait dengan aturan dan asesmen risiko tentang konstruksi tidak dinilai. Pada hasil penelitian, elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 11% pada parameter keselamatan dan keamanan. Pada pengamatan dan hasil wawancara, rumah sakit memiliki peraturan terkait identitas bagi seluruh

pengunjung, staf dan pasien, namun terdapat pegawai yang tidak menggunakan identitas saat bertugas karena lupa ditaruh meja.

Menurut penelitian Subhan Zul Ardi dkk (2018) tentang analisa penerapan budaya perilaku keselamatan dan kesehatan kerja (K3) di rumah sakit, budaya perilaku K3 terbentuk dari enam faktor pendukung salah satunya adalah manajemen telah memperhatikan pentingnya keselamatan pekerja dengan adanya kebijakan mengenai K3. Adanya peraturan dan prosedur K3 yang dibuat manajemen dan dilaksanakan karyawan. Pola komunikasi yang baik antara atasan dan bawahan. Kompetensi K3 yang baik yaitu dengan adanya seorang Ahli Keselamatan dan Kesehatan Kerja Umum (AK3U) dan dalam proses membudayakan K3 karyawan menerima dan terlibat dengan baik, dan ini terlihat dari adanya program *training* K3, pekerja bekerja menggunakan APD. Lingkungan kerja yang mendukung merupakan salah satu faktor dalam ketercapaian budaya K3 dan di RS telah dicapai dengan adanya karyawan yang patuh SOP, adanya rambu rambu K3, poster K3, dan *patient safety guide*.

Menurut penelitian Heriyati dkk (2019) tentang budaya keselamatan pasien Rumah Sakit Umum Daerah Majene ada hubungan komitmen pimpinan, kerjasama tim, komunikasi, iklim kerja, *no blaming culture*, pelaporan insiden, pendidikan dan pelatihan dengan budaya keselamatan pasien. Terkait komitmen perlu menyusun kebijakan khusus misalnya pemberian *reward* terhadap staf terkait keselamatan pasien dan melibatkan seluruh staf saling bekerjasama untuk peningkatan budaya keselamatan pasien. Memberikan ruang berbicara kepada staf mengenai, menciptakan iklim kerja yang kondusif, budaya yang tidak

menyalahkan dan persoalan keselamatan merupakan tanggung jawab bersama. Mengaktifkan sistem pelaporan insiden, segera melakukan sosialisasi dan implementasi terkait pelaporan insiden keselamatan pasien serta memberikan kesempatan kepada seluruh staf untuk mengikuti pelatihan.

5.1.3 Bahan Berbahaya

Rumah sakit selain memberikan dampak positif sebagai sarana kesehatan juga memberikan dampak negatif yaitu menghasilkan limbah. Beberapa masalah kesehatan berhubungan dengan pembuangan limbah rumah sakit yang tidak tepat antara lain tifoid, kolera, malaria, penyakit kulit, parasitosis usus, dan hepatitis. Akibat kontak langsung dengan benda tajam berupa jarum suntik dapat menyebabkan infeksi Hepatitis B dan C, serta HIV. Parameter bahan berbahaya dalam SNARS Edisi 1 tahun 2017 bertujuan untuk memastikan pengelolaan bahan berbahaya dan beracun yang dilakukan oleh rumah sakit aman dan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Parameter bahan berbahaya memiliki 11 elemen penilaian terkait sistem manajemen pengolahan limbah B3 tersebut. Penerapan parameter bahan berbahaya pada penelitian ini terdapat 10 EP terpenuhi (91%) dan 1 EP terpenuhi sebagian (9%).

Elemen penilaian yang telah terpenuhi diantaranya adalah rumah sakit mempunyai izin penyimpanan sementara limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) melalui surat keputusan kepala kantor lingkungan hidup Kabupaten Demak No 660.3/187/2015. Selain itu rumah sakit juga mempunyai izin sementara pembuangan air limbah dari Dinas Lingkungan Hidup sesuai Surat Keterangan No 660.1/332/2018 dan izin IPAL No 660.1/332/2018. Rumah sakit bekerja sama

dengan PT Arah Environmental Indonesia dalam izin pengelolaan B3 No 00162/PK-4/DMA/AEI-SMG/VIII/2018 dan Transporter B3 sesuai SK No 485/Menlhk/Setjen/PLB.3/6/2016.

Setiap tahun rumah sakit melakukan evaluasi dan perbaikan yang diperlukan terhadap SK Pengelolaan B3, Kebijakan pengelolaan bahan B3 yang mengacu pada *Material Safety Data Sheet* (MSDS), dan SK tentang daftar B3 yang digunakan di rumah sakit, SK tentang penyimpanan B3, dan Standar Operasional Prosedur yang berkaitan dengan pengelolaan B3. B3 dan limbahnya dikategorikan sesuai jenisnya. Setiap 6 bulan sekali rumah sakit melakukan pemeriksaan tempat penyimpanan B3 dan stiker atau tanda B3. Rumah sakit memiliki formulir pelaporan paparan, tumpahan, atau insiden terkait B3 yang wajib diisi setiap terjadi insiden. Alat Pelindung Diri (APD) yang disediakan untuk petugas yang menangani limbah B3 diantaranya masker, sarung tangan, kacamata, sepatu, dan pakaian pelindung. Rumah sakit telah mensyaratkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS) pada setiap pengadaan bahan B3. Namun, dilapangan masih terdapat bahan B3 yang tidak dilengkapi *Material Safety Data Sheet* (MSDS) yaitu pewangi laundry. Pewangi laundry merupakan bahan berbahaya dan beracun (B3) cair dengan masuk kategori beracun.

Menurut penelitian Arfella Dara Tristantia (2018) tentang evaluasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, Rumah sakit ini telah memiliki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017. Kebijakan dan panduan yang mengatur pelaporan tentang insiden keselamatan pasien pada

pelaksanaannya masih belum sesuai dengan standar. Peningkatan kemampuan sumber daya manusia juga perlu direncanakan karena evaluasi pada semua aspek menunjukkan sistem yang gagal karena kelemahan sumber daya manusia. Peningkatan kualitas SDM ini juga harus diiringi dengan mengembangkan sistem komputerisasi untuk formulir laporan insiden keselamatan pasien.

Menurut penelitian Vinidia Pertiwi dkk (2017) tentang evaluasi pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang, upaya pengurangan dan pemilahan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang belum sesuai dengan peraturan yaitu belum dibentuk program khusus untuk pengurangan limbah B3, kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) mengenai upaya pengurangan limbah B3 belum dibuat. Pada tahap pemilahan ditemukan pencampuran limbah B3 medis seperti sarung tangan, masker *disposable*, dan botol obat-obatan yang dibuang tidak pada tempatnya. Upaya penyimpanan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) belum sesuai yaitu penyimpanan limbah B3 di TPS melebihi batas maksimal penyimpanan sehingga terjadi penumpukan limbah B3 pada TPS serta kebersihan TPS kurang terjaga. Upaya pengangkutan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3) belum sesuai yaitu belum memiliki jalur khusus untuk pengangkutan limbah B3 dan juga belum mencantumkan simbol dan label sesuai klasifikasi limbah yang diangkut.

5.1.4 Kesiapan Penanggulangan Bencana

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2007, bencana adalah peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan

dan penghidupan masyarakat yang disebabkan, baik oleh faktor alam atau faktor non alam maupun faktor manusia sehingga mengakibatkan timbulnya korban jiwa manusia, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda dan dampak psikologis. Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017, Rumah sakit perlu mengembangkan dan memelihara program manajemen *disaster* untuk menanggapi keadaan *disaster* serta bencana alam atau lainnya yang memiliki potensi terjadi dimasyarakat. Parameter kesiapan penanggulangan bencana memiliki 7 elemen penilaian. Penerapan kesiapan penanggulangan bencana pada penelitian ini terdapat 6 EP terpenuhi (86%), 1 EP terpenuhi sebagian (14%).

Elemen penilaian yang terpenuhi adalah rumah sakit telah mengumpulkan data identifikasi bencana baik dari dalam maupun luar rumah sakit. Terdapat panduan dalam menghadapi bencana berupa prosedur penerimaan informasi bencana, prosedur evakuasi korban bencana, prosedur kegiatan rapid health assessment (RHA), prosedur dekontaminasi, prosedur permintaan bantuan tenaga, prosedur pemberian terapi bagi korban bencana, prosedur penanganan jenazah korban bencana, dan prosedur transfer korban bencana ke luar rumah sakit. Untuk memastikan rumah sakit siap menghadapi bencana selalu dilakukan pengawasan terhadap rambu- rambu atau tanda jalur evakuasi bencana dan denahnya.

Selain itu rumah sakit juga melaksanakan simulasi tanggap darurat bencana setiap tahun bersamaan dengan pelatihan APAR. Rumah sakit melakukan simulasi menanggapi kedaruratan namun dalam pelaksanaannya kurang maksimal dalam menjalankan peran karena dinilai hanya simulasi. Rumah sakit memiliki laporan hasil pelatihan termasuk didalamnya hasil diskusi dan tindak

lanjut setelah akhir simulasi. Terdapat bukti presensi peserta dan foto ketika dilakukan simulasi. Rumah sakit melakukan *self assessment* kesiapan menghadapi bencana. Rumah sakit tidak memiliki ruang khusus dekontaminasi namun terdapat prosedur dekontaminasi terhadap korban bencana apabila terjadi bencana.

Ruang dekontaminasi seharusnya dimiliki oleh rumah sakit yang ditempatkan di sisi depan/ luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat; pintu masuk menggunakan pintu jenis swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis; bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar; bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air; konstruksi dinding tahan terhadap air sampai ketinggian 120 cm dari permukaan lantai; dan ruangan dilengkapi dengan sink dan pancuran air (*shower*). Ruang dekontaminasi digunakan untuk pelaksanaan pembersihan/ dekontaminasi bagi pasien yang terpapar bahan kimia sebelum pasien masuk ke ruang gawat darurat.

Menurut penelitian Hodiri Adi Putra (2018) tentang kesiapsiagaan tim komite bencana Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul dalam menghadapi Bencana, Tim Komite bencana secara resmi sudah dibentuk. Komite bencana sudah melaksanakan pelatihan secara rutin setiap tahun sekali khususnya tentang kebencanaan baik internal maupun di eksternal rumah sakit. Pusat Operasi Darurat (POD) berada di area yang aman dan mudah dijangkau serta terlindungi, dilengkapi dengan peta jalur evakuasi, papan informasi, dan tempat tunggu pasien serta sarana prasarana lainnya yang dapat mendukung mengurangi risiko korban bencana.

Menurut penelitian Rahma Deti Husna (2016) tentang kesiapan tim penanggulangan bencana Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman dalam struktur organisasi, tugas dan fungsi sudah ada. Namun ada beberapa anggota tim penanggulangan bencana yang sudah pindah tugas, naik jabatan dan pensiun sehingga perlu adanya perbaharuan dalam stuktur tim penanggulangan bencana. Kesiapan dukungan pelayanan medis dan managerial belum memiliki persediaan bangsal, peralatan penanganan korban korban massal belum mencukupi, area berkumpul yang kurang luas, tetapi sudah dalam pembangunan pelebaran rumah sakit namun untuk sarana dan prasarana lainnya sudah cukup. SDM kesehatan yang sudah mengikuti pelatihan, namun dalam Tim penanggulangan bencana baru memiliki Tim Reaksi Cepat sedang Tim RHA dan Tim Bantuan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman belum membentuk Timnya. Kesiapan sistem komunikasi sudah mempunyai alat komunikasi yaitu telepon, handphone, dan radio komunikasi berupa HT. Namun ada beberapa HT yang kurang berfungsi dengan baik serta ada beberapa anggota tim penanggulangan bencana yang tidak membawa

5.1.5 Proteksi Kebakaran

Bahaya resiko kebakaran di bangunan rumah sakit bersumber dari beberapa kegiatan atau peralatan yang ada disuatu rumah sakit itu sendiri, seperti penggunaan peralatan listrik berkapasitas besar (ruangan radiologi), penggunaan listrik cadangan atau genset, sambungan pendek arus listrik. Penggunaan tabung gas bertekanan, menggunakan berbagai macam bahan kimia pada ruangan laboratorium atau ruangan farmasi, kegiatan di dapur yang terdapat beberapa

kompas dan gas elpiji (Permana,2014). Menurut SNARS Edisi 1 tahun 2017, Rumah sakit harus waspada terhadap keselamatan kebakaran karena kebakaran adalah risiko yang selalu dapat terjadi di rumah sakit. Dengan demikian, setiap rumah sakit perlu merencanakan bagaimana agar penghuni rumah sakit aman apabila terjadi kebakaran termasuk bahaya dari asap. Rumah sakit perlu melakukan asesmen terus menerus untuk memenuhi regulasi keamanan kebakaran sehingga secara efektif dapat mengidentifikasi risiko dan meminimalkan risiko. 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 10 EP terpenuhi (100%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada hasil penelitian adalah rumah sakit telah melakukan kajian risiko kebakaran setiap tahunnya. Hasil kajian tersebut digunakan untuk membuat program serta menyusun pedoman pencegahan dan penanggulangan bencana kebakaran. Rumah sakit telah memasang *sign* dan melakukan sosialisasi terkait jalur evakuasi menuju ke titik kumpul yang berada di halaman belakang rumah sakit dan parkir depan. Setiap tahun rumah sakit mengadakan pelatihan penanggulangan bencana kebakaran yang diikuti seluruh staf. Pelatihan penanggulangan bencana kebakaran terakhir dilakukan 3 September dan diikuti oleh 130 orang dari berbagai unit kerja. Uji Coba atau simulasi penanggulangan bencana kebakaran juga rutin dilaksanakan dengan melibatkan staf dan badan penyewa lahan. Pencatatan, pelaporan dan evaluasi program penanggulangan kebakaran dilakukan setiap 4 bulan sekali.

Rumah sakit belum memiliki *smoke detector* atau alarm kebakaran untuk deteksi kebakaran, namun terdapat petugas *code red* yang setiap hari ditugaskan untuk memantau dan memberikan peringatan pertama jika terjadi kebakaran. Rumah sakit memiliki Alat Pemadam Api Ringan (APAR) sebanyak 23 buah terdiri dari 13 buah APAR jenis powder dan 10 buah APAR jenis HFC 227. APAR tersebut telah ditempatkan sesuai dengan jenis faktor risiko dan telah dinyatakan memenuhi persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja oleh Satuan Polisi Pamong Praja Kabupaten Demak.

Direktur rumah sakit telah menerapkan Kawasan Bebas Rokok. *Sign* larangan merokok telah terpasang di tempat-tempat strategis yang ada di rumah sakit. Rumah Sakit juga melakukan sosialisasi secara berkala terkait larangan merokok. Satpam sebagai petugas monitoring larangan merokok melakukan inspeksi setiap hari di seluruh lingkungan rumah sakit. Terdapat laporan pelanggaran larangan merokok setiap hari. Laporan tersebut digunakan untuk evaluasi kepatuhan larangan merokok yang dilakukan setiap bulan.

Menurut penelitian Muliadi dkk (2017) tentang kesiapan petugas/karyawan Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidin dalam penanggulangan bencana kebakaran gedung, Pengamanan bahaya kebakaran pada bangunan sudah sangat baik. Pendidikan dan pelatihan penanganan kebakaran bagi dokter dan perawat juga sudah baik karena dapat dilihat secara umum jika pegawai rumah sakit sudah pernah mengikuti pelatihan cara menggunakan alat pemadam api ringan dan harus dilakukan secara kontinyu dan berkelanjutan dengan mengikuti workshop-workshop penanggulangan bencana kebakaran dan

melakukan dril kebakaran hotel minimal 1 tahun sekali. Untuk mewujudkan pengamanan bahaya kebakaran diperlukan kesiapan dan kesediaan pihak pengelola Rumah Sakit dan pemerintah daerah dalam upaya pengurangan risiko bencana kebakaran.

5.1.6 Peralatan Medis

Peralatan medis secara luas digunakan dalam semua aspek pelayanan kesehatan, mulai dari pencegahan, skrining, diagnosis, pemantauan, dan terapi rehabilitasi. Saat ini, hampir tidak mungkin memberikan pelayanan kesehatan tanpa peralatan medis (Jamshidi, 2014). Untuk menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu melakukan melakukan inventarisasi peralatan medis yang meliputi peralatan medis yang dimiliki oleh rumah sakit dan peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga; melakukan pemeriksaan peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuan pabrik; melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi. Parameter peralatan medis memiliki 9 elemen penilaian. Penerapan peralatan medis pada penelitian ini terdapat 9 EP terpenuhi (100%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah rumah sakit telah melakukan inventarisasi, pemeriksaan peralatan medis dan pemeliharaan preventif dan kalibrasi secara rutin. Rumah sakit mempunyai daftar inventaris peralatan medis serta identifikasi risiko dan lokasinya. Terdapat laporan pemeriksaan peralatan medis yang dilakukan setiap bulan. Peralatan medis diuji fungsi dan kelayakannya secara teratur sesuai dengan rekomendasi pabrik yang dilakukan oleh pihak ketiga. Kalibrasi dilaksanakan setiap tahun dan bertahap.

Staf yang bertanggung jawab terhadap peralatan medis telah melakukan pelatihan sesuai unit dan bidangnya. pelatihan terkait peralatan medis. Rumah sakit melakukan pemantauan peralatan medis setiap hari dan dilaporkan apabila ada kerusakan, *recall* maupun insiden. Rumah sakit memiliki sistem pemantauan dan pengambilan tindakan terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis berbahaya, cacat produksi (*recall*). Terdapat laporan insiden terkait keselamatan.

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.

Menurut penelitian Ayu Laili Rahmiyati dkk (2019) tentang analisis penyelenggaraan sistem pemeliharaan alat radiologi rumah sakit, penyelenggaraan pemeliharaan alat radiologi secara keseluruhan telah dilakukan oleh pihak IPSRS tetapi belum sepenuhnya terlaksana, dilihat dari laporan maintenance card dan laporan perminggu bahwa tidak semua item dilakukan pengecekan rutin. Penyelenggaraan pemeliharaan alat radiologi di RSUD Cicalongwetan masih perlu ditingkatkan lagi karena beberapa faktor diantaranya SDM, anggaran, dan sarana yang belum lengkap. SDM terkait dapat mematuhi peraturan yang telah ditetapkan sehingga dapat tercapainya tujuan pemeliharaan, diharapkan tertib dalam melakukan dokumentasi apabila pemeliharaan telah dilakukan.

Menurut penelitian Jon Kenedi (2018) tentang analisis pengadaan alat kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman, proses pengadaan alat kesehatan dilihat pada pendekatan sistim pada komponen input kebijakan (SOP), SDM, dana dan sarana belum sepenuhnya memenuhi syarat, pada komponen proses belum sesuai dengan Pedoman Pengelolaan Peralatan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan; 2015. Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan dan pada komponen output pelaksanaan pengadaan alat kesehatan di RSUD Padang Pariaman belum sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan rumah sakit dan user.

5.1.7 Sistem Penunjang

Sistem penunjang atau sistem utilitas adalah sistem dan peralatan untuk mendukung layanan penting bagi keselamatan pasien. Sistem ini mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, uap panas, limbah, serta sistem komunikasi dan data. Sistem utilitas yang berfungsi efektif di semua tempat di rumah sakit menciptakan lingkungan asuhan pasien yang baik. Untuk memenuhi kebutuhan pasien, keluarga pasien, pengunjung, dan staf maka sistem utilitas harus dapat berfungsi efisien. Parameter sistem penunjang memiliki 25 elemen penilaian. Penerapan parameter sistem penunjang pada penelitian ini adalah 25 EP terpenuhi (100%).

Elemen penilaian yang terpenuhi secara keseluruhan adalah rumah sakit telah menunjuk petugas untuk memastikan semua system utilitas berfungsi efektif dan efisien. Petugas tersebut telah disesuaikan dengan keahlian masing-masing meliputi penanggungjawab pemeliharaan penangkal petir, instalasi listrik, fasilitas

sanitasi, instalasi telepon dan tata suara, genset, sentral oksigen, AC, dan instalasi air. Pemeriksaan system utilitas tersebut dilakukan setiap 1 minggu sekali. Pemantauan fisik gedung dan bangunan dilakukan setiap 1 bulan sekali. Pelaporan dan evaluasi kegiatan terkait program manajemen sitem utilitas dilakukan setiap 3 bulan sekali.

Penyediaan suplai aliran listrik berasal dari listrik PLN dengan kapasitas 204 KVA dan 2 buah genset dengan kapasitas 315 KVA. Instalasi listrik tersebut telah dilakukan pemeriksaan oleh PT Iridian Surya Wahana dan dinyatakan laik pakai. Generator set juga telah dilakukan pengujian oleh PT Iridian Surya Wahana dan dinyatakan memenuhi persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja sesuai surat keterangan no 26/SMG/PK/X/2017. Apabila listrik PLN terputus atau padam maka genset 1 secara otomatis akan menyala 8 sampai dengan 12 detik. Apabila genset 1 mati atau rusak maka genset 2 secara otomatis akan menyala 8 sampai dengan 12 detik. Apabila genset 2 mengalami masalah maka pada ruangan-ruangan khusus sudah terdapat Unit Power Suplai yang mampu bertahan 3-4 jam dan petugas sarana prasarana akan menghubungi persewaan genset yang akan datang maksimal 2 jam kemudian.

Penyediaan suplai air rumah sakit bekerja sama dengan PDAM Kabupaten Demak sesuai dengan surat perjanjian No. 001/SP/I/2018. Rumah sakit memiliki 2 *ground tank* yang mengalir ke 5 tandon dengan kapasitas 24 m³. Apabila *ground tank 1* maka petugas sarana prasarana akan menyambungkan pada *ground tank 2* begitupun sebaliknya. Apabila suplai air masih belum tercukupi maka petugas

akan menghubungi pihak penyuplai air bersih terdekat untuk mensuplai air ke *ground tank 1* dan *ground tank 2* hingga kebutuhan air terpenuhi.

Menurut penelitian Riskiyah (2018) tentang faktor yang mempengaruhi pemahaman kepala ruang rawat inap tentang pelaporan kinerja utilitas bangsal di rumah sakit, penyebab ketidakpahaman kepala ruang dalam menghitung dan melaporkan kinerja efisiensi rumah sakit adalah tidak adanya kebijakan dan alokasi anggaran sehingga tidak ada program pelatihan maupun sosialisasi. Sosialisasi dan pelatihan yang dilakukan jangka pendek terbukti dapat memperbaiki pemahaman dan praktek pelaporan, namun dalam jangka panjang perlu didukung kebijakan dan evaluasi berkelanjutan.

5.1.8 Monitoring Program MFK

Monitoring program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan melalui pengumpulan data dan analisisnya memberikan informasi yang dapat membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan sistem perbaikannya, serta membuat rencana untuk meningkatkan fungsi (*upgrade*) teknologi medik, peralatan, dan sistem utilitas. Parameter monitoring program MFK memiliki 4 elemen penilaian. Penerapan parameter monitoring program MFK pada penelitian ini adalah 4 EP terpenuhi (100%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah rumah sakit memiliki regulasi sistem pelaporan data insiden program manajemen risiko fasilitas. Rumah sakit melakukan analisis terhadap laporan data insiden yang berhubungan dengan fasilitas keselamatan. Rumah sakit juga membuat laporan

adanya kecelakaan akibat kerja dan penyakit akibat kerja baik diagnosis, penyebab dan tindakan yang telah dilakukan. Rumah sakit melakukan tindak lanjut dan perbaikan terhadap laporan insiden sesuai dengan kemampuan yang dimiliki. Tim K3 membuat laporan terkait pelaksanaan program manajemen risiko kepada direktur rumah sakit setidaknya 3 bulan 1 kali. 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 K3.

Menurut penelitian Naela Fadhila (2017) tentang upaya manajemen rumah sakit dalam penerapan budaya kesehatan dan keselamatan kerja (K3) pasca akreditasi pada sebuah RSUD di Kabupaten Semarang, sesungguhnya budaya K3 di RSUD Kabupaten Semarang belum berjalan. Pihak manajemen rumah sakit sudah melakukan berbagai upaya untuk menerapkan budaya K3, namun belum konsisten. Manajemen mengupayakan nilai-nilai K3 di RSUD Kabupaten Semarang menjadi baik dengan menyediakan orang-orang yang mendukung K3, yaitu tim K3 RS, tim akreditasi RS dan supervisor/pengawas pelaksanaan K3, tetapi belum optimal karena tidak bisa fokus pada tanggungjawab mereka dalam K3. Selain itu, manajemen juga tidak konsisten terhadap *punishment* yang diberikan bila karyawan tidak melaksanakan K3 dengan baik. Manajemen juga sudah melengkapi software dengan memberikan pendidikan dan pelatihan K3, menyusun pedoman K3 dan SOP; serta melengkapi *hardware* dengan menyediakan dan mencukupkan APD di RS. Namun, dalam hal perilaku K3, masih ada sebagian karyawan RS yang belum terbiasa untuk berperilaku K3

dengan benar. Oleh karena itu, dibutuhkan pembenahan terhadap komitmen dan leadership agar menjadi lebih baik dan lebih fokus untuk menerapkan budaya K3 di rumah sakit.

5.1.9 Pendidikan Staf

Staf rumah sakit merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga pasien, dan pengunjung. Staf rumah sakit mengalami gangguan kesehatan akibat paparan bahaya diantaranya: bahaya fisik seperti tekanan suhu ekstrim, getaran, dan juga radiasi elektromagnetik; bahaya kimia terutama di laboratorium klinik, ruang tindakan dan kamar operasi, ruang jenazah, dan kamar farmasi; bahaya biologi seperti terpapar virus, bakteri, jamur dan parasite lainnya; bahaya ergonomis seperti gangguan musculoskeletal; bahaya psikologis karena pekerjaan berpacu dengan waktu, bekerja shift dan beban kerja berlebih; dan bahaya potensial kecelakaan kerja seperti sengatan listrik, terpeleset, terjatuh, tertimpa, tertusuk benda tajam missal jarum suntik.

Dengan demikian, mereka perlu dibekali edukasi dan dilatih untuk menjalankan peran mereka dalam mengidentifikasi serta mengurangi risiko, melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta menciptakan fasilitas yang aman dan terlindung. Rumah sakit perlu menyelenggarakan edukasi, pelatihan, serta tes (ujian) bagi semua staf tentang peranan mereka dalam menyediakan fasilitas yang aman dan efektif. Parameter pendidikan staf memiliki 12 elemen penilaian. Penerapan parameter pendidikan staf pada penelitian ini terdapat 11 EP terpenuhi (92%) dan 1 EP terpenuhi sebagian (8%).

Elemen penilaian yang terpenuhi pada parameter ini adalah rumah sakit telah memiliki program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan diantaranya pelatihan penanggulangan kebakaran, pelatihan tanggap darurat bencana, pelatihan pengelolaan system utilitas dan pelatihan pengelolaan peralatan medis. Pelatihan penanggulangan kebakaran dan tanggap darurat bencana diikuti oleh seluruh staf dan dilaksanakan di rumah sakit sedangkan pelatihan pengelolaan peralatan medis dan system utilitas hanya diikuti oleh petugas yang bertanggungjawab terhadap unit tersebut. Program pelatihan terkait manajemen fasilitas dan keselamatan dilaksanakan setiap satu tahun sekali.

Rumah sakit melakukan edukasi terhadap pengunjung dan pegawai kontrak secara berkala terkait risiko keselamatan. Staf melakukan posttest dan simulasi setelah dilakukannya pelatihan terkait manajemen fasilitas. Terdapat laporan dan dokumentasi dari kegiatan tersebut. Staf dapat menjelaskan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/meminimalisir atau melaporkan tentang keselamatan, keamanan dan risiko lainnya. Staf dapat menjelaskan tindakan terkait limbah B3 dan pembuangan gas medis. Staf dapat menjelaskan penanganan kedaruratan bencana seperti gempa bumi dan sejenisnya. Staf telah mengikuti pelatihan menjalankan peralatan medis secara berkala sesuai bidang masing-masing. Staf yang bertanggung jawab terhadap system utilitas telah mengikuti pelatihan menjalankan sistem utilitas. Staf yang bertanggungjawab terhadap pemeliharaan peralatan medis telah mengikuti pelatihan memelihara peralatan medis.

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 sebanyak 8% yaitu 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.

Menurut penelitian Ni Made Warmuni (2019) hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pemakaian alat pelindung diri petugas cleaning service di Rumah Sakit Umum Bangli, ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kepatuhan pemakaian APD petugas cleaning service di RSUD Bangli. Tingkat pengetahuan petugas cleaning service diperoleh kategori pengetahuan baik 63,9%, kategori pengetahuan cukup 5,6% dan kategori pengetahuan kurang 30,5%, Kepatuhan pemakaian APD kategori baik sesuai prosedur 72,2% dan kategori kepatuhan pemakaian APD kurang patuh tidak sesuai prosedur 27,8%. Untuk meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pemakaian APD dapat dilakukan dengan penerapan upaya pelayanan K3RS secara komprehensif berkesinambungan pada petugas cleaning service rumah sakit.

Menurut penelitian Indri Setiawati (2020) tentang gambaran pengetahuan dan sikap perawat tentang kesiapsiagaan pelayanan kesehatan dalam menghadapi bencana banjir menunjukkan bahwa pengetahuan perawat yang bekerja di puskesmas memiliki pengetahuan kurang baik 22 orang (52,4%), sedangkan yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 20 orang (47,6%). Hasil penelitian terkait sikap perawat dalam kesiapsiagaan pelayanan kesehatan dalam menghadapi banjir menunjukkan bahwa sebagian besar memiliki sikap kurang baik yaitu berjumlah 24 orang responden (57,1%), sedangkan yang memiliki sikap baik sebanyak 18 responden (42,9%).

Secara keseluruhan dari 99 poin elemen penilaian yang diteliti, terdapat 1 poin yang tidak terpenuhi yaitu manajemen rumah sakit tidak melibatkan tenant/penyewa lahan dalam identifikasi risiko bahaya, program manajemen risiko, pelatihan maupun simulasi terkait kesehatan dan keselamatan kerja. Selain itu, terdapat 4 poin yang terpenuhi sebagian yaitu belum adanya ruang dekontaminasi meskipun sudah ada peraturan dan SOP dekontaminasi. Seluruh karyawan telah diberi kartu identitas namun dalam pelaksanaannya masih terdapat karyawan yang tidak menggunakan karena disimpan di laci atau lain sebagainya. Terdapat peraturan terkait supplier bahan berbahaya dan beracun (B3) yang wajib melampirkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS), namun masih terdapat B3 yang tidak dilengkapi dengan *Material Safety Data Sheet* (MSDS) yaitu pewangi. Pewangi merupakan Bahan berbahaya dan beracun (B3) bersifat cair dan karakteristik limbahnya yaitu beracun. Rumah sakit telah melakukan simulasi tanggap darurat kebakaran maupun bencana, namun dalam pelaksanaannya

kurang maksimal karena karyawan mengetahui jika hal tersebut hanya simulasi. 94 poin elemen penilaian lainnya telah terpenuhi dan dilaksanakan dengan baik.

5.2 Hambatan Penelitian

Hambatan dalam pelaksanaan penelitian ini yaitu:

1. Keterbatasan sumber daya manusia pada rumah sakit. Beberapa posisi dapat dirangkap oleh satu orang saja sehingga jumlah informan yang awal mulanya 4 informan menjadi 3 informan saja.
2. Konsultasi dan validasi tidak dapat dilaksanakan langsung kembali pada narasumber tetapi hanya bias dilakukan kepada kepala bagian diklat.
3. Beberapa dokumen yang tidak diketahui letak penyimpanannya dan ada pula yang disimpan oleh bagian lain. Seperti dokumen terkait peralatan medis disimpan oleh bagian PPI, sehingga dokumentasi dibatasi.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Dari hasil penelitian diperoleh simpulan bahwa capaian standar MFK berdasarkan SNARS Edisi 1 diperoleh dari total poin elemen penilaian yang diteliti sebesar 99 poin, elemen penilaian yang tidak terpenuhi sebesar 1 poin (1%), elemen penilaian yang terpenuhi sebagian sebesar 4 poin (4%), dan elemen penilaian yang terpenuhi sebesar 94 poin (95%). Dari 9 Parameter MFK seluruhnya sudah memenuhi capaian $\geq 80\%$.

Berdasarkan rekapitulasi hasil penelitian pada standar MFK di RSI Nahdlatul Ulama Kabupaten Demak, parameter kepemimpinan dan perencanaan terdapat 1 poin elemen penilaian yang tidak terpenuhi. Parameter Keselamatan dan Keamanan, Bahan Berbahaya, Kesiapan Penanggulangan Bencana terdapat, dan Pendidikan Staf masing-masing terdapat 1 poin elemen penilaian terpenuhi sebagian. Parameter proteksi kebakaran terdapat, peralatan medis terdapat, sistem penunjang, dan monitoring program MFK seluruhnya (100%) terpenuhi.

Hambatan pemenuhan tiap standar MFK meliputi: ketersediaan sarana dan prasarana yang masih terbatas, keterbatasan jumlah SDM, kesadaran SDM, alokasi anggaran yang masih terbatas untuk mendukung pelaksanaan pemenuhan standar MFK, kesiapan tim diklat dalam melakukan pelatihan dan simulasi belum maksimal, kurangnya kepatuhan pihak penyedia B3 untuk melampirkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS). Capaian penilaian berdasarkan SNARS Edisi 1 sebesar >

80% tidak menjadi hambatan dalam akreditasi rumah sakit menuju peringkat paripurna.

6.2 Saran

Berdasarkan hasil penelitian tentang kesiapan Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Kabupaten Demak menghadapi akreditasi rumah sakit dalam pemenuhan standar manajemen fasilitas dan keselamatan, saran yang dapat direkomendasikan antara lain:

6.2.1 Untuk Rumah Sakit

6.2.1.1 Untuk Direktur Rumah Sakit

Direktur rumah sakit perlu meningkatkan anggaran untuk mendukung pelaksanaan pemenuhan standar MFK. Ruang dekontaminasi perlu disediakan untuk menghadapi potensi bencana yang terjadi di lingkungan pada Instalasi Gawat Darurat (IGD) untuk pelaksanaan pembersihan/ dekontaminasi bagi pasien yang terpapar bahan kimia sebelum pasien masuk ke ruang pemeriksaan. Ruang dekontaminasi seharusnya dimiliki rumah sakit yang diletakkan di sisi depan/ luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat. Ruang Selain itu, Direktur rumah sakit bersama tim K3 dan diklat juga perlu melibatkan *tenant/* penyewa lahan dalam peraturan yang ada di rumah sakit terkait kesehatan dan keselamatan kerja termasuk pelatihan dan simulasi dalam menghadapi bencana karena penyewa lahan juga berpotensi menimbulkan bencana kebakaran dan keracunan pada staf dan pengunjung.

6.2.1.2 Untuk Tim K3

Tim K3 perlu lebih tegas menjalankan peraturan terkait bahan berbahaya dan beracun (B3). Pengawasan terhadap kepatuhan pihak penyedia bahan berbahaya dan beracun (B3) untuk melampirkan *Material Safety Data Sheet* (MSDS) perlu ditingkatkan. Bagian rumah tangga perlu melengkapi *Material Safety Data Sheet* (MSDS) untuk produk pewangi dan sabun. Selain itu, pengawasan dan sosialisasi terhadap larangan merokok juga perlu dievaluasi kembali agar tidak ada lagi pelanggaran.

6.2.1.3 Untuk Karyawan

Karyawan perlu turut aktif mendukung program manajemen risiko yang telah ditetapkan rumah sakit dengan melaksanakan seluruh aturan dan Standar Operational Prosedur (SOP) sesuai dengan bidang dan tugasnya dengan baik, Aturan dan dan Standar Operational Prosedur (SOP) yang harus diperhatikan antara lain larangan merokok, penggunaan identitas, pengecekan dan penggunaan alat baik peralatan medis maupun peralatan utilitas dll. Termasuk ketika dilakukan simulasi karena simulasi code red atau code blue dan simulasi apabila terjadi bencana alam. merupakan gambaran kesiapan karyawan ketika hal tersebut terjadi. 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 peneliti selanjutnya dapat menggunakan hasil penelitian ini untuk meningkatkan kesiapsiapan rumah sakit dalam merapkan standar manajemen fasilitas dan keselamatan. Peneliti selanjutnya diharapkan dapat menyusun program-program maupun dokumen terkait dengan parameter-parameter manajemen failitas dan keselamatan pada rumah sakit yang masih rendah dalam penerapannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ardi, S.Z. dkk. (2018). *Analisa Penerapan Budaya Perilaku Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit*. Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat, 12(1):15-20.
- Ariscaian, Victor. (2017). *Safe Hospital and ealth Facilities*, diakses tanggal 30 Juli 2018 dari Website World Health Organization (<http://www.who.int/hac/techguidancesafehospitals/en/>)
- Ariyani, R.I. dkk. (2016). *Pengaruh Gaya Kepemimpinan Dan Loyalitas Karyawan Terhadap Kinerja Karyawan Di Rumah Sakit Islam Hidayatullah Yogyakarta*. Jurnal Medicoeticoilegal dan Manajemen Rumah Sakit, 5(2):6.
- Bureau of Labor Statistics U.S. Department of Labor (2017). *National Census of Fatal Occupational Injuries in 2016*.
- Daftar Rumah Sakit Terakreditasi, diakses tanggal 15 Maret 2018 Pukul 7.26 (http://akreditasi.kars.or.id/accreditation/report/report_accredited.php).
- Data Rumah Sakit Online, diakses tanggal 30 Juli 2018 pukul 14.00. KARS: (<http://sirs.yankes.kemkes.go.id>).
- Fadhila, Naela, dkk. (2017). *Analisis Upaya Manajemen Rumah Sakit Dalam Penerapan Budaya Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3) Pasca Akreditasi Pada Sebuah RSUD Di Kabupaten Semarang*. Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia 5(1): 55-61.
- Hariyono, Widodo. (2013). *Analisis Kesiapan Menghadapi Akreditasi pada Pelayanan Administrasi dan Manajemen di Rumah Sakit Umum Rajawali Citra Kabupaten Bantul (Telaah Pembanding pada Akreditasi Rumah Sakit Bidang Pelayanan K3B)*. Kesmas, 7(2): 55-116.
- Heriyati, dkk. (2019). *Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Majene*. Jurnal Kesehatan, 2(3):194-205.
- Husna, R.D. (2016). *Analisis Kesiapan Rumah Sakit Umum Daerah Pariaman dalam Menghadapi Bencana Tahun 2016*. Skripsi. Padang: Universitas Andalas.
- Jamshidi, A. dkk. (2014). *Medical Devices Inspection and Maintenance*. A Literature Review. IIE Annual Conference and Expo 2014: 3895-3904.
- KARS. (2018). *Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 Tahun 2018*.
- KARS. (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1*.

- Kenedi, Jon, dkk. (2017). *Analisis Pengadaan Alat Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman Tahun 2017*. Jurnal Kesehatan Andalas 2018:9-16.
- Keputusan KARS Nomor 1666/KARS/X/2014 tentang *Penetapan Status Akreditasi Rumah Sakit*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087 Tahun 2010 Tentang *Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja Di Rumah Sakit*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang *Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit*.
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang *Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit*.
- Mandawati, Murti dkk. (2018). *Dampak Akreditasi Rumah Sakit: Studi Kualitatif Terhadap Perawat di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo*. Jurnal Keperawatan dan Pemikiran Ilmiah, 4(4): 23-29.
- Muliadi, dkk .(2017). *Kesiapan Petugas/Karyawan Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidin dalam Penanggulangan Bencana Kebakaran Gedung*. Jurnal Ilmu Kebencanaan 4(1):6-11.
- National Safety Council. (2014), diakses tanggal 30 Juli 2018 pukul 12:35 (<https://www.nsc.org/Work-Safety/Safety-Topics/Ergonomics-Overexertion>).
- Occupational Safety and Health Administration. (2013). *Worker Safety in Your Hospital*. Washington DC: Occupational Safety and Health Administration.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 Tentang *Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 12 Tahun 2012 tentang *Akreditasi Rumah Sakit*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang *Akreditasi Rumah Sakit*.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang *Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit*.
- Pertiwi, Vinidia. (2017). *Evaluasi Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) di Rumah Sakit Roemani Muhammadiyah Semarang*. Jurnal Kesehatan Masyarakat 5(3):420-430.

- Pratama, F.M. (2015). *Tinjauan Kesiapan Akreditasi KARS Bagian Manajemen Komunikasi dan Informasi (MKI) Standar MKI. 19, MKI. 19.1, MKI. 19.1.1, MKI. 19.2, MKI. 19.3, MKI. 19.4 di RS. Panti Wilasa "Dr. Cipto" Semarang Tahun 2015*. Karya Tulis Ilmiah. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Prawira, Z.Y. (2015). *Gambaran Kesiapan Akreditasi KARS Berdasarkan Standar MKI 16 (Manajemen Komunikasi dan Informasi) di Rumah Sakit Bhakti Wira Tamtama Semarang Tahun 2015*. Karya Tulis Ilmiah. Semarang: Universitas Dian Nuswantoro.
- Putra, H.A. (2018). *Study Kualitatif Kesiapsiagaan Tim Komite Bencana Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul Dalam Menghadapi Bencana*. Health Sciences and Pharmacy Journal 2(1):8-15.
- Rahmiyati, A.L. dkk. (2019). *Analisis Penyelenggaraan Sistem Pemeliharaan Alat Radiologi Rumah Sakit*. Jurnal Ilmiah Kesehatan 18(3):93-97.
- Riskiyah, dkk. (2016). *Faktor yang Mempengaruhi Pemahaman Kepala Ruang Rawat Inap tentang Pelaporan Kinerja Utilitas Bangsal di Rumah Sakit*. Jurnal Kedokteran Brawijaya 29(3): 300-304.
- Rumah Sakit Islam NU Demak, diakses tanggal 15 April 2018 (<https://rsinudemak.co.id/>)
- Satria, P.A. 2014. *Evaluasi Keandalan Sistem Keselamatan Kebakaran Bangunan Dengan Menggunakan Pedoman Pemeriksaan Keselamatan Kebakaran Bangunan Gedung (Pd-T-11-2005-C) Di RSUD Kota Tangerang Tahun 2014*. Jakarta: Skripsi UIN Syarif Hidayatullah.
- Setiawati,Indri, dkk. (2020). *Gambaran Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Kesiapsiagaan Pelayanan Kesehatan dalam Menghadapi Bencana Banjir*. Jurnal Ners Indonesia 10(2): 158-169.
- Siswatiningsih, Ida dkk. (2016). *Pengaruh Kepemimpinan Transformasional Dan Transaksional Terhadap Budaya Organisasi, Motivasi Kerja, Komitmen Oganisasional Dan Kinerja Karyawan*. Jurnal Bisnis dan Manajemen, 2(2): 96-98.
- Soekidjo Notoatmodjo. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Subana dan Sudrajat. (2005). *Dasar-Dasar Penelitian Ilmiah*. Bandung: Tim Redaksi Pustaka Setia
- Sugiyono. (2009). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sugiyono. (2010). Cetakan Ke-11: *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Syarkawi, Yusriansyah. (2017). *RSUD Panglima Sebaya Dinilai Tim KARS*, diakses tanggal 15 April 2018 (<http://balikpapan.prokal.co/read/news/222621-rsud-panglima-sebaya-dinilai-tim-kars.html>).
- Tristantia, A.D. (2018). *Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia, 6(2):83-94.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang *Penanggulangan Bencana*.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang *Rumah Sakit*.
- Warmuni, N. M. dkk. (2019). *Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kepatuhan Pemakaian Alat Pelindung Diri Petugas Cleaning Service di Rumah Sakit Umum Bangli Tahun 2019*. Jurnal Kesehatan Lingkungan 10(1): 24-31.
- WHO. (2018). *Health-care Waste*, diakses tanggal 20 Maret 2018 (<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>).

LAMPIRAN

Lampiran 1: Lembar Penjelasan Calon Subjek**LEMBAR PENJELASAN KEPADA CALON INFORMAN**

Saya, Alfi Nur Baeti, Mahasiswa S1 Peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3), Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang. Saya akan melakukan penelitian yang berjudul “Analisis Kesiapan Rumah Sakit menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak)”. Penelitian ini dilakukan secara mandiri. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kesiapan Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak menghadapi akreditasi KARS dalam pemenuhan standar manajemen fasilitas dan keselamatan ditinjau dengan standar yang ada, yaitu Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 tahun 2018. Saya mengajak Bapak/Ibu/Saudara untuk ikut dalam penelitian ini. Penelitian ini membutuhkan 4 informan dari Direktur Rumah Sakit, Manager Umum dan Keuangan, Kepala Bagian Rumah Tangga, dan Staf Rumah Sakit.

A. Kesukarelaan untuk ikut penelitian

Keikutsertaan bapak/Ibu/Saudara dalam penelitian ini adalah bersifat sukarela, dan dapat menolak ikut dalam penelitian ini atau dapat berhenti sewaktu-waktu tanpa denda suatu apapun.

B. Prosedur penelitian

Penelitian ini tidak ada tindakan dan hanya dilakukan pengambilan dengan teknik wawancara dengan informan menggunakan pedoman wawancara sebagai instrumennya.

C. Kewajiban Subjek penelitian

Bapak/Ibu/Saudara diminta menjelaskan semua pertanyaan tentang penerapan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan yang ada di Rumah Sakit.

D. Risiko dan efek samping serta penanganannya

Tidak ada risiko dan efek samping dalam penelitian ini, karena tidak ada perlakuan kepada Bapak/Ibu/Saudara dan hanya wawancara (komunikasi dua arah) saja.

E. Manfaat

Adapun manfaat yang bisa diperoleh dari penelitian ini adalah dapat memberikan gambaran mengenai kesiapan Rumah Sakit menghadapi akreditasi KARS khususnya standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan. Dapat memberikan masukan dari hasil yang dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan pihak Rumah Sakit dalam persiapan menghadapi survei akreditasi.

F. Kerahasiaan

Informasi yang didapatkan dari Bapak/Ibu/Saudara terkait dengan penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan ilmiah (ilmu pengetahuan).

G. Kompensasi/ganti rugi

Dalam penelitian ini tersedia dana untuk kompensasi atau ganti rugi apabila terjadi kejadian yang tidak diinginkan.

H. Pembiayaan

Penelitian ini dibiayai sendiri oleh peneliti.

I. Informasi tambahan

Penelitian ini dibimbing oleh Evi Widowati, S. KM.(Dosen Pembimbing).

Bapak/Ibu/Saudara diberikan kesempatan untuk menanyakan semua hal yang belum jelas sehubungan dengan penelitian ini. Bila sewaktu-waktu ada efek samping atau membutuhkan penjelasan lebih lanjut, Bapak/Ibu/Saudara dapat menghubungi Alfi Nur Baeti, No.HP. 085843757482 di Ngrembel RT 01/007 Kelurahan Gunungpati, Kecamatan Gunungpati, Kota Semarang. Bapak/Ibu/Saudara juga dapat menanyakan tentang penelitian ini kepada komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Universitas Negeri Semarang, dengan nomor telepon (024) 8508107 atau email kepk.unnes@gmail.com.

Demak ,
Hormat saya,

Alfi Nur Baeti
NIM. 6411414031

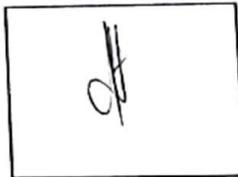
Lampiran 2: Persetujuan Keikutsertaan Penelitian

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan terkait penelitian ini telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti apabila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Alfi Nur Baeti.

Dengan menandatangani formulir persetujuan keikutsertaan ini, berarti saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Tanda tangan subjek

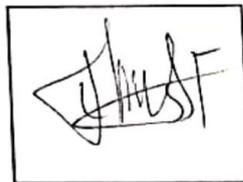


Tanggal

26 Desember 2018

(Nama jelas : *Alfi Nur Baeti*.....)

Tanda tangan saksi



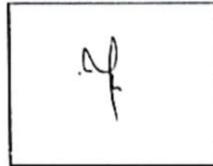
(Nama jelas : *Lusiana Febrina*.....)

PERSETUJUAN KEIKUTSERTAAN DALAM PENELITIAN

Semua penjelasan terkait penelitian ini telah dijelaskan kepada saya dan semua pertanyaan saya telah dijawab oleh peneliti. Saya mengerti apabila memerlukan penjelasan saya dapat menanyakan kepada Alfi Nur Baeti.

Dengan menandatangani formulir persetujuan keikutsertaan ini, berarti saya setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Tanda tangan
subjek

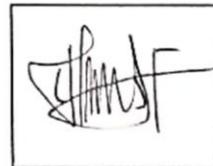


Tanggal

26/12 2018

(Nama jelas : Siti Khoimel Umiyati, S.Pd.)

Tanda tangan saksi



(Nama jelas : Lusiana Febrina)

Lampiran 3: Panduan Wawancara**PANDUAN WAWANCARA 1: DIREKTUR RUMAH SAKIT****ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI
AKREDITASI KARS DALAM PEMENUHAN STANDAR
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN**

Hari dan tanggal pengambilan data : Rabu, 26 Desember 2018

IDENTITAS INFORMAN

1. Nama : Ananta Hastuti
2. Umur : 50 tahun
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Unit Kerja : Pelayanan medis
5. Jabatan : Manager medis
6. Lama Pengalaman Kerja : 18 tahun
7. Pendidikan : Kedokteran Gigi

TABEL PERTANYAAN

NO	POIN	REFERENSI	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit seharusnya mempunyai dan memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 177	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai dokumen peraturan dan perundang-undangan terkait bangunan dan fasilitas rumah sakit? 2) Peraturan apa sajakah yang berhubungan dengan fasilitas rumah sakit? 	Ya macam macam to, semuanya Undang Undang, Peraturan Pemerintah. pakai Kemenkes to dek. Peraturan di Demak nggak ada kita

	berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit.			nginduknya kesana semua seko pusat semua.
2	Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah seluruh peraturan tersebut telah dilaksanakan dirumah sakit? 2) Apakah kendala yang dihadapi untuk menerapkan peraturan tersebut? 	<p>Sudah semua, kita sudah terakreditasi berarti ada semua</p> <p>Nggak ada kendala.</p>
3	Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Fasilitas apa sajakah di rumah sakit ini yang memerlukan perizinan? 2) Apakah seluruh fasilitas tersebut sudah mendapatkan izin? 3) Apakah surat izin yang ada tersebut seluruhnya masih berlaku? 	<p>Banyak, air, genset, bangunan, limbah, tps, listrik, instalasi petir, radiologi. Sudah, sudah semua</p>
4	Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah pernah dilakukan pemeriksaan fasilitas rumah sakit oleh pihak lain (selain pengurus rumah sakit)? 2) Siapakah yang melakukan pemeriksaan tersebut? 3) Apakah terdapat temuan terksit kondisi fasilitas rumah sakit? 	<p>Ada, lab itu kerjasama sama cito, air sama PDAM, genset, listrik, instalasi penyalur petis itu kerjasama sama PT Iridian Surya Wahana, APAR sama Damkar</p>

PANDUAN WAWANCARA 2: MANAGER UMUM DAN KEUANGAN

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI AKREDITASI KARS DALAM PEMENUHAN STANDAR MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

Hari dan tanggal pengambilan data :

IDENTITAS INFORMAN

1. Nama : Wachid Dachirin
2. Umur : 41 tahun
3. Jenis Kelamin : Laki- laki
4. Unit Kerja : Bagian Rumah Tangga/ Sarana Prasarana
5. Jabatan : Kepala Bagian
6. Lama Pengalaman Kerja : 18 tahun
7. Pendidikan : Kesehatan Masyarakat

TABEL PERTANYAAN

NO	POIN	REFERENSI	PERTANYAAN	JAWABAN
1	Kepemimpinan dan Perencanaan			
	Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 177	1) Fasilitas apa sajakah di rumah sakit ini yang memerlukan perizinan? 2) Apakah seluruh fasilitas tersebut sudah mendapatkan izin? 3) Apakah surat izin yang ada tersebut seluruhnya masih berlaku?	Semua, semuanya menggunakan izin. Kita mengikuti aturan yang berlaku ada IMB, SLF, izin genset, izin instalasi petir, izin tps b3, izin IPAL. Kita urus semua perizinannya.
2	Keselamatan dan keamanan			
	Rumah sakit menyediakan	Instrumen survei SNARS	1) Anggaran untuk apa sajakah yang	Anggaran itu disesuaikan

	<p>anggaran untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang terkait dengan fasilitas rumah sakit.</p>	<p>tahun 2018 halaman 178</p>	<p>disiapkan rumah sakit terkait fasilitas dan keselamatan?</p>	<p>dengan klaim bpjs, jadi kalau klaim bpjs itu bisa keluar langsung bisa dianggarkan. Tapi kalau klaim bpjs tidak bisa keluar itu depending. Disesuaikan dengan prioritas kebutuhan juga.</p>
	<p>Rumah sakit menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki, atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah terdapat anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki, atau mengganti fasilitas yang ada dirumah sakit? 2) Apa sajakah hal yang dilakukan untuk memastikan fasilitas rumah sakit berfungsi secara aman dan efektif? 	<p>Anggaran MFK tiap tahun itu pasti ada perubahan ada penggantian ada substitusi seperti itu. Anggarannya disesuaikan saja sama kebutuhan. Kan kita sudah ada programnya juga penggantian APAR kapan, pelatihan, pemeliharaan fasilitas. Semua disiapkan. Hanya kalau kebutuhan mendadak yang tidak terprediksi misalkan alat apa yang mahal rusak gitu, ya kita harus hitung- hitung dulu mampu nggak buat ganti secepatnya begitu.</p>

				Ya di cek, itu sudah ada petugas khusus yang sesuai sama kompetensinya.
	Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, kontruksi, dan pembongkaran.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit menyediakan anggaran penilaian risiko? 2) Apa sajakah hal yang dilakukan rumah sakit untuk memastikan keamanan ketika terdapat proses renovasi, kontruksi, dan pembongkaran? 3) Apakah ada anggaran untuk penilaian risiko sebelum dan selama proses tersebut? 	Ya di cek, itu sudah ada anggaran pertahun.

PANDUAN WAWANCARA 3: KEPALA BAGIAN RUMAH TANGGA

ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI AKREDITASI KARS DALAM PEMENUHAN STANDAR MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

Hari dan tanggal pengambilan data :

IDENTITAS INFORMAN

1. Nama : Wachid Dachirin
2. Umur : 41 tahun
3. Jenis Kelamin : Laki- laki
4. Unit Kerja : Bagian Rumah Tangga/ Sarana Prasarana
5. Jabatan : Kepala Bagian
6. Lama Pengalaman Kerja : 18 tahun
7. Pendidikan : Kesehatan Masyarakat

TABEL PERTANYAAN

NO	POIN	REFERENSI	PERTANYAAN	JAWABAN
Kepemimpinan dan Perencanaan				
1	Program manajemen risiko dan fasilitas lingkungan masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 178	1) Apakah terdapat program manajemen risiko terkait fasilitas dan lingkungan? 2) Apa sajakah program manajemen risiko yang ada dirumah sakit? 3) Bagaimana penerapan program tersebut di rumah sakit?	Untuk program manajemen risiko. kalau program manajemen risiko kan mulai dari apa ya kok aku lupa, banyak sekali kan ya. Yang jelas kan patient safety, itu mulai banyak

		<p>4) Apakah terdapat kendala dalam penerapan program manajemen risiko?</p> <p>5) Adakah program manajemen risiko yang belum berhasil diterapkan?</p>	<p>kalau di ruangan kan dikamar mandi kita kasih handrole, pegangan terus dikasih pintunya membuka keluar terus klosetnya juga kita berikan dua ada duduk dan jongkok, terus bel di kamar mandi , kalau di ruangan untuk bednya kita kasih pengaman bed, terus selanjutnya ada aparnya juga itu diruangan ruangan itu, dari sisi fisik ya kalau dari biologis safetynya kita lakukan disinfeksi terus kita juga ngambil laboratorium kita ambil untuk ruang ruang itu gimana diruangan itu ada bakteri atau virus yang menyebar jadi kalau ada indikasi penyakit atau</p>
--	--	---	---

				<p>bakteris disitu ya kita lakukan penanganan nanti disinfeksinya kita pake apa. Apa lagi kalau diruangan ruangan umum banyak. Kayak tangga itu juga ada handrolenya. Penanganan bagaimana agar tidak terpeleset terus penanganan pemeriksaan kesehatan dan pemberian vaksin buat pekerja. Managemen bencana ada. Yang sudah ada pelatihannya jelas bencana gempa terus bencana kebakaran.</p> <p>Ya semuanya, ya artinya tidak murni serratus pesen karena pasti banyak kendala kayak kurangnya SDM.</p>
--	--	--	--	---

				<p>Kesulitan itu untuk mengumpulkan pelatihan bersama secara kontinu karena mereka rata-rata di unit-unit punya kesibukan sendiri. Bidan perawat administrasi sedangkan kita di era bpjs ini kan harusnya banyak karyawan tertentu tapi disini istilahnya maih rangkep-rangkep. Sulitnya ya untuk mengatur waktu sdm nya saya sendiri dan yang dilapangan. Pelatihannya itu setiap 6 bulan sekali . kalau di rumah sakit itu penanganan bencana kebakaran bagaimana penggunaan apar. Kalau sekarang itu kode red</p>
--	--	--	--	--

				kode blue. Yang sudah terlaksana ya itu kode blue kode red. Kalau kode blue setahun sekali.
2	Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program manajemen risiko bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setiap tahun.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Kapan sajakah program manajemen risiko ditinjau dan diperbaharui? 2) Apakah program manajemen risiko diperbaharui bila terjadi perubahan lingkungan? 3) Apakah terdapat data peninjauan dan pembaharuan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan? 	Manajemen risiko itu diperbaharui kalau di jadwalnya itu setahun sekali.
3	Ada bukti bahwa <i>tenant</i> /penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah penyewa lahan dalam lingkungan rumah sakit dilibatkan dalam program manajemen risiko? 2) Apakah penyewa lahan mau dan mampu mematuhi program manajemen risiko tersebut? 3) Apakah ada bukti bahwa penyewa lahan telah mematuhi? 	Ada, ATM dan warung. Saat manajemen risiko warung kita suruh tutup karena kalau diikutkan harus diikutkan juga dalam pelatihan itu nanti kelamaan kita repot sendiri jadi dianggap saja tidak ada. Ya, jadi jujur sampai saat ini tidak ada.
4	Ada bukti bahwa		1) Siapakah yang	Manajemen

	individu atau organisasi yang ditunjuk sudah mengikuti pelatihan manajemen risiko rumah sakit.		bertanggung jawab terhadap program manajemen risiko? 2) Apakah ada organisasi khusus yang menangani program manajemen risiko? 3) Apakah orang-orang yang bertanggung jawab terhadap program manajemen risiko tersebut telah mengikuti pelatihan manajemen risiko rumah sakit?	risiko itu yang sudah ikut pelatihan dari ppi, yang dari mfk memang belum ada. yang bertanggung jawab dari kami di MFK, MFK itu nanti kita kolaborasi karena akreditasi itu kan saling keterkaitan jadi kita minta yang sudah pelatihan manajemen risiko itu dari bagian PPI namanya bu Endang.
5	Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk tersebut telah melaksanakan kegiatan yang diatur.		1) Apakah program manajemen risiko tersebut telah dilaksanakan? 2) Seperti apa pelaksanaan program tersebut dilapangan?	Dokumen manajemen risiko misalkan terjatuh, terpeleset atau tertusuk jarum gitu ya, terkadang tidak 100% karena tidak semua orang memberi laporan karena mungkin faktor takut, faktor lupa atau kejadiannya sore hari atau dianggep

				biasa.
Keselamatan dan keamanan				
6	Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 179	<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan? 2) Apa nama unit tersebut? 3) Apa sajakah tugas dari unit tersebut? 	<p>Iya sarana prasarana, ketuanya dokter sekretarisnya saya. Jadi tim K3 itu ada 6 bidang. Semua bertanggung jawab sesuai bidangnya masing-masing. Ada yang bertanggung jawab di keselamatan, keamanan, limbah, bencana, kebakaran. Semua sudah dibentuk sesuai hasil identifikasi risiko. Sudah dilatih juga.</p>
7	Rumah sakit telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai <i>risk register</i> (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit telah melakukan identifikasi risiko yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas? 2) Kapan identifikasi risiko tersebut dilakukan? 3) Risiko apa sajakah yang mungkin terjadi di rumah sakit ini? 	<p>Ada, disitu ada. Identifikasi risiko dilakukannya 1 tahun sekali. Tapi tiap bulan diadakan evaluasi. Macam-macam risiko di rumah sakit itu. Terkait keselamatan pasien, keselamatan tenaga</p>

				medisnya juga, infeksi, kebakaran, bencana, kontaminasi limbah dan lainnya
8	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan, dan telah melaksanakan perbaikan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala? 2) Kapan saja pemeriksaan fasilitas tersebut dilakukan? 3) Apakah rumah sakit telah membuat rencana perbaikan? 4) Kira-kira apa sajakah fasilitas yang paling perlu dilaksanakan perbaikan dalam waktu dekat? 5) Apakah rumah sakit telah melaksanakan perbaikan tersebut? 	<p>Kita lihat kasus perkasus ya. Kalau rencana perbaikan itu kalau kasusnya hanya cukup dengan SDM atau substitusi atau penggantian bahan atau misalkan gini diruang isolasi pengap gitu misalkan kan cuma sedikit paling 500 kan tukang pekerja paling 3 sampai 4 hari. Tapi kalau sifatnya besar contoh misalkan harus ada alarm kebakaran gitu ya alarm kebakaran kalau beli murah satu paling 80ribu tapi kalau dipasang diseluruh ruangan ini termasuk</p>

				dengan instalasinya bisa sampai puluhan itu ya itu insidental kita pilih yang penting penting penting dulu.
9	Rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit telah memasang monitoring pada area yang berisiko keselamatan dan keamanan? 2) Berupa apakah wujud monitoring tersebut? 	Ada, motoring itu icra ya infeksi control risk action istilahnya bagaimana mencegah infeksi infeksi yang ada di pelayanan kesehatan. Actionnya apa dengan mengidentifikasi. Missal di limbah b3 apa misal tertusuk, terhirup, terpapar, misalnya seperti itu.
10	Rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit telah menyediakan fasilitas yang aman? 2) Apakah dasar yang digunakan dalam menentukan fasilitas yang aman? 	Pengadaan fasilitas dalam mfk itu mengacu pada undang-undang dan peraturan terkait nah undang undang peraturan itu baru muncul atau ngeh itu kalau ada akreditasi
11	Rumah sakit		1) Apakah rumah	Saat ini tidak

	melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi, atau demolis/pembongkaran.		sakit telah melakukan asesmen risiko prakonstruksi (PCRA) saat ada rencana konstruksi tersebut? 2) Apa kira-kira risiko yang ditimbulkan dari kegiatan konstruksi tersebut?	ada. Sedang tidak ada pekerjaan konstruksi. Tapi kalau sedang ada ya dilakukan asesmen risiko tugasnya tim K3 bidang sanitasi
12	Rumah sakit mengambil tindakan berdasar atas hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi.		1) Tindakan apakah yang dilakukan terhadap hasil asesmen risiko tersebut? 2) Apa sajakah hal yang dilakukan untuk meminimalkan risiko tersebut?	
13	Rumah sakit memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan.		1) Bagaimana cara yang dilakukan rumah sakit untuk memastikan kontraktor patuh pada implementasi PCRA? 2) Apakah ada pemantauan untuk implementasi PCRA tersebut?	
Bahan Berbahaya				
14	Rumah sakit mempunyai daftar B3 serta limbahnya lengkap dan terbaru sesuai dengan kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah semua bahan berbahaya dan beracun serta	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 181	1) Apakah rumah sakit mempunyai daftar B3 serta limbahnya secara lengkap? 2) Apakah terdapat informasi jenis, lokasi, dan jumlah semua bahan berbahaya dan beracun serta limbahnya yang ada dirumah sakit	Data lengkap, daftar ada tapi dalam pengambilan itu kan berbahaya dan beracun jadi akhirnya ya b3 semua yang dirumah sakit kita masukkan ke tps untuk

	limbahnya.		secara tertulis?	diambil pihak ketiga. Ada datanya ada.
15	Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (<i>supplier</i>) sudah melampirkan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS).		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah setiap pembelian B3 dilengkapi dengan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)? 2) Bagaimana jika terdapat bahan yang tidak dilengkapi dengan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)? 	<p><i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS), yaa. Ya kita akui tidak semua bahan ada <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)nya. Kalau dari laundry ada yang ada <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS) ada yang tidak, kalau yang ada lagi apa ya, biasanya itu produk produk rumah tangga seperti pewangi itu kan supplier dari teman sendiri ya itu kan kita iwuh kalau nggak mengambil. Ya nanti kita minta dilengkapi tapi ya</p>
16	Petugas telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (<i>handling</i>) B3 serta limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada <i>eye washer</i> .		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah anda menggunakan APD pada waktu menangani (<i>handling</i>) B3 serta limbahnya? 2) APD apa sajakah yang digunakan? 3) Apakah APD 	Sudah, selalu. Bahkan mereka minta. Mereka kan rata rata tau. Sepatu, sarung

			yang tersedia sudah sesuai dengan risiko bahaya yang ada? 4) Apakah sudah disediakan <i>eye washer</i> ?	tangan, topi. Jenisnya sudah disesuaikan yang membedakan masker sama sarung tangan.
17	B3 serta limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.		1) Apakah B3 serta limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu? 2) Apakah dasar hukum yang digunakan untuk pembuatan rambu-rambu tersebut?	Sudah ada semua. Nanti bisa dilihat dilapangan. Pemberian label kita sesuaikan dengan aturan WHO mempermudah yang mengambil juga kan kita bekerja sama dengan pihak ketiga. Kalau tidak diberi rambu yang ngambil nggak tau kan nanti jadi bahaya juga.
18	Ada laporan dan analisis tumpahan, paparan/pajanan (<i>exposure</i>), dan insiden lainnya.		1) Apakah ada laporan dan analisis tumpahan, paparan/pajanan (<i>exposure</i>), dan insiden lainnya yang berkaitan dengan B3? 2) Insiden apa yang pernah terjadi terkait B3?	Ada, Tertusuk jarum sama apa ya kecipratan itu apa namanya. Terciprat detergen atau alcohol waktu nuang itu to.
19	Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya.		Apakah ada dokumen izin, lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya terkait limbah B3?	Sudah , ijin kita lengkap mulai dari TPS nya , transporternya, pengelolaany

				a. Kita ada perjanjian kerjasama dengan PT Arah environmental Indonesia untuk pengambilan limbah dan itu ada dokumennya.
20	Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3? 2) Berlaku hingga kapan izin tersebut? 	Sudah. Ada izin TPS B3 no 660.3/187/2015 berlakunya masih sampai 2020.
21	Rumah sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL)? 2) Apakah IPAL tersebut telah memiliki izin? 3) Sampai kapan izin tersebut berlaku? 	Ada, sudah Izin IPAL itu no 660.1/332/2018
22	Rumah sakit mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai Instalasi Pengolah B3 atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga terkait pengolahan B3? 2) Apakah instalasi tersebut telah memiliki izin? 3) Sampai kapan izin tersebut berlaku? 	Instalasi pengolahan B3 kita kerjasama sama pihak ketiga PT Arah Environmental Indonesia ada surat perjanjiannya lengkap. Masih berlaku sampe 2019
Kesiapan Penanggulangan Bencana				

23	Rumah sakit mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 183	1) Apakah rumah sakit telah mengidentifikasi bencana internal dan eksternal besar yang dapat menyebabkan risiko yang signifikan? 2) Apa sajakah bencana yang kemungkinan dapat terjadi di rumah sakit?	Ada, Kalau bencana eksternal kan kita belum pernah ada ya jadi ya kita cuma pencegahan aja berupa pelatihan. Dokumen ada
24	Rumah sakit telah melakukan <i>self assessment</i> kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan <i>hospital safety index</i> dari WHO.		1) Apakah rumah sakit telah melakukan <i>self assessment</i> kesiapan menghadapi bencana? 2) Apakah dasar yang digunakan dalam melakukan <i>self assessment</i> tersebut (<i>hospital safety index</i> atau bukan)?	Self asesmen ada.
25	Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi.		1) Apakah Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi?	Belum ada, kita mau buat gedung baru itu alasannya. Mau bangun. Jadi untuk fasilitas kita maksimalkan nanti di gedung baru.
26	Seluruh program manajemen <i>disaster</i> atau setidaknya elemen kritis program disimulasikan setiap tahun.		1) Apakah seluruh program manajemen <i>disaster</i> disimulasikan? 2) Kapan saja simulasi tersebut dilakukan?	Ada, ada simulasinya semua.
27	Pada akhir setiap		1) Apakah pada	Ada, evaluasi

	simulasi dilakukan diskusi mengenai simulasi tersebut dan dibuat laporan dan tindak lanjut.		akhir setiap simulasi dilakukan diskusi mengenai simulasi tersebut? 2) Apakah tindak lanjut yang dilakukan setelah simulasi? 3) Apakah ada laporan terkait dimulasi tersebut?	namanya. Setiap selesai pelatihan kita ada simulasi biar tahu sudah sejauh mana pemahaman materinya bisa nerapin atau nggak. Setelah simulasi nanti ada post test setelah itu kita evaluasi biar kedepannya lebih baik lagi.
28	Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak dan pegawai dari <i>tenant</i> /penyewahan.		1) Siapa sajakah peserta simulasi kedaruratan atau bencana?	Ya semua seluruh karyawan baik medis maupun nonmedis.
Proteksi Kebakaran				
29	Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau berdekatan dengan fasilitas rumah sakit.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 184	1) Apakah rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran? 2) Bagian mana sajakah dari rumah sakit yang paling berisiko mengalami kebakaran?	Ada. Kita ada denah tempat-tempat yang berisiko kebakaran. Ada sumber bahaya apa aja. Nantinya pencegahannya dilakukan sesuai sama sumber bahayanya.
30	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran		1) Apakah tindak lanjut yang dilakukan rumah sakit dari hasil asesmen risiko kebakaran	Ya itu kan ada perencanaan ya PDCA. Planingnya ya

			tersebut?	identifikasi tadi risiko, do nya ya melakukan apa kemungkinan untuk mencegah. Contoh yang berisiko itu kan ipal, laundry, cssd gitu ya terus kan nanti kita kasih APD.
31	Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (<i>smoke detector dan heat detector</i>) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (<i>smoke detector dan heat detector</i>) dan alarm kebakaran? 2) Apakah system tersebut masih berfungsi? 3) Kapan sajakah dilakukan pemeriksaan kondisi sistem tersebut? 4) Dimana sajakah sistem deteksi dini tersebut dipasang? 	Tidak ada
32	Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi sprinkle, APAR, hidran, dan pompa kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Sistem kebakaran aktif apa sajakah yang dimiliki rumah sakit? 2) Apakah dasar dipasangnya sistem tersebut? 3) Apakah telah sesuai sistem kebakaran tersebut dari segi jumlah, ukuran, letak dll dengan peraturan yang ada? 	Hanya APAR iya. Iya itu kan rata rata per 5 meter dikasih 1 tingginya juga sudah 1,5 meter sesuai dengan peraturan.

33	Rumah sakit mempunyai jalur evakuasi yang aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran serta kedaruratan bukan kebakaran.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai jalur evakuasi? 2) Apakah jalur evakuasi tersebut aman dan bebas hambatan? 	Ada, titik kumpul ada 2 ada dibelakang sama yang di tempat parkir. Alhamdulillah iya
34	Semua staf mengikuti latihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah semua staf telah mengikuti latihan penanggulangan kebakaran? 2) Kapan sajakah staf akan mendapatkan pelatihan tersebut? 	Kalau untu pelatihan yang dihotel hotel itu kebetulan saya sama dokter 1 kalau yang latihan menggunakan apar itu semua sudah.
35	Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba, dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa dan diujicoba secara berkala? 2) Bagaimanakah pemeliharaan yang dilakukan terkadap sistem dan alat pemadam kebakaran tersebut? 	Pengecekan oleh pihak ketiga itu kan dilihat masa kadaluarsa sama pressurenya. Yaudah itu.
36	Regulasi larangan merokok telah dilaksanakan dan dievaluasi.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai regulasi larangan merokok? 2) Bagaimanakah penerapan regulasi tersebut di rumah sakit? 3) Kapan saja dilakukan evaluasi terkait regulasi tersebut? 	Ada. Peraturannya ada. Dilaksanakan juga tiap hari kan kita pantau. Dihitung jumlah orang yang masih melanggar nantinya dijadikan evaluasi

				kenapa belum dipatuhi sepenuhnya begitu.
Peralatan Medis				
37	Ada daftar inventaris dan identifikasi risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 186	1) Apakah ada daftar inventaris peralatan medis yang digunakan di rumah sakit? 2) Apakah peralatan medis tersebut diidentifikasi risikonya?	Ada. Iya, dokumennya ada daftar inventaris, letaknya dimana, kondisinya bagaimana semua kita pantau
38	Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur.		1) Apakah ada dokumen pemeriksaan berkala terhadap peralatan medis?	Ada, semua alat medis diperiksa secara berkala sesuai jenisnya. Kita ikuti aturan masing-masing alat.
39	Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai dengan umur, penggunaan, dan rekomendasi pabrik.		Apakah peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai dengan umur, penggunaan, dan rekomendasi pabrik?	Ya semuanya diuji apakah layak digunakan atau tidak
40	Ada program pemeliharaan preventif dan kalibrasi.		Apakah ada program pemeliharaan preventif dan kalibrasi terhadap peralatan medis?	Ada pasti, harus itu wajib. Kalibrasi disesuaikan juga sama alatnya masing-masing beda
41	Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini.		Apakah kualifikasi staf yang melaksanakan kegiatan pemeliharaan peralatan medis?	Iya itu, harus sesuai. Jadi staf yang bertanggung jawab ya harus sesuai sama

				bidangnya dilakukan pelatihan terlebih dahulu juga.
42	Rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis.		Apakah rumah sakit membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (under recall), laporan insiden, serta masalah dan kegagalan pada peralatan medis?	Oh ya, itu pasti diberi tahu.
43	Rumah sakit telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis.		1) Apakah seluruh insiden keselamatan dimana terjadi kematian, cedera serius, atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan medis rumah sakit telah dilaporkan?	Heeh. Semua ada laporannya. Laporan kan penting dijadikan bahan evaluasi juga
Sistem Penunjang (Sistem Utilitas)				
44	RS mempunyai daftar inventaris komponen-komponen system utilitasnya dan memetakan pendistribusiannya.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 187	1) Apakah ada daftar inventaris komponen sistem utilitas yang ada di rumah sakit? 2) Apakah ada pemetaan distribusi sistem utilitas di rumah sakit?	Daftar ada. Ada petanya juga buat mempermudah pengecekan
45	RS telah melaksanakan jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua system utilitas berdasar		1) Apakah ada jadwal pemeriksaan dan testing terhadap sistem utilitas yang ada? 2) Apakah jadwal tersebut sudah	Jadwal pemeriksaan ada. Pemeriksaan system utilitas itu sudah terjadwal ada

	kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit sendiri serta sudah dilaksanakan.		dilaksanakan sebagaimana mestinya? 3) Apakah pemeliharaan sudah disesuaikan dengan rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko yang teridentifikasi dan pengalaman yang telah terjadi di rumah sakit?	yang 6 bulan sekali, 4 bulan sekali. Tergantung kan banyak system utilitas ada listrik , air dll
46	RS telah memberikan label pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.		1) Apakah tuas-tuas kontrol sistem utilitas telah diberikan label yang dapat digunakan untuk membantu pemadaman darurat?	Label ada, label kan untuk mempermudah pengecekan dalam keadaan darurat juga dibutuhkan. Kalau lagi panic atau bagaimana.
47	Rumah sakit mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting.		1) Apakah ada daftar sistem utilitas di rumah sakit ?	Ada, nanti dilihat di dokumen ya, ada listrik, genset, tandon
48	Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan.		1) Apakah sistem utilitas dan komponennya telah diuji secara teratur? 2) Kapan saja pengujian dilakukan?	Tentu, ada jadwalnya masing-masing berbeda. Ada yang 3 bulan, 4 bulan
49	Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.		Apakah air bersih dan listrik selalu tersedia di rumah sakit?	Ada, kita ada sop jadi tiap mati air kita harus bagaimana selalu ada tindakannya

50	Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Area dan pelayanan manakah yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik? 2) Area dan pelayanan manakah yang berisiko paling tinggi bila air bersih terkontaminasi atau terganggu? 	Ruang ICU, ruang bedah semua ruang yang menggunakan peralatan-peralatan medis penting yang akan berpengaruh
51	Rumah sakit berupaya mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko).		Apakah upaya yang telah dilakukan untuk mengurangi risiko tersebut?	Upaya pasti ada.
52	Rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif? 2) Dari manakah sumber listrik dan air bersih alternatif tersebut? 	Ada, sumber listrik ada dari PLN, dari genset juga ada. Sumber air ada dari PDAM. Kita bekerja sama sama pihak ketiga juga.
53	Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah ada dokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut? 2) Bagaimana hasil uji coba sumber air bersih alternatif? 	Iya, diuji berkala sepertinya 3 atau 4 bulan sekali. Nanti lihat dokumennya. Ada semua
54	Rumah sakit mendokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah ada dokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut? 2) Bagaimana dokumentasi hasil 	Ada juga, sama. Rutin berkala

			uji sumber listrik alternatif?	
55	Rumah sakit mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi.		1) Apakah ada tempat khusus untuk menyimpan bahan bakar untuk sumber listrik alternatif? 2) Apakah bahan bakar tersebut telah mencukupi sesuai dengan identifikasi rumah sakit?	Ada, sudah dihitung disesuaikan dengan kebutuhan
56	Rumah sakit telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.		Kapan sajakah dilakukan monitoring mutu air? (minimal 1 tahun sekali)	Iya segala macam monitoring sudah dijadwalkan sesuai rekomendasi
57	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.		Apakah telah dilakukan pemeriksaan air limbah? (minimal 3 bulan sekali)	Diperiksa juga. Nanti dilihat ya dokumennya
58	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin serta kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.		1) Apakah telah dilakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal? (setiap bulan) 2) Apakah telah dilakukan pemeriksaan terkait kontaminasi zat kimia? (setiap tahun)	Pemeriksaan dilakukan
59	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil pemeriksaan		1) Apakah pernah terjadi masalah terkait mutu air di	Pernah ada, tentu saja ditindak

	mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan.		rumah sakit? 2) Apakah telah ditindaklanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah?	lanjuti karena itu kan juga bagian penting
Monitoring Program MFK				
60	Ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 190	1) Apakah pernah ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas? 2) Apakah laporan tersebut telah dianalisis?	Kejadian kecelakaan pernah ada. Tapi Alhamdulillah tidak ada yang sampai parah
61	Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (<i>upgrade</i>) teknologi medis, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan.		Apakah hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (<i>upgrade</i>) teknologi medis, peralatan, sistem, dan menurunkan risiko di lingkungan?	Tentu saja setiap bulan ada evaluasi
62	Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan.		Apakah orang yang mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit? (setiap 3 bulan)	Ada, selalu ada laporan untuk bahan evaluasi juga
Pendidikan Staf				
63	Rumah sakit mempunyai program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 191	Apakah rumah sakit mempunyai program pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan?	Pelatihan ada, disesuaikan dengan tugas dan tanggungjawabnya
64	Edukasi diadakan setiap tahun		1) Kapan sajakah pendidikan	Pendidikan staf secara

	mengenai setiap komponen dari program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan tanggung jawabnya dengan efektif.		<p>terhadap staf terkait manajemen fasilitas dan keselamatan dilakukan?</p> <p>2) Apakah seluruh staf telah mendapatkan pendidikan sesuai dengan tanggungjawabnya?</p> <p>3) Apa sajakah materi dari pendidikan tersebut telah mencakup seluruh komponen program manajemen risiko?</p>	<p>umum setiap tahun ada. Semuanya diikuti tergantung tugas dan tanggungjawabnya juga. Materinya ada penanggulangan kebakaran, bencana. Macem-macam</p>
65	Edukasi diikuti oleh pengunjung, suplier, pekerja kontrak, dan lain-lain sesuai dengan regulasi rumah sakit.		1) Siapa sajakah yang diberikan atau mengikuti edukasi terkait manajemen fasilitas dan keselamatan?	Yang paling penting tim K3 nya. Itu kan yang bertanggung jawab penuh yaa
66	Pengetahuan staf dites dan disimulasikan sesuai dengan peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan.		<p>1) Apakah terdapat tes dan simulasi yang dilakukan untuk menguji pengetahuan staf terkait perannya dalam manajemen fasilitas dan keselamatan?</p> <p>2) Apakah ada dokumentasi kegiatan dan hasil pelatihan?</p>	Simulasi ada setiap selesai pelatihan ada simulasi. Berkala juga ada
67	Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan		Apakah staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan uraian	Iya. Disesuaikan sama bidangnya sama

	uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.		tugas dan dilakukan tes secara berkala?	tanggung jawabnya juga
68	Staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.		Apakah staf diberi pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala?	Iya sama sesuai bidang dan tanggung jawab
69	Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.		Apakah staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala?	Iya disesuaikan. Masing-masing kan beda tugasnya beda pelatihan juga
70	Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.		Apakah staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala?	Iya disesuaikan. Bagiannya kan masing-masing ada yang ikut pelatihan pemeliharaan genset misalnya. Ada yang pelatihan soal apar dll.

PANDUAN WAWANCARA 4: STAF RUMAH SAKIT

**ANALISIS KESIAPAN RUMAH SAKIT MENGHADAPI AKREDITASI
KARS DALAM PEMENUHAN STANDAR MANAJEMEN FASILITAS
DAN KESELAMATAN**

Hari dan tanggal pengambilan data :

IDENTITAS INFORMAN

1. Nama : Siti Khoirul Umiyati,
2. Umur : 42
3. Jenis Kelamin : Perempuan
4. Unit Kerja : Diklat
5. Jabatan : Kasubag Diklat
6. Lama Pengalaman Kerja : 20 tahun
7. Pendidikan : S1 Kesehatan Masyarakat

TABEL PERTANYAAN

NO	POIN	REFERENSI	PERTANYAAN	JAWABAN
Keselamatan dan keamanan				
1	Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak, dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah diimplementasikan.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 179	1) Apakah anda mempunyai identitas sebagai staf rumah sakit?	Iya punya, punya semua. Seluruh staf dikasih identitas dan wajib dipakai selama bekerja.
Kesiapan Penanggulangan Bencana				
2	Pada akhir setiap simulasi dilakukan diskusi mengenai simulasi tersebut dan dibuat laporan dan tindak lanjut.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 183	1) Apakah anda pernah mengikuti simulasi penanggulangan	Iya penanggulangan bencana itu kita mendatangkan pelatih dari

			<p>bencana?</p> <p>2) Apakah setelah simulasi tersebut diadakan diskusi?</p> <p>3) Adakah tindak lanjut yang dilakukan setelah simulasi tersebut dan seperti apa?</p>	<p>tim penanggulangan bencana kabupaten. Jadi kita sudah di lakukan pelatihan kita tinggal review. Jadi setiap bulan kita melaksanakan rapat sekaligus untuk .. Iya ada diskusi dengan pelatihnya terus alat apa yang kita butuhkan, kemudian ruangan apa yang harus di siapkan , sdmnya yang jaga. Itu kana da whiteboard itu kan buat yang jaga. Tindak lanjutnya kita melengkapi kebutuhan kemudian sdmnya yang ditugaskan. Yang bencana tanggal 5 Mei.</p>
Proteksi Kebakaran				
3	Semua staf mengikuti latihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 185	1) Apakah anda telah mengikuti latihan penanggulangan kebakaran?	Iyalah, aku kan panitia. Ada lagi. Kalau kebakaran

	setahun.		2) Kapan anda mengikuti latihan tersebut? 3) Apakah anda mengetahui berapa kali diadakan latihan tersebut di rumah sakit dalam setiap tahunnya?	kita memanggil petugas kebakaran dari kabupaten. Satu kali untuk seluruh pegawai. Kalau kebakaran tanggal 23 September
4	Staf dapat memperagakan bagaimana cara membawa pasien ke tempat aman dan demonstrasikan bagaimana cara menyelamatkan pasien.		1) Apakah anda dapat memperagakan bagaimana cara membawa pasien ke tempat aman saat terjadi kondisi darurat?	
Sistem Penunjang (Sistem Utilitas)				
5	Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu. Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 188	1) Apakah air bersih telah tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu? 2) Pernahkah mengalami kekurangan air bersih di rumah sakit? 3) Apakah Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu? 4) Pernahkah listrik di rumah sakit mati?	Kekurangan air bersih nggak ada, kalau air mati ada mungkin kerannya yang macet. Tapi kalau air insyaallah sudah mencukupi. Mati karena ada pemberitahuan PLN, ada genset, genset itu otomatis hidup pada hitungan ke 5
Pendidikan Staf				
6	Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran.	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 191	1) Apakah peran anda saat terjadi kebakaran kebakaran? 2) Apa sajakah hal yang harus anda	Saya anu menyelamatkan diri sama menyelamatkan dokumen. Kalau kita

			lakukan ketika terjadi kebakaran?	dokumen surat surat yang sudah didokumentasikan, kemudian buku buku yang harus diselamatkan. Enggak kalau orang lain kalau pasen itu udah ada petugasnya sendiri. Jadi kalau orang lain takutnya double job.
7	Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan untuk menghilangkan, mengurangi/memini malisir, atau melaporkan keselamatan, keamanan, dan risiko lainnya.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah peran dalam aspek keselamatan dan keamanan? 2) Apakah yang anda lakukan ketika ada risiko, atau hal yang mempengaruhi keselamatan dan keamanan? 	Untuk keamanan kita kan sebagai petugas sudah dapat perlindungan kayak imunisasi dan sebagainya. Ya gini alau sampah berceceran kan sudah ada petugasnya kalau saya yang melakukan ya malah risiko. Ya kita melaporkan saja ke petugasnya kasih tau aja kita nggak usah ikut ikut maksudnya ikut- ikut gini ada sampah infeksius kan

				jangan sampe tercecer tapi seandainya ada yang tercecer kasih tau aja yang terdekat dari situ biar dimasukkan ke safety boxnya.
8	Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis serta limbah B3.		<ol style="list-style-type: none"> 1) Apakah bagian pekerjaan anda ada yang berhubungan dengan gas medis dan limbah B3? 2) Apakah tugas anda dalam penanganan gas medis dan limbah B3? 3) Bagaimana prosedur kewaspadaan terhadap limbah B3 di rumah sakit? 4) Bagaimanakah cara penyimpanan, penanganan dan pembuangan gas medis dan limbah B3 yang anda ketahui? 	Ya tinta itu, gasnya ini takut kebakaran computer gitu.
9	Staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal atau eksternal (<i>community</i>).		<ol style="list-style-type: none"> 1) Bagaimana prosedur yang harus anda jalankan ketika terjadi kedaruratan? 2) Apakah peran anda dalam penanganan kedaruratan? 	Kalau itu kan udah ada APAR nanti kita ambil yang sesuai dengan jenis kebakaran. Kalau penyimpanan adanya di ruang IT.

Lampiran 4: Lembar Studi Dokumentasi**LEMBAR STUDI DOKUMENTASI**

Hari/ tanggal pengambilan data: Rabu, 26 Desember 2018

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
1	Kepemimpinan dan Perencanaan						
	MFK 1						
	Direktur rumah sakit dan mereka yang bertanggung jawab terhadap manajemen fasilitas di rumah sakit seharusnya mempunyai dan memahami peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku untuk bangunan dan fasilitas rumah sakit.	Bukti kumpulan perundangan yang dimiliki rumah sakit	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 177	v			
	Direktur rumah sakit menerapkan persyaratan yang berlaku dan peraturan perundang-undangan.	Bukti kumpulan izin yang berlaku		v			
	Bukti kalibrasi	v					

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
		Bukti hasil pemeriksaan di luar rumah sakit		v			
	Rumah sakit mempunyai izin-izin sesuai dengan fasilitas yang ada di rumah sakit serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Bukti daftar dan perizinan yang berlaku		v			
	Direktur rumah sakit memastikan rumah sakit memenuhi kondisi seperti hasil pemeriksaan fasilitas atau catatan pemeriksaan yang dilakukan oleh otoritas setempat di luar rumah sakit.	Bukti rekapitulasi hasil pemeriksaan dari pemerintah atau badan eksternal lainnya.		v			
		Bukti hasil pemeriksaan tersebut telah ditindaklanjuti (dapat berbentuk laporan, foto-foto, pengeluaran anggaran, dll)		v			
MFK 2							
	Ada program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf dan	Program tentang manajemen risiko fasilitas dan lingkungan meliputi	Instrumen survei SNARS tahun 2018			v	

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	pengunjung, tertulis, yang merupakan satu program induk atau beberapa program terpisah serta ada regulasi untuk menerapkan program manajemen	risiko	halaman 178				
	Program manajemen resiko fasilitas dan lingkungan masih berlaku dan sudah diterapkan sepenuhnya.	Bukti program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan masih berlaku				v	
		Bukti penerapan program				v	
	Ada bukti peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut bila terjadi perubahan dalam lingkungan rumah sakit, atau sekurang-kurangnya setiap tahun.	Bukti review program manajemen risiko				v	
	Ada bukti tenant/penyewa lahan di dalam lingkungan rumah sakit sudah mematuhi semua aspek program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.	Bukti form ceklis				v	
		Bukti pelaksanaan audit				v	
MFK 3							

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Rumah sakit telah menetapkan individu atau organisasi yang kompeten yang ditugasi mengawasi perencanaan dan penerapan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan	Regulasi tentang penetapan penanggungjawab manajemen risiko fasilitas dilengkapi dengan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 178			v	
	Rumah sakit mempunyai program pengawasan terhadap perencanaan dan penerapan manajemen risiko yang disusun oleh individu atau organisasi yang ditunjuk	Program pengawasan terhadap manajemen risiko				v	
	Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk sudah mengikuti pelatihan manajemen risiko rumah sakit.	Bukti sertifikat pelatihan manajemen risiko dalam file kepegawaian		v			
	Ada bukti bahwa individu atau organisasi yang ditunjuk tersebut telah melaksanakan kegiatan.	Bukti laporan kegiatan penanggung jawab program				v	
2	Keselamatan dan keamanan						
	MFK 4						

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS mempunyai regulasi termasuk program tentang pengelolaan keselamatan dan keamanan	Regulasi tentang: 1) Pedoman pengorganisasian unit kerja yang bertanggung jawab terhadap keselamatan dan keamanan 2) Program keselamatan dan keamanan RS	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 179			v	
	Ada unit kerja yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan keselamatan dan keamanan.	Bukti penetapan unit kerja disertai pedoman pengorganisasian		v			
	RS telah melakukan identifikasi area-area yang berisiko mempunyai <i>risk register</i> (daftar risiko) yang berhubungan dengan keselamatan dan keamanan fasilitas.	Bukti daftar risiko (<i>risk register</i>) keselamatan dan keamanan				v	
	Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah	Bukti identitas yang diberikan kepada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	dimplementasikan.	sakit, pegawai kontrak dan semua orang yang bekerja di rumah sakit					
	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan dan telah melaksanakan perbaikan.	Bukti pemeriksaan fasilitas: 1) Bukti form ceklis 2)Bukti pelaksanaan pemeriksaan			v		
MFK 4.1							
	RS mempunyai regulasi yang mengatur tentang asesmen risiko pra konstruksi (PCRA)	Regulasi tentang asesmen pra konstruksi	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 180	v			
	RS melakukan asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) bila ada rencana konstruksi, renovasi atau demolis/ pembongkaran	Bukti pelaksanaan asesmen risiko pra konstruksi (PCRA)		v			
	RS mengambil tindakan berdasarkan hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi dan	Bukti pelaksanaan tentang hasil tindak lanjut PCRA				v	

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	renovasi.						
	RS memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan.	Hasil audit kepatuhan kontraktor terhadap implementasi PCRA meliputi: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan audit				v	
MFK 4.2							
	RS menyediakan anggaran untuk memenuhi peraturan perundang-undangan yang terkait fasilitas RS.	Bukti tentang tersedia anggaran	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 180	v			
	RS menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif.	Bukti tentang tersedia anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki atau mengganti sistem, bangunan			v		

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Rumah sakit menyediakan anggaran untuk penerapan PCRA dan ICRA bila ada renovasi, kontruksi dan pembongkaran.	Bukti tentang tersedia anggaran untuk pelaksanaan PCRA dan ICRA		v			
3	Bahan Berbahaya						
	MFK 5						
	RS mempunyai regulasi yang mengatur B3 dan limbahnya sesuai katagori WHO dan peraturan perundangan.	Regulasi tentang pengelolaan bahan B3 dan limbahnya	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 181	v			
	RS mempunyai daftar B3 dan limbahnya lengkap dan terbaru sesuai kategori WHO dan peraturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah dari semua bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya.	Bukti berupa daftar B3 dan limbahnya meliputi jenis, lokasi, dan jumlahnya		v			
	Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3, pemasok (supplier) sudah melampirkan	Bukti pelaksanaan pengadaan pembelian B3 disertai dengan <i>Material</i>		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	<i>Material Safety Data Sheet (MSDS).</i>	<i>Safety Data Sheet (MSDS)</i> yang tersedia di setiap tempat penyimpanan B3					
	Ada laporan dan analisis tentang tumpahan, paparan/pajanan (exposure) dan insiden lainnya.	Bukti laporan tumpahan, paparan/pajanan (<i>exposure</i>) dan insiden lainnya.		v			
	Ada bukti dokumentasi persyaratan yang meliputi izin, lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya.	Bukti izin IPAL, izin TPS B3, izin incinerator/ MOU dengan pihak ketiga bila pengolahan B3 dilakukan oleh pihak lain, beserta izin transporter		v			
MFK 5.1							
	RS mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan	Regulasi tentang pengelolaan bahan B3 dan limbahnya	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 182	v			
	Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih	Bukti izin TPS B3 masih berlaku		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	berlaku dan sesuai dengan perundang-undangan.						
	Rumah Sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang – undangan.	Bukti izin IPAL atau izin pembuangan limbah cair (IPLC)		v			
	RS mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang – undangan.	Bukti izin pengolah limbah B3 atau bukti MOU dengan pihak ketiga yang mempunyai : 1) izin operasional pihak ketiga 2) izin transporter disertai manifest/ bukti pemusnahan pihak ketiga Lihat dokumen terkait pengelolaan		v			
4	Kesiapan Penanggulangan Bencana						
	MFK 6						

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS mempunyai regulasi manajemen disaster	Regulasi tentang manajemen disaster RS	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 183			v	
		Regulasi tentang adanya ruang dekontaminasi dalam pedoman pelayanan IGD				v	
	RS mengidentifikasi bencana internal dan eksternal yang besar seperti keadaan darurat di masyarakat, wabah dan bencana alam atau bencana lainnya, serta kejadian wabah besar yang bisa menyebabkan terjadinya risiko yang signifikan.	Bukti identifikasi risiko bencana internal dan eksternal, berupa hasil <i>hazard and vulnerability assessment</i> (HVA)				v	
	Rumah sakit telah melakukan <i>self assessment</i> kesiapan menghadapi bencana dengan menggunakan hospital safety index dari WHO.	Bukti pelaksanaan <i>Self Assessment Hospital Safety Index</i>				v	
	Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi	Bukti denah ruang dekontaminasi				v	
	MFK 6.1						

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Seluruh program, atau setidaknya elemen-elemen kritis program MFK disimulasikan setiap tahun.	Bukti pelaksanaan simulasi kesiapan menghadapi kedaruratan, wabah dan bencana	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 183	v			
	Pada akhir setiap simulasi, dilakukan diskusi (debriefing) mengenai simulasi tersebut dan dibuat laporan dan tindak lanjut.	Bukti pelaksanaan diskusi (debriefing)		v			
	Peserta simulasi adalah semua pegawai/staf rumah sakit, pegawai kontrak dan pegawai dari tenant/penyewa lahan.	Bukti daftar peserta simulasi		v			
5	Proteksi Kebakaran						
	MFK 7						
	Rumah sakit mempunyai program proteksi kebakaran (<i>fire safety</i>) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap atau keadaan darurat non kebakaran lainnya	Program tentang proteksi kebakaran	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 184	v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Rumah sakit telah melakukan asesmen risiko kebakaran yang tertulis, termasuk saat terdapat proyek pembangunan di dalam atau berdekatan dengan fasilitas rumah sakit.	Bukti hasil asesmen risiko kebakaran/ <i>fire risk safety assessment (FRSA)</i> antara lain berupa ceklis asesmen risiko kebakaran		v			
	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran.	Bukti tindak lanjut asesmen risiko kebakaran/ <i>fire risk safety assessment (FRSA)</i>		v			
MFK 7.1							
	Semua staf mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun	Bukti pelaksanaan pelatihan penanggulangan kebakaran	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 185	v			
	Sistem dan peralatan pemadam kebakaran diperiksa, diujicoba dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan.	Bukti pemeriksaan, uji coba, dan pemeliharaan peralatan pemadam kebakaran		v			
MFK 7.2							

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Rumah sakit mempunyai regulasi tentang rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok, larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf, termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit.	Regulasi tentang penetapan RS sebagai kawasan bebas rokok	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 185	v			
	Ada bukti pelaksanaan dan evaluasi dari regulasi tentang rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok,	Bukti evaluasi kepatuhan larangan merokok		v			
6	Peralatan Medis						
	MFK 8						
	RS mempunyai regulasi pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit	Regulasi tentang pengelolaan peralatan medis disertai program pemeliharaan preventif dan kalibrasi	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 186	v			
	Ada daftar inventaris dan identifikasi	Bukti daftar inventaris		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	risiko untuk seluruh peralatan medis yang digunakan di rumah sakit.	peralatan medis					
		Bukti identifikasi risiko peralatan medis		v			
	Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur.	Bukti ceklis dan hasil pemeriksaan peralatan medis		v			
	Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai umur, penggunaan dan rekomendasi pabrik.	Bukti pelaksanaan dan hasil uji fungsi peralatan medis		v			
	Ada program pemeliharaan preventif termasuk kalibrasi.	Bukti pelaksanaan pemeliharaan preventif dan kalibrasi peralatan medis		v			
	Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini.	Bukti pelaksanaan kegiatan oleh staf yang kompeten (yang dibuktikan dengan ijazah dan/atau sertifikat pelatihan)		v			
MFK 8.1							

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS mempunyai sistem pemantauan dan bertindak terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, <i>recall</i> /penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis.	Regulasi tentang pemantauan dan penarikan kembali (<i>recall</i>) peralatan medis	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 186	v			
	RS membahas pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (<i>under recall</i>), laporan insiden, masalah dan kegagalan pada peralatan medis.	Bukti pertemuan yang membahas hasil pemantauan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan (<i>under recall</i>), laporan insiden, masalah dan kegagalan pada peralatan medis disertai bukti hasil pemantauan				v	
	RS telah melaporkan seluruh insiden keselamatan sesuai peraturan perundang-undangan bila terjadi kematian, cedera serius atau penyakit yang disebabkan oleh peralatan	Bukti pelaporan insiden keselamatan (sentinel) terkait peralatan medis ke internal dan eksternal ke Komite Nasional			v		

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	medis.	Keselamatan Pasien RS dan KARS					
7	Sistem Penunjang (Sistem Utilitas)						
	MFK 9						
	Rumah sakit mempunyai regulasi pengelolaan sistem utilitas	Regulasi tentang pengelolaan sistem utilitas	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 187	v			
	RS mempunyai daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitasnya dan memetakan pendistribusiannya.	Bukti daftar inventaris sistem utilitas dan lokasinya		v			
	RS telah melaksanakan jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit sendiri serta sudah dilaksanakan.	Bukti hasil pemeriksaan		v			
		Bukti hasil testing/pengujian		v			
		Bukti hasil pemeliharaan sistem utilitas		v			
	MFK 9.1						

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS mempunyai regulasi tentang inventarisasi, pemeliharaan, inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala	Regulasi tentang sistem utilitas penting/utama	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 188	v			
	RS mempunyai daftar sistem utilitas di rumah sakit dan daftar sistem utilitas penting.	Bukti daftar inventaris sistem utilitas		v			
		Bukti daftar inventaris sistem utilitas penting/utama		v			
	Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasarkan kriteria yang disusun RS.	Bukti inspeksi sistem utilitas penting: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan inspeksi		v			
	Sistem utilitas dan komponen diuji secara teratur berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.	Bukti hasil uji coba sistem utilitas penting		v			
	Sistem utilitas dan komponen	Bukti pelaksanaan		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	dipelihara berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.	pemeliharaan/bukti hasil pemeliharaan sistem utilitas penting					
	Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila diperlukan.	Bukti perbaikan sistem utilitas				v	
MFK 9.2							
	RS mempunyai regulasi tentang sistem utilitas	Regulasi tentang sistem utilitas termasuk kerjasama dengan penyedia air bersih bila terjadi gangguan	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 188	v			
	RS mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu.	Bukti identifikasi area berisiko bila terjadi kegagalan listrik		v			
		Bukti identifikasi area berisiko bila terjadi kegagalan air		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS berusaha untuk mengurangi risiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko).	Bukti telah dilakukan upaya-upaya untuk mengurangi risiko bila terjadi kegagalan listrik maupun air di area paling berisiko, termasuk kerjasama dengan penyedia air bersih bila terjadi gangguan		v			
	RS mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi.	Bukti pelaksanaan kajian kebutuhan sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi		v			
		Bukti kontrak kerjasama dengan penyedia air bersih bila terjadi gangguan		v			
MFK 9.2.1							
	RS mempunyai regulasi uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan	Regulasi tentang uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif	Instrumen survei SNARS tahun 2018	v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air		halaman 189				
	RS mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih alternatif tersebut.	Bukti dokumentasi pelaksanaan uji coba sumber air bersih alternatif		v			
	RS mendokumentasi hasil uji sumber listrik alternatif tersebut.	Bukti dokumentasi pelaksanaan uji coba sumber listrik alternatif		v			
MFK 9.3							
	RS mempunyai regulasi pemeriksaan air bersih (termasuk air minum) dan air limbah	Regulasi tentang pemeriksaan air bersih (termasuk air minum) dan air limbah	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 190	v			
	RS telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.	Bukti hasil pemeriksaan mutu air bersih termasuk air minum		v			
	RS telah melakukan pemeriksaan air limbah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan	Bukti hasil pemeriksaan mutu air limbah		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	terdokumentasi.						
	RS telah melakukan pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal yang meliputi pertumbuhan bakteri dan endotoksin dan kontaminasi zat kimia sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi.	Bukti hasil pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis				v	
	RS telah menindak lanjuti hasil pemeriksaan mutu air yang bermasalah dan didokumentasikan.	Bukti tindak lanjut hasil pemeriksaan		v			
8	Monitoring Program MFK						
	MFK 10						
	RS mempunyai regulasi Sistem pelaporan data insiden/kejadian/kecelakaan dari setiap program manajemen risiko fasilitas.	Regulasi tentang sistem pelaporan data insiden/kejadian/kecelakaan dari setiap program manajemen risiko fasilitas	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 190	v			
	Ada laporan data insiden/kejadian/kecelakaan dari	Bukti laporan insiden keselamatan terkait		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	setiap program manajemen risiko fasilitas dan sudah dianalisis.	manajemen risiko fasilitas dan hasil analisis					
	Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medis, peralatan, sistem dan menurunkan risiko di lingkungan.	Bukti tindak lanjut dari hasil analisis		v			
	Seorang atau lebih individu yang ditunjuk mengawasi pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas telah membuat laporan kepada direktur rumah sakit setiap 3 bulan	Bukti pelaksanaan pengawasan dan pelaporan program manajemen risiko fasilitas		v			
9	Pendidikan Staf						
	MFK 11						
	RS mempunyai program pelatihan tentang manajemen fasilitas dan keselamatan	Program pelatihan MFK	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 191	v			
	Edukasi diadakan setiap tahun mengenai setiap komponen dari	Bukti pelaksanaan pelatihan		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	program manajemen fasilitas dan keselamatan untuk menjamin semua staf dapat melaksanakan dengan efektif tanggung jawabnya.	program MFK					
	Edukasi diikuti oleh pengunjung, suplier, pekerja kontrak dan lainlain sesuai regulasi rumah sakit.	Bukti pelaksanaan edukasi terhadap pengunjung, suplier, pekerja kontrak dan lainlain		v			
	Pengetahuan staf dites dan disimulasikan sesuai peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan dan hasil pelatihan setiap staf didokumentasikan.	Bukti evaluasi pelatihan berupa pre test dan post test pelatihan termasuk mampu memperagakan		v			
MFK 11.2							
	Staf diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	Bukti pelaksanaan pelatihan	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 192	v			
		Bukti tes yang dilakukan		v			
	Staf diberi pelatihan untuk	Bukti pelaksanaan pelatihan		v			

NO	STANDAR	DOKUMEN	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	menjalankan sistem utilitas sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	Bukti tes yang dilakukan		v			
	Staf diberi pelatihan untuk memelihara peralatan medis sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	Bukti pelaksanaan pelatihan		v			
		Bukti tes yang dilakukan		v			
	Staf diberi pelatihan untuk memelihara sistem utilitas sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala.	Bukti pelaksanaan pelatihan		v			
		Bukti tes yang dilakukan		v			

Keterangan:

Kriteria penentuan skor pada setiap elemen penilaian yaitu:

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1	Regulasi sesuai dengan yang dijelaskan di maksud dan tujuan pada standar	Kelengkapan regulasi 80 %	Kelengkapan regulasi 20 - 79 %	Kelengkapan regulasi kurang 20 %
2	Dokumen rapat/pertemuan: meliputi undangan,	Kelengkapan bukti	Kelengkapan bukti	Kelengkapan bukti

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
	materi rapat, absensi/daftar hadir, notulen rapat.	dokumen rapat 80 %	dokumen rapat 20 -79 %	dokumen rapat kurang 20 %
3	Dokumen pelatihan: meliputi Kerangka acuan (TOR) pelatihan yang dilampiri jadwal acara, undangan, materi/bahan pelatihan, absensi/daftar hadir, laporan pelatihan	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 80 %	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan 20 - 79 %	Kelengkapan bukti dokumen pelatihan kurang 20 %
4	Dokumen orientasi staf: meliputi kerangka acuan (TOR) orientasi yang dilampiri jadwal acara, undangan, absensi/daftar hadir, laporan orientasi dari kepala SDM (orientasi umum) atau kepala unit (orientasi khusus)	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 80 %	Kelengkapan bukti dokumen orientasi 20 - 79 %	Kelengkapan bukti dokumen orientasi kurang 20 %

Lampiran 5: Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

Hari/ tanggal pengambilan data:

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
1	Keselamatan dan keamanan						
	MFK 4						
	Regulasi pemberian identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak dan semua orang yang bekerja di rumah sakit sudah diimplementasikan.	Penggunaan identitas pada penunggu pasien, pengunjung (termasuk tamu), staf rumah sakit, pegawai kontrak	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 179		v		
	Rumah sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan dan telah melaksanakan perbaikan.	Hasil pemeriksaan dan kondisi bangunan dan fasilitas RS		v			
MFK 4.1							

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	RS mengambil tindakan berdasarkan hasil asesmen risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi dan renovasi.	Lokasi pembongkaran, konstruksi dan renovasi (bila ada)	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 180	v			
	RS memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan, dan didokumentasikan.	Lokasi pembongkaran, konstruksi dan renovasi (bila ada)		v			
MFK 4.2							
	RS menyediakan anggaran untuk meningkatkan, memperbaiki atau mengganti sistem, bangunan, atau komponen yang diperlukan agar fasilitas tetap dapat beroperasi secara aman dan efektif.	Kondisi gedung dan fasilitas	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 181	v			
2	Bahan Berbahaya						
	MFK 5						
	RS mempunyai daftar B3 dan limbahnya lengkap dan terbaru sesuai kategori WHO dan peraturan	Tempat penyimpanan B3 dan limbahnya	Instrumen survei SNARS tahun 2018		v		

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah dari semua bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya.		halaman 181				
	Ada bukti bahwa untuk pengadaan/pembelian B3, pemasok (<i>supplier</i>) sudah melampirkan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS).	Tempat penyimpanan B3 dan <i>Material Safety Data Sheet</i> (MSDS)nya		v			
	Petugas telah menggunakan APD yang benar pada waktu menangani (<i>handling</i>) B3 dan limbahnya dan di area tertentu juga sudah ada <i>eye washer</i> .	Ketersediaan dan penggunaan APD yang benar pada waktu menangani (<i>handling</i>) B3 dan limbahnya		v			
		Ketersediaan <i>eye washer</i> ditempat penyimpanan B3 cair		v			
	B3 dan limbahnya sudah diberi label/rambu-rambu sesuai peraturan dan perundangundangan.	Label B3 ditempat penyimpanan B3 dan limbahnya			v		

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	MFK 5.1						
	Penyimpanan limbah B3 sudah mempunyai izin TPS B3 yang masih berlaku dan sesuai dengan perundang - undangan.	TPS B3	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 182	v			
	Rumah Sakit sudah mempunyai Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) dengan izin yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang – undangan.	IPAL RS		v			
	RS mempunyai Instalasi Pengolah B3 dengan izin yang masih berlaku atau melakukan kerja sama dengan pihak ketiga dengan izin sebagai transporter dan pengolah B3 yang masih berlaku sesuai dengan peraturan perundang – undangan.	Dokumen terkait pengelolaan limbah B3/lokasi pengelolaan limbah B3 di RS		v			
3	Kesiapan Penanggulangan Bencana						
	MFK 6						

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	Instalasi gawat darurat telah mempunyai ruang dekontaminasi	Fasilitas dekontaminasi di IGD	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 183			v	
4	Proteksi Kebakaran						
	MFK 7						
	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil asesmen risiko kebakaran.	Proteksi kebakaran aktif dan pasif	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 184		v		
	Rumah sakit mempunyai sistem deteksi dini (<i>smoke detector</i> dan <i>heat detector</i>) dan alarm kebakaran sesuai dengan peraturan perundang-undangan	Fasilitas sistem deteksi dini (<i>smoke detector</i> dan <i>heat detector</i>) dan alarm kebakaran		v			
	Rumah sakit mempunyai sistem kebakaran aktif yang meliputi, sprinkle, APAR, hidran dan pompa kebakaran sesuai peraturan perundang-undangan.	Fasilitas sistem kebakaran aktif antara lain: sprinkle, APAR, hidran dan pompa kebakaran.		v			
	Rumah sakit mempunyai jalur	Jalur evakuasi		v			

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	evakuasi yang aman dan bebas hambatan bila terjadi kebakaran dan kedaruratan bukan kebakaran.						
	MFK 7.2						
	Ada bukti pelaksanaan dan evaluasi dari regulasi tentang rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok dan asap rokok,	Lingkungan RS	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 185	v			
5	Peralatan Medis						
	MFK 8						
	Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur.	Fisik peralatan medis di unit pelayanan	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 186	v			
	Ada program pemeliharaan preventif termasuk kalibrasi.	Bukti pemeliharaan preventif dan kalibrasi		v			
6	Sistem Penunjang (Sistem Utilitas)						
	MFK 9						
	RS telah memberikan label pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas	Label pada tuas-tuas	Instrumen survei SNARS				

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian.	kontrol utilitas	tahun 2018 halaman 187				
MFK 9.1							
	Sistem utilitas dan komponen telah diinspeksi secara teratur/berdasarkan kriteria yang disusun RS.	Sistem utilitas penting di RS	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 188				
	Sistem utilitas dan komponen dipelihara berdasarkan kriteria yang sudah ditetapkan.	Sistem utilitas penting di RS					
	Sistem utilitas dan komponen diperbaiki bila diperlukan.	Sistem utilitas penting di RS					
MFK 9.2							
	Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu.	Penampungan persediaan air bersih	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 188	v			
	Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7	Sumber listrik utama dan sumber listrik alternatif di		v			

NO	STANDAR	ELEMEN OBSERVASI	REFERENSI	ADA		TIDAK ADA	KETERANGAN
				Sesuai	Tidak Sesuai		
	hari dalam seminggu.	RS termasuk UPS pada alat-alat tertentu misalnya ventilator dan server sentral					
	RS mempunyai sumber listrik dan air bersih alternatif dalam keadaan emergensi.	Genset dan sumber air bersih alternatif		v			
MFK 9.2.1							
	RS mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik alternatif yang mencukupi.	Tempat penyimpanan bahan bakar untuk genset	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 189	v			
7	Monitoring Program MFK						
	MFK 10						
	Hasil analisis sudah ditindaklanjuti dengan mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medis, peralatan, sistem dan menurunkan risiko di lingkungan.	Kondisi sistem peralatan dan lingkungan kerja	Instrumen survei SNARS tahun 2018 halaman 190	v			

Keterangan:

Kriteria penentuan skor pada setiap elemen penilaian yaitu:

No	Kriteria	Skor 10 (TL)	Skor 5 (TS)	Skor 0 (TT)
1	Bukti kepatuhan	Bukti kepatuhan ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen di mana persyaratanpersyaratan tersebut berlaku	Bukti kepatuhan tidak dapat ditemukan secara konsisten pada semua bagian/ departemen di mana persyaratanpersyaratan tersebut berlaku (seperti misalnya ditemukan kepatuhan di IRI, namun tidak di IRJ, 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)	Bukti kepatuhan tidak ditemukan secara menyeluruh pada semua bagian/ departemen di mana persyaratanpersyaratan tersebut berlaku
2	Hasil observasi pelaksanaan kegiatan/ pelayanan sesuai regulasi	80 % Contoh : 8 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP	20 - 79 % % Contoh : 2-7 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 2-7 sudah memenuhi EP	kurang 20 % Contoh : 1 dari 10 kegiatan/pelayanan yang diobservasi 8 sudah memenuhi EP

Lampiran 6: *Etichal Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE Nomor: 242/KEPK/EC/2018

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Analisis Kesiapan Rumah Sakit menghadapi Akreditasi KARS dalam Pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak)

Nama Peneliti Utama : Alfi Nur Baeti
Nama Pembimbing : Evi Widowati, S.KM, M.Kes
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM Unnes, Gedung F5, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak
Tanggal Persetujuan : 29 November 2018
(*berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan*)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 29 November 2018
Ketua,



Prof. Dr. dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 7: Surat Ijin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
 Gedung Dekanat FIK Kampus UNNES Sekaran Gunungpati Semarang 50229
 Telepon +6224-8508007, Faksimile +6224-8508007
 Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@mail.unnes.ac.id

Nomor : 20831/UN37.1.6/LT/2018
 Hal : Izin Penelitian

07 Desember 2018

Yth. Direktur Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak
 Jl Jogoloyo no. 9 Demak

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama : Alfi Nur Baeti
 NIM : 6411414031
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), S1
 Semester : Gasal
 Tahun akademik : 2018/2019
 Judul : Analisis Kesiapan Rumah Sakit Menghadapi Akreditasi KARS dalam pemenuhan Standar Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (Studi Kasus di Rumah Sakit Nahdlatul Ulama Demak)

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian skripsi di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 10 Desember 2018- 10 Maret 2019.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.



Tembusan:
 Dekan FIK;
 Universitas Negeri Semarang



Nomor Agenda Surat : 864 659 859 7

Sistem Informasi Surat Dinas - UNNES (2018-12-11 13:57:38)

Lampiran 8: Surat Keputusan Pembimbing



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 15691/UN37.1.6/EP/2017**

**Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2017/2018**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 16 November 2017

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

PERTAMA :

Menunjuk dan menugaskan kepada:

Nama : Evi Widowati, S.KM., M.Kes.
NIP : 198302062008122003
Pangkat/Golongan : III/d
Jabatan Akademik : Lektor
Sebagai Pembimbing

Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :

Nama : Ali Nur Baeti
NIM : 6411414031
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : Audit Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit

KEDUA :

Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan

1. Pembantu Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

6411414031

FM-03-AKD-24/Rev.00



Lampiran 9: Dokumentasi

Gambar 1: Wawancara dengan Kasubag Rumah Tangga



Gambar 2: Wawancara dengan Manager medis



Gambar 3: Wawancara dengan Kasubag Diklat



Gambar 4: Wawancara dengan staf RS NU Demak



Gambar 5: Studi Dokumentasi



Gambar 6: Observasi tempat penyimpanan B3



Gambar 7: Observasi tempat pemasangan APAR



Gambar 8: Observasi tempat penyimpanan B3



Gambar 8: Observasi lapangan

