AKREDITASI RUMAH SAKIT DI JAWA TIMUR

DISPERPUSIP JATIM

BIDANG REGISTRASI DAN AKREDITASI
KANWIL DEPKES PROVINSI JAWA TIMUR

1997

AKREDITASI RUMAH SAKIT

Oleh : Dr. H. Bagus Mulyadi, DSM

I. PENDAHULUAN

Keberhasilan pembangunan selama lima Repelita telah meningkatkan kesejahteraan dan pendidikan masyarakat sehingga orientasi nilai di masyarakat telah berubah. Masyarakat semakin menginginkan pelayanan-pelayanan umum yang lebih baik, lebih ramah dan lebih bermutu termasuk pelayanan rumah sakit. Untuk itu rumah sakit perlu terus meningkatkan mutu pelayanan sehingga tetap dalam posisi kompetitif.

Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit semakin diperlukan sejalan dengan semakin meningkatnya pengetahuan masyarakat akan haknya sebagai penerima jasa pelanggan serta kemampunan di bidang finansial, sehingga mampu memilih berbagai alternatif pelayanan yang bermutu yang dapat memberikan kepuasan bagi dirinya maupun keluarganya selain derasnya arus globalisasi. Di masa mendatang rumah sakit akan berkompetisi secara global karena kompetisi rumah sakit tidak hanya dengan milik pemodal dalam negeri tetapi juga dengan rumah sakit milik asing, sehingga upaya peningkatan mutu rumah sakit sangatlah merupakan prioritas. Selain itu, dalam rangka mendukung upaya rujukan dan pelayanan Puskesmas maka pelayanan rumah sakit Dati II haruslah yang bermutu atau berkualitas. Oleh karena itu rumah sakit di Dati II perlu terus berupaya meningkatan mutu pelayanannya.

Namun harus diakui upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit, tidaklah mudah karena terkait dengan banyak hal. Tinggi rendahnya mutu sangat dipengaruhi sumber daya rumah sakit yaitu antara lain tenaga, pembiayaan, sarana dan teknologi yang digunakan. Selain itu juga tergantung dengan interaksi pemanfaatan sumber daya rumah sakit yang digerakan melalui proses

DISPERPUSIP JATIM

AKREDITASI RUMAH SAKIT DI INDONESIA

OLEH

Dr. H. BAGUS MULYADI, DSM

DISPERPUSIP JATIM

Direktorat Rumah Sakit Khusus dan Swasta
Direktorat Jenderal Pelayanan Medik
DEPARTEMEN KESEHATAN RI
1997

dan prosedur tertentu sehingga menghasilkan jasa atau pelayanan. Berhasil tidaknya peningkatan mutu sangat tergantung dari monitoring faktor-faktor tersebut di atas dan juga umpan balik dari hasil-hasil pelayanan untuk perbaikan lebih lanjut terhadap faktor-faktor tersebut. Dengan demikian nampak bahwa peningkatan mutu merupakan proses yang kompleks yang pada akhirnya menyangkut manajemen rumah sakit secara keseluruhan.

Dalam rangka peningkatan mutu berbagai upaya telah dilakukan oleh Departemen Kesehatan mulai dari penambahan sarana tenaga, fasilitas dan mulai tahun 1996 ini Departemen Kesehatan telah melakukan akreditasi rumah sakit.

Pada tahun 1989 pemerintah (Depkes) mulai mengkaji kekurangan-kekurangan yang banyak dikeluhkan masyarakat selama ini tentang rendahnya mutu pelayanan rumah sakit yaitu melalui survei diagnosis mengenai kemungkinan dilakukannya peningkatan mutu rumah sakit dan kemampuan "cost-recovery" dari rumah sakit. Survei yang dilakukan di 12 rumah sakit di Jawa Timur, Bali, dan Sumatera Barat ini telah menemukan 10 macam defisiensi pada rumah sakit-rumah sakit tersebut yaitu:

1. Rumah Sakit Pemerintah, untuk biaya operasionalnya, sangat tergantung dari subsidi pemerintah. Yang meliputi 70 % sampai 80 % dari pembiayaan seluruhnya.
2. Fungsi pengendalian mutu pelayanan praktis tidak berkembang.
3. Catatan medik yang ada di rumah sakit sekarang belum dapat digunakan sebagai alat ukur untuk menilai mutu pelayanan.
4. Banyak sarana rumah sakit belum berfungsi optimal, disebabkan pemeliharaan dan perbaikan sarana masih sulit dilaksanakan.
5. Sikap, perilaku serta situasi lingkungan di rumah sakit umum belum dapat mendukung fungsi rumah sakit sebagai organisasi unit sosio-ekonomi yang menitikberatkan pada kegiatan produksi.
6. Struktur organisasi rumah sakit umum yang berlaku sekarang lebih disesuaikan dengan fungsi rumah sakit sebagai organisasi produksi.

DISPERPUSIP JATIM

7. Pegawai rumah sakit belum menyadari arti biaya yang harus dikaitkan dengan tarif dan perhitungan anggaran dan pendapatan.
8. Sistem akuntansi secara "cash-basis" yang berlaku sekarang, tidak sesuai dengan perkembangan rumah sakit menjadi unit sosio-ekonomi.
9. Rumah Sakit Umum Pemerintah cenderung melayani pasien yang berasal dari masyarakat dengan pendapatan rendah dan menengah.
10. Adanya keterbatasan wewenang pada pimpinan rumah sakit untuk mengelola sumber dana secara efektif dan efisien.

Hasil pengkajian menyimpulkan bahwa perlu dilakukan suatu desain intervensi untuk mengatasi kekurangan-kekurangan tersebut di atas.

Berdasarkan kajian tersebut maka secara bertahap dilakukan intervensi terhadap hal-hal :

1. Meningkatkan mutu rekam medik rumah sakit.
2. Meningkatkan mutu sistem informasi rumah sakit
3. Menyusun perundangan dan peraturan baru yang dapat mendukung fungsi rumah sakit pemerintah sebagai suatu organisasi sosio-ekonomi.
4. Menyempurnakan organisasi rumah sakit sehingga dapat berfungsi sebagai unit sosio-ekonomi.
5. Menerapkan sistem akuntansi yang berdasarkan "accrual-basis".
6. Menyempurnakan perencanaan biaya.
7. Meneliti dari kepustakaan, kemampuan dan kemauan masyarakat untuk membayar biaya pelayanan kesehatan rumah sakit dan menyusun cara yang mudah dan sederhana untuk menentukan tarif.
8. Menyusun standar pelayanan, ketenagaan dan sarana/peralatan.
9. Menyusun standar pelayanan farmasi.

Intervensi di atas inilah yang kemudian melahirkan kebijakan-kebijakan baru di bidang perumahsakitan agar RS tidak hanya berperan sebagai unit pelayanan yang bersifat sosial akan

DISPERPUSIP JATIM

tetapi harus bersifat sosial-ekonomi. Artinya, pelayanan harus tetap berpegang pada pelayanan yang memperhatikan dan melaksanakan fungsi sosial, tetapi pengelolaannya berlandaskan kaidah-kaidah ekonomi. Dengan demikian, rumah sakit akan dapat meningkatkan pelayanannya karena dikelola secara efektif dan efisien. Upaya peningkatan mutu juga telah mulai dilakukan secara lebih terarah.

Departemen Kesehatan telah mempersiapkan berbagai standar misalnya standar ketenagaan, peralatan, pelayanan rumah sakit dan pelayanan medik. Dengan diterbitkannya SK Menkes RI NO. 436/1993, maka semua rumah sakit di Indonesia diwajibkan untuk melaksanakan standar pelayanan rumah sakit dan pelayanan medik. Mengingat keterbatasan-keterbatasan yang ada dan variasi kemampuan pelayanan yang ditemukan pada rumah sakit-rumah sakit, maka penerapan standar tersebut dapat dilakukan secara bertahap.

Penetapan berbagai standar (standarisasi) ini merupakan salah satu cara pendekatan dari upaya peningkatan mutu input dan proses. Standarisasi pelayanan rumah sakit merupakan langkah awal menuju akreditasi rumah sakit. Departemen Kesehatan telah menerbitkan buku Pedoman Akreditasi Rumah Sakit dan Pedoman Peningkatan Mutu Rumah Sakit yang akan segera didistribusikan.

Standar merupakan suatu ukuran atau takaran yang dipakai untuk menilai sesuatu. Pengertian akreditasi rumah sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan kepada rumah sakit oleh badan yang berwenang (Komisi Gabungan Akreditasi) karena rumah sakit tersebut telah memenuhi standar yang ditentukan.

Akreditasi rumah sakit dipandang merupakan daya ungkit untuk peningkatan mutu rumah sakit, oleh karena itu sejak tahun 1995/1996 Direktorat Jenderal Pelayanan Medik telah mulai melakukan survei akreditasi terhadap rumah sakit pemerintah dan swasta/BUMN. Sampai dengan saat ini telah diakreditasi 48 rumah sakit pemerintah dan swasta se Indonesia.

DISPERPUSIP JATIM

Seperti telah diuraikan di atas bahwa akreditasi menilai seberapa jauh suatu rumah sakit telah memenuhi berbagai standar yang ditentukan, dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan.

Bila suatu rumah sakit telah menerapkan standar-standar yang ditentukan, berarti rumah sakit dianggap telah bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Falsafah dan tujuan akreditasi intinya sebenarnya adalah agar rumah sakit secara terus menerus dan bersungguh-sungguh meningkatkan mutu pelayanannya.

II. APAKAH YANG DIMAKSUD DENGAN AKREDITASI ?

Pengertian Akreditasi Rumah Sakit adalah suatu pengakuan yang diberikan kepada rumah sakit oleh badan yang berwenang (Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit) karena rumah sakit telah memenuhi standar yang ditentukan.

III. APAKAH TUJUAN AKREDITASI ?

A. Tujuan Umum :

Selain untuk mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit-rumah sakit di Indonesia telah memenuhi berbagai standar yang ditentukan, juga untuk memacu rumah sakit agar memenuhi standar yang telah ditetapkan sehingga mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan.

B. Tujuan khusus :

1. Memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

DISPERPUSIP JATIM

2. Memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga, dan lingkungan yang diperlukan tersedia, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya.

3. Memberikan jaminan dan kepuasan kepada "customers" dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin.

Bila suatu rumah sakit telah menerapkan standar-standar yang ditentukan, berarti rumah sakit dianggap telah bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat. Falsafah dan tujuan akreditasi intinya sebenarnya adalah agar rumah sakit secara terus menerus dan bersungguh-sungguh meningkatkan mutu pelayanannya. Falsafah dan tujuan dianggap penting dalam akreditasi. Oleh karena itulah dalam setiap kegiatan pelayanan rumah sakit,"Falsafah dan Tujuan" dari organisasi (rumah sakit) maupun setiap jenis kegiatan pelayanan selalu dipersyaratkan bahkan menjadi standar yang pertama dinilai diantara 7 standar pelayanan rumah sakit. Keenam standar yang lain, merupakan penjabaran dari standar "Falsafah dan Tujuan" dari setiap kegiatan pelayanan.

IV. APAKAH AKREDITASI ITU BERMANFAAT ?

Sesungguhnya "outcome" dari pelaksanaan akreditasi itu adalah meningkatnya mutu pelayanan rumah sakit sebagai hasil dari upaya rumah sakit untuk memenuhi standar pelayanan. Karena upaya peningkatan mutu harus selalu berorientasi pada "konsumen", maka manfaat akreditasipun akan dirasakan oleh konsumen. Konsumen yang dimaksud disini bukan hanya pasien sebagai konsumen "ekstern", tetapi juga pihak-pihak lain yang berkepentingan terhadap mutu, termasuk di dalamnya konsumen "intern" yaitu rumah sakit dan para pegawainya.

DISPERPUSIP JATIM

1. Bagi Rumah Sakit :

a. Akreditasi menjadi forum komunikasi dan konsultasi antara rumah sakit dan Komisi Gabungan yang akan memberikan saran perbaikan atau rekomendasi untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit melalui pencapaian standar yang ditentukan.

b. Dengan adanya metode "self-evaluation" rumah sakit dapat mengetahui pelayanan manakah yang berada dibawah standar atau perlu ditingkatkan. Hal ini akan meningkatkan kesadaran rumah sakit akan pentingnya upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit secara terarah.

c. Akreditasi penting untuk rekrutmen dan membatasi "turn-over" staf rumah sakit (tenaga medis/para medis/non medis) karena para pegawai akan lebih senang, tenang dan aman bekerja di rumah sakit yang telah diakreditasi.

d. Dengan berkembangnya asuransi kesehatan di Indonesia, akan semakin banyak perusahaan asuransi yang mempersyaratkan pesertanya untuk berobat di rumah sakit yang memiliki status akreditasi. Suatu saat nanti hanya rumah sakit yang telah diakreditasi yang akan mendapatkan penggantian biaya/perawatan, sedangkan rumah sakit yang tidak diakreditasi tidak akan mendapat penggantian.

e. Status diakreditasi dapat menjadi alat bagi rumah sakit untuk mengadakan negosiasi klaim asuransi dengan perusahaan asuransi.

f. Status diakreditasi dapat dijadikan alat untuk memasarkan (marketing) pada masyarakat.

g. Status di akreditasi merupakan status simbol bagi rumah sakit dan dapat meningkatkan citra dan kepercayaan masyarakat terhadap rumah sakit.

DISPERPUSIP JATIM

h. Dengan diketahuinya kekurangan dibandingkan standar yang ada, rumah sakit dapat mengunakan hasil penilaian ini untuk kepentingan pengajuan anggaran dan perencanaan/pengembangan rumah sakit kepada pemilik.

2. Bagi Pemerintah :

a. Akreditasi merupakan salah satu cara pendekatan untuk meningkatkan dan membudayakan konsep mutu pelayanan rumah sakit melalui pembinaan terarah dan berkesinambungan.

b. Akreditasi dapat memberikan gambaran (potret) keadaan perumahsakitan di Indonesia dalam pemenuhan standar yang ditentukan sehingga dapat menjadi bahan masukan untuk rencana pengembangan pembangunan kesehatan untuk masa yang akan datang.

3. Bagi Perusahaan Asuransi :

a. Akreditasi memberi gambaran rumah sakit mana yang layak dijadikan mitra kerja.

b. Akreditasi penting untuk negosiasi klaim asuransi kesehatan dengan rumah sakit.

c. Secara tidak langsung memberi gambaran efisiensi (disamping efektivitas) pelayanan.

4. Bagi Masyarakat :

a. Masyarakat dapat mengenal (secara formal) dengan melihat sertifikat akreditasi yang biasanya dipajang di rumah sakit yang telah mendapat status akreditasi sehingga dapat membantu mereka dalam memilih rumah sakit yang dianggap baik pelayanannya.

DISPERPUSIP JATIM

b. Masyarakat akan merasa lebih aman mendapat pelayanan di rumah sakit yang sudah diakreditasi dari pada yang belum diakreditasi.

5. Bagi Pemilik :

a. Pemilik dapat menilai seberapa baik pengelolaan sumber daya rumah sakit yang dilakukan oleh manajemen dan seluruh tenaga yang ada (efisiensi), sehingga misi dan program rumah sakit dapat lebih mudah tercapai (efektivitas).

b. Pemilik mempunyai rasa kebanggaan bila rumah sakitnya di akreditasi.

6. Bagi Pegawai/Petugas:

a. Petugas (medis, para medis, non medis) merasa lebih senang dan aman serta terjamin bekerja pada rumah sakit yang telah mendapat status akreditasi.

b. Biasanya pegawai pada unit pelayanan yang mendapat nilai baik sekali akan mendapat imbalan (materil/non materil) dari manajemen atas usahanya selama ini dalam memenuhi standar.

c. Self-assessment akan menambah kesadaran akan pentingnya pemenuhan standar dan peningkatan mutu sehingga dapat memotivasi pegawai tersebut untuk bekerja lebih baik.

DISPERPUSIP JATIM

V. STANDAR APAKAH YANG DIGUNAKAN UNTUK AKREDITASI?

Permenkes No. 159b/Menkes/Per/II/1988 menyebutkan bahwa akreditasi rumah sakit adalah pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar minimal yang ditentukan. Dengan diberlakukannya standar pelayanan rumah sakit dan standar pelayanan medis melalui SK Menkes RI NO.436/1993, seluruh rumah sakit diwajibkan untuk menerapkan standar tersebut tanpa memandang kelas dan status kepemilikannya. Tetapi, karena kemampuan pelayanan rumah sakit yang bervariasi, pelaksanaan penerapan standar-standar itu haruslah berlangsung secara bertahap.

Standar yang digunakan untuk akreditasi mengacu kepada standar pelayanan rumah sakit tersebut diatas tetapi dengan beberapa penyesuaian yang didasarkan pada hasil uji-coba di lapangan, literatur-literatur terbaru dari negara lain (USA, Australia), dan saran dari para pemakai, agar standar tersebut lebih dapat diterima dan memenuhi harapan pihak-pihak yang terlibat. Standar inipun akan direvisi secara periodik.

VI. SIAPAKAH YANG BERTUGAS MELAKUKAN AKREDITASI RUMAH SAKIT ?

Di lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Medik ada Sub Direktorat Perizinan dan Akreditasi Rumah Sakit. Namun, tentu saja Sub Direktorat ini tidak akan mampu berperan sebagai penyelenggara program akreditasi karena memang tugasnya lebih kearah menyiapkan kebijaksanaan Direktur Jenderal Pelayanan Medik di bidang perizinan dan akreditasi. Oleh karenanya, dibentuk satu organisasi yang dapat berfungsi sebagai pelaksana operasional program akreditasi yang di tingkat pusat bernama Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit.

DISPERPUSIP JATIM

Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit tersebut mempunyai tugas dan tanggung jawab utama :

1. Menyusun, mengevaluasi dan menyempurnakan secara berkala standar pelayanan untuk akreditasi rumah sakit.
2. Menyusun, mengevaluasi dan menyempurnakan secara berkala instrumen/kuesioner untuk akreditasi rumah sakit.
3. Melakukan akreditasi rumah sakit melalui survei dan pemberian sertifikat akreditasi.
4. Melakukan komunikasi, informasi dan edukasi yang berkaitan dengan program akreditasi rumah sakit.

Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit (KARS) terdiri dari unsur pemerintah (Depkes dan instansi terkait) dan profesi yang terkait (IDI, PPNI, PERSI, dsb). Komisi Gabungan Akreditasi tersebut tidak merupakan suatu organisasi yang berfungsi untuk investigasi ataupun menghukum rumah sakit. Komisi Gabungan Akreditasi bekerja dengan menekankan segi pembinaan, sehingga akan bertindak sebagai penilai, pendidik dan pemberi saran bagi rumah sakit.

Program akreditasi rumah sakit melibatkan pihak yang terkait baik di tingkat pusat, wilayah (Kanwil) maupun rumah sakit. Pihak-pihak yang berkepentingan dengan akreditasi untuk tingkat wilayah diantaranya: Pemerintah Daerah, PERSI Cabang, Kantor Wilayah Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan dan para pemilik rumah sakit. Wadah untuk mempersiapkan, mengelola dan menyelenggarakan serta melakukan tindak lanjut akreditasi harus ada di tingkat pusat, daerah (Tim Akreditasi Wilayah) maupun di rumah sakit (Sub Komite Akreditasi).

Untuk pelaksanaan penilaian (survei) di rumah sakit, KARS menugaskan suatu tim yang disebut tim survei akreditasi. Tim survei terdiri dari unsur-unsur administrator, dokter, dan perawat. Masing-masing unsur minimal terdiri dari satu orang.

DISPERPUSIP JATIM

Tim survei dipimpin oleh seorang ketua, (merangkap anggota) yang bertanggung jawab dalam kelancaran tugas survei di suatu rumah sakit. Tim akreditasi ini bertanggung jawab pada KARS. Anggota tim survei disebut sebagai petugas survei akreditasi rumah sakit, atau petugas penilai akreditasi rumah sakit. Tetapi dalam istilah sehari-hari mungkin lebih mudah jika disebut sebagai "surveyor". Petugas penilai akreditasi, mempunyai fungsi yang berbeda dengan fungsi surveyor dalam pengertian sehari-hari yaitu pengumpulan data melalui survei. Tugas petugas penilai akreditasi juga berbeda dengan penilaian yang biasa kita kenal, misalnya penetapan baik/tidak baik atau benar/tidak benarnya suatu keadaan melalui suatu investigasi atau pemberian nilai saja.

"Surveyor" dalam proses akreditasi juga tidak sama dengan pemeriksaan atau inspeksi yang dilakukan oleh para pengawas fungsional (Irjen, BPKP,BPK, dsb). Para surveyor berperan lebih ke arah pembinaan dari pada mencari kesalahan.

DISPERPUSIP JATIM

VII. METODE AKREDITASI RUMAH SAKIT.

Akreditasi rumah sakit pada dasarnya menggunakan dua metode yang saling berkaitan dan dilaksanakan secara periodik dan berkesinambungan:

1. Survei pra-akreditasi :
   Rumah sakit menilai diri sendiri (self-assessment) menggunakan instrumen/kuesioner pra-akreditasi.

2. Survei akreditasi :
   Survei dilakukan oleh surveyor yang ditugaskan oleh Komisi Gabungan Akreditasi. Survei ini dilakukan di lokasi rumah sakit.

VIII. BAGAIMANAKAH HASIL/KEPUTUSAN AKREDITASI ?

Ada 4 kemungkinan keputusan yang akan dikeluarkan, yaitu:

1. Tidak diakreditasi:

   Suatu rumah sakit tidak dapat memperoleh status akreditasi bila rumah sakit tersebut dianggap belum mampu memenuhi standar yang ditetapkan.

2. Akreditasi bersyarat:

   Status ini diberikan bila rumah sakit telah dapat memenuhi persyaratan minimal tetapi belum cukup untuk mendapatkan akreditasi penuh karena ada beberapa kriteria/standar yang diberi rekomendasi khusus.

   * Akreditasi bersyarat ini berlaku untuk satu tahun.
   * Dalam masa satu tahun itu rumah sakit dapat mengajukan untuk disurvei ulang setelah merasa siap.
   * Penilaian ulang dilakukan khusus untuk hal-hal yang direkomendasikan oleh surveyor untuk mendapatkan akreditasi penuh.
   * Bila rumah sakit tersebut dapat memenuhi standar setelah survei ulang, ia mendapat tambahan dua tahun lagi sehingga seluruhnya menjadi tiga tahun (akreditasi penuh).
   * Bila tidak berhasil pada akreditasi ulang ini, maka rumah sakit dinyatakan gugur (tidak mendapat status akreditasi).

3. Akreditasi penuh

   * Status akreditasi penuh diberikan untuk jangka waktu tiga tahun kepada rumah sakit yang telah dapat memenuhi standar yang ditetapkan oleh Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit.

DISPERPUSIP JATIM

* Setelah masa tiga tahun, rumah sakit yang bersangkutan dapat mengajukan permohonan untuk diakreditasi pada periode berikutnya tiga bulan sebelum masa berlakunya status akreditasi berakhir.

4. Akreditasi Istimewa

Untuk rumah sakit yang menunjukkan pemenuhan standar secara istimewa selama tiga periode berturut-turut, akan mendapatkan status akreditasi untuk masa lima tahun.

IX. P E N U T U P

Dari uraian diatas tampak bahwa akreditasi ini lebih menitik beratkan pada pembinaan rumah sakit secara terarah dan berkesinambungan sehingga akan mempercepat upaya peningkatan mutu rumah sakit. Pelaksanaan akreditasi tidaklah sesederhana uraian diatas karena terkait dengan berbagai proses yang dilakukan di dalam dan di luar rumah sakit bahkan di luar Departemen Kesehatan.

Kendala yang harus dipertimbangkan adalah keterbatasan dana yang perlu diatasi oleh semua pihak yang berkepentingan. Walaupun demikian, kebutuhan akan akreditasi akan semakin dirasakan sejalan dengan meningkatnya tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit yang lebih baik serta kompetisi dengan masyarakat internasional pada masa yang akan datang.

Status akreditasi yang akan diperoleh sebagai hasil upaya rumah sakit untuk memenuhi standar yang diharapkan akan meningkatkan potensi rumah sakit untuk menjangkau konsumen yang lebih luas dan lebih baik. Hal ini merupakan imbalan yang tak ternilai bagi rumah sakit, dan bagi manajemen dan seluruh staf yang terlibat didalamnya, serta merupakan sumbangan yang sangat besar bagi peningkatan mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat luas.

*****Juni97*****

DISPERPUSIPJATIM

DISPERPUSIP JATIM

BIMBINGAN AKREDITASI RUMAH SAKIT

PENJELASAN TENTANG KRITERIA DAN PARAMETER

ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

STANDARD 1. FALSAFAH DAN TUJUAN .

Pimpinan bertanggung jawab bahwa hak pasien dilindungi dan kebutuhannya dipenuhi.

1.1. a. Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peran (fungsi) RS ;

b. Ada bukti tertulis tentang pemberian informasi dan upaya sosialisasi kode etik agar semua pegawai RS mengerti dan memahami kode etik RS ;

c. Ada bukti tertulis tentang upaya memperoleh pendapat dan pandangan masyarakat tentang pelayanan melalui kwesioner, jajak pendapat atau cara lainnya ;

- dokumentasi, cek on the spot (b,c), wawancara sample dari populasi pegawai (b)-

1.2. a. Ada bukti tertulis tentang proses penyusunan dan penetapan dari kriteria 1.1.a.

- dokumentasi surat-menyurat, wawancara sample perawat/dokter, penyebaran informasi ditelaah dan cek dengan pemilik RS -

1.3. a. Ada peraturan/ketentuan tertulis tentang cara pasien masuk diterima, biaya, jam kunjungan, fasilitas yang tersedia, pasien pulang, pasien meninggal ;

b. Ada informasi tertulis kepada masyarakat tentang 1.3.a.;

c. Ada peraturan/Juklak tentang cara-cara memberi identifikasi pasien dan bayi ;

- dokumentasi peraturan, cek di admission unit/office, wawancara perawat (c), wawancara dengan pasien -

DISPERPUSIP JATIM

STANDARD 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN.

Adanya ketetapan dan peraturan perundang-undangan sebagai dasar hukum untuk mencapai misi dan tujuan.

2.1. a. Ada bukti tertulis tentang struktur organisasi RS., uraian tugas dan Petunjuk Pelaksanaan-nya ;

- dokumentasi ketetapan struktur organisasi, uraian tugas, Juklak, cek di satu/dua unit organisasi, wawancara tentang implementasi dari struktur organisasi -

2.2. a. Ada bukti tertulis tentang semua peraturan/ketetapan/kebijaksanaan tertulis yang telah dibuat dan diberlakukan resmi lengkap dengan Juklak-nya ;

b. Ada bukti tertulis tentang proses desiminasi dan pemahaman tentang 2.2.a. ;

- Inventarisasi peraturan/ketetapan/kebijaksanaan, cek proses desiminasinya, dan mengambil sample beberapa peraturan untuk di-cross check dengan staf RS -

2.3. a. Ada bukti tertulis tentang upaya mengelola sumber daya dengan efisien, meliputi unsur Ketetapan/Juklak/Edaran tertulis, unit yang diberi tanggung jawab, pencatatan & pelaporan & evaluasinya dan tindak lanjut yang dilakukan ;

- Dokumentasi ketetapan/juklak/edaran, wawancara dengan unit yang diserahi tugas, identifikasi salah satu/lebih upaya yang dijalankan, diskusi tentang upaya ini -

2.4. a. Ada bukti tertulis tentang kewenangan Direktur melaksanakan semua peraturan yang berkaitan dengan pelayanan medis pasien,misalnya tentang penggunaan informasi yang terdapat dalam Rekam Medis ;

- Dokumentasi tentang peraturan, contoh kasus yang pernah terjadi, diskusi tentang bagaimana menyelesaikan kasus tersebut dalam contoh (asuransi kesehatan) -

DISPERPUSIP JATIM

2.5. a. Ada bukti bahwa di RS dibentuk unit pengendali intern/unit pengawas intern atau unit yang dibentuk khusus atau unit organisasi lainnya yang bertugas melakukan pemantauan, evaluasi dan pelaporannya tentang penggunaan sumber daya manusia dan atau keuangan ;

- Dokumentasi Juklak/edaran yang ada, wawancara dengan unit pengendali intern atau unit sejenis dengan contoh pekerjaan yang secara rutin dilaksanakan -

2.6. a. Ada bukti tertulis semua perjanjian dengan pihak ketiga didukung dengan ikatan kerja sama tertulis;

- Ambil contoh dua atau tiga ikatan kerja sama yang ada,misalnya dibidang makanan, penyediaan obat, pelayanan asuransi kesehatan pegawai negeri atau lainnya -

STANDARD 3. STAF DAN PIMPINAN.

Adanya pelimpahan wewenang secara tertulis dari pemilik rumah sakit kepada pimpinan untuk mengelola RS dengan baik.

3.1. a. Ada bukti tertulis pengangkatan dan penetapan Direktur oleh pemilik RS ;

b. Ada bukti tertulis tentang hubungan kerja antara pemilik dan Direktur RS sesuai struktur organisasi yang ditetapkan ;

- Dokumentasi keputusan penetapan Direktur RS dan uraian tugasnya -

3.2. a. Ada bukti tertulis tentang uraian tugas Direktur RS sesuai struktur organisasi yang ditetapkan, termasuk uraian tanggung jawab dan kewenangannya ;

- Diskusi dengan pemilik dan Direktur RS -

DISPERPUSIP JATIM

3.3. a. Ada bukti tertulis tentang peraturan/keputusan/prosedur oleh pemilik RS berkaitan dengan pengganti yang ditunjuk jika Direktur berhalangan melaksanakan tugas ;

- Dokumentasi peraturan/keputusan/prosedur tertulis dari hal yang tercantum pada 3.1.b. dan 3.2.a. , wawancara dengan pemilik RS -

3.4. a. Kurikulum vitea dari Direktur RS disertai dokumen pendukungnya ;

- Dokumentasi C.V., diskusi dengan Direktur -

3.5. a. Ada bukti tertulis yang menjelaskan tentang perencanaan tenaga, rekrutmen orang, dan evaluasi dari kebutuhan tenaga, terutama tenaga dokter dan perawat ;

- Dokumentasi proses perencanaan, diskusi dengan unit HRD/kepegawaian -

3.6. a. Ada bukti tertulis tentang kebijaksanaan dari pelaksanaan pelayanan medis bagi pasien meliputi , antara lain, Juklak/Prosedur yang harus diikuti, jenis pelayanan, yang diberi tanggung jawab, evaluasi dan pelaporannya ;

b. Ada bukti tertulis bahwa hal pada butir 3.6.a. telah disebar luaskan keseluruh unit organisasi yang terkait ;

- Dokumentasi kebijaksanaan /Juklak/Prosedur, diskusi dengan staf medis dan tenaga perawat -

3.7. a. Ada arsip/file kepegawaian dengan isi sesuai peraturan atau kelaziman ;

b Ada sistem untuk menggunakan file kepegawaian bagi pembinaan karir ;

- Ambil sample file, diskusi dengan HRD/Kepegawaian -

3.8. a. Ada kebijaksanaan/peraturan / prosedur tertulis atau forum resmi membahas penampilan kerja pegawai dengan tujuan untuk pembinaan dan karir pegawai RS ;

- Dokumentasi kebijaksanaan/peraturan/prosedur, wawancara dengan pegawai -

DISPERPUSIP JATIM

3.9. a. Ikuti apa yang dicantumkan pada 1.3.a. ;

b. Ada kebijaksanaan/peraturan/Juklak melaksanakan ketentuan tentang " informed consent " ;

c. Ada fasilitas komunikasi yang dapat digunakan dengan mudah/ praktis oleh pasien atau keluarga pasien ;

d. Ada kebijaksanaan/peraturan tertulis tentang pelayanan bagi pasien tidak mampu ;

- Dokumentasi peraturan/prosedur tentang " informed consent ", pelayanan pasien tidak mampu, sample kasus bedah, wawancara dengan tenaga medis dan perawat di ruangan -

STANDARD 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Pemilik, pimpinan dan manajemen bertanggung jawab mengenai sarana dan peralatan sehingga dapat mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan fungsi dan falsafah.

4.1. a. Ada bukti bahwa manajemen rumah sakit memiliki Master Program/Master Plan/ Blok Plan yang menjelaskan tentang arah pengembangan rumah sakit disertai dengan pendukung sarana dan prasarana-nya (peralatan) ;

b. Ada bukti tertulis bahwa proses perencanaan dan pengadaan sarana dan peralatan melibatkan pemilik, pimpinan dan semua staf rumah sakit yang terkait ;

c. Ada bukti tertulis bahwa rumah sakit mempunyai peraturan/Juklak tentang pemeliharaan dan perbaikan dari sarana dan prasarana rumah sakit ;

- Dokumentasi Master Program/Master Plan/Blok Plan dan proses perencanaannya (forum diskusi, unit yang diserahi koordinator perencanaan, proses pengambilan keputusan), Juklak pemeliharaan dan perbaikan sarana dan prasarana RS, biaya yang disediakan/diproyeksikan -

DISPERPUSIP JATIM

STANDARD 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.

Adanya kebijakan dan prosedur tertulis untuk membina dan meningkatkan kemampuan manajemen rumah sakit termasuk melindungi dan memenuhi kebutuhan pasien.

5.1. a. Ada bukti tertulis tentang pengaturan pelayanan rujukan, terutama rujukan pasien ;

- Dokumentasi kebijakan dan prosedur penerimaan/pengiriman pasien yang perlu dirujuk, termasuk indikasi rujukan, rujukan bersifat transfer of knowledge -

5.2. a. Ada hubungan kerja sama dengan rumah sakit lain, fakultas kedokteran atau lain instansi yang berkaitan dengan pelayanan rumah sakit ;

b. Ada bukti tertulis tentang hubungan kerja sama tersebut disertai Juklak tentang pelaksanaannya, unit organisasi yang diberi tugas mengelola sehari - hari , evaluasi dan pelaporannya ;

- Dokumentasi piagam kerja sama, wawancara dengan unit pengelola -

5.3. a. Ada bukti tertulis tentang peraturan/keputusan pembentukan komite (medis) atau semacamnya disertai Juklak, POA (plan of action), pelaporan hasil kerja komite dan tindak lanjut yang diusulkan oleh komite kepada pimpinan RS ;

- Dokumentasi peraturan/keputusan/juklak/POA, wawancara dengan ketua komite, diskusi tentang tindak lanjut rekomendasi dari komite -

5.4. a. Ada bukti tertulis tentang sidang - sidang komite seperti disebut pada 5.3. diatas ;

- Dokumentasi notulen sidang - sidang komite dan laporan dari komite -

5.5. a. Ada bukti tertulis usul yang disampaikan oleh komite medis tentang hirarki dari staf medis menangani pasien, cara rekrutmen staf medis, pengaturan tentang hak dan kewajibannya, cara untuk memantau pelaksanaan dari prosedur ini ;

- Dokumentasi rekomendasi dari komite medis, wawancara dengan komite medis dan

DISPERPUSIP JATIM

salah atau lebih tenaga medis yang bekerja tetap di rumah sakit -

5.6. a. Ada bukti tertulis tentang adanya rapat/pertemuan formal antara komite medis dan pimpinan RS dan tidak lanjutnya dari rapat/pertemuan tersebut ;

- Dokumentasi notulen rapat/pertemuan, rekomendasi yang dibuat komite medis dan tindak lanjut dari rekomendasi tersebut -

5.7. a. Ada bukti tertulis adanya unit organisasi keuangan yang diberi tugas, tanggung jawab mengelola keuangan rumah sakit sesuai dengan struktur organisasi yang ada disertai uraian tugas dan prosedur pelaksanaannya ;

b. Ada bukti tertulis tentang sistem akuntansi rumah sakit yang diberlakukan untuk mengelola keuangan rumah sakit ;

- Dokumentasi peraturan/prosedur keuangan dan akuntansi, wawancara dengan unit organisasi keuangan -

5.8. a. Ada bukti tertulis adanya unit organisasi/panitia atau semacamnya yang ditugaskan memantau dan menyelesaikan masalah etik, disertai uraian tugasnya ;

- Dokumentasi pertemuan untuk menyelesaikan masalah etik, notulen pertemuan dan laporan yang dibuat oleh unit organisasi/panitia/komite serta tindak lanjutnya -

5.9. a. Gunakan ketentuan pada 3.1.a. terdahulu ;

b. Ada peraturan/prosedur tentang pengaturan rekam medik pasien untuk menunjang sistem identifikasi pasien, misalnya pengaturan tentang nomor indeks pasien ;

- Dokumentasi peraturan/prosedur rekam medik, Juklak di ruangan rawat inap -

5.10. a. Ada disediakan ruangan khusus untuk merawat pasien bayi dan anak - anak ;

DISPERPUSIP JATIM

b. Ada bukti tertulis tentang peraturan/prosedur bagi orang tua dari bayi/anak - anak yang dirawat di rumah sakit yang diijinkan ikut menjaga dan merawat bayi/ anak - anaknya ;

c. Ada bukti tertulis tentang peraturan/prosedur bagi bayi/anak - anak tanpa orang tua/keluarga dekat yang bertanggung jawab atau bayi/anak - anak yang telah berada dirawat di rumah sakit kemudian tidak diambil oleh orang tua/keluarga dekat yang bertanggung jawab atas bayi/anak - anak tersebut ;

d. Ada bukti tertulis tentang " informed consent " bagi pasien bayi/anak - anak ;

- Dokumentasi semua peraturan/prosedur bagi pasien bayi/anak - anak, contoh Formulir Informed Consent, cek dengan orang tua pasien, wawancara dengan keluarga pasien dan perawat -

5.11. a. Ada bukti tertulis tentang kebijakan/peraturan/prosedur yang mengatur tentang indikasi untuk mengisolasi pasien, tempat isolasi, pencatatan dan pelaporannya ;

- Dokumentasi kebijakan/peraturan tertulis, observasi lokasi dan wawancara -

5.12. a. Ada bukti bahwa pelayanan rohani disediakan dan dimanfaatkan oleh pasien dan diatur dengan kebijakan/prosedur tertulis oleh pimpinan RS ;

- Dokumentasi kebijakan/prosedur tertulis, wawancara dengan pasien -

STANDARD 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Pimpinan bertanggung jawab mengenai pendidikan berkelanjutan, orientasi dan program pelatihan staf untruk menjaga kemampuan dan meningkatkan pelayanan.

6.1. a. Ada bukti tertulis tentang kegiatan atau program yang merencanakan dan melaksanakan kegiatan orientasi yang berkaitan dengan tugas dan fungsi dari pegawai rumah sakit , baik pegawai baru maupun lama, untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan menjalankan tugas dibidangnya masing - masing ;

DISPERPUSIP JATIM

- Dokumentasi kegiatan/program orientasi dan pelaporannya -

6.2 a. Ada bukti tertulis tentang kegiatan atau program yang merencanakan dan melaksanakan kegiatan orientasi yang berkaitan dengan pemahaman tentang Falsafah dan Tujuan rumah sakit, tugas dan fungsi pegawai sesuai struktur organisasi, cara - cara melakukan penilaian kinerja pegaeai dan evaluasi terhadap pelaksanaan pelayanan di rumah sakit ;

- Dokumentasi rencana kerja, jadwal , isi program orientasi dan pelaporannya -

6.3. a. Ada bukti tertulis pimpinan menghadiri pertemuan, pelatihan/pendidikan dalam Manajemen Rumah Sakit ;

- Dokumentasi surat tugas, notulen pertemuan, sertifikat/keterangan mengikuti pelatihan, dan jadwalnya -

6.4. a. Ada bukti tertulis tentang kebijakan pimpinan/pemilik rumah sakit yang mengatur tentang kesempatan bagi staf rumah sakit mengikuti pendidikan/pelatihan bersifat berkelanjutan secara teratur dan terprogram;

- Dokumentasi kebijakan tertulis, wawancara dengan staf secara acak -

6.5. a. Ada bukti tertulis bahwa kesempatan seperti pada 6.4.a. diinformasikan secara luas kepada pegawai rumah sakit, dilakukan pencatatan dan dilakukan follow-up dalam bentuk ikatan/perjanjian tertulis bagi mereka yang telah menikmati program pelatihan ini ;

- Dokumentasi program pelatihan, diseminasi informasi dan dokumen perjanjian -

DISPERPUSIP JATIM

STANDARD 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU.

Pimpinan menyusun dan menetapkan program pengendalian mutu yang efektif dalam rumah sakit.

7.1. a. Ada bukti tertulis tentang program pengendalian mutu pelayanan, disertai unit organisasi/panitia/komite/leompok kerja yang bertanggung jawab melaksanakan dan lingkup kegiatannya , evaluasi pelaksanaan program dan laporannya ;

- Dokumentasi program dan identifikasi unit kerja yang melaksanakan -

7.2. a. Ada bukti tertulis pelaksanaan, pemantauan dan evaluasi dari quality assurance program untuk memperbaiki dan meningkatkan efektifitas pelayanan kepada pasien disertai rekomendasi / tindak lanjutnya ;

- Dokumen tentang quality assurance program, hasil dan rekomendasinya -

7.3. a. Ada bukti tertulis tentang alokasi dumber daya (dana, tenaga, organisasi) untuk mendukung pelaksanaan berbagai ragam kegiatan dalam rangka pelaksanaan program pengendalian mutu ;

- Dokumentasi dan identifikasi berbagai kegiatan di rumah sakit yang dapat terkait dengan program pengendalian mutu, identifikasi organisasi pelaksananya, dana yang tersedia dan tenaga yang melaksanakannya -

7.4. a. Ada bukti tertulis tentang bentuk pelaporan, diseminasi laporan dan evaluasi dari program pengendalian mutu, disertai dengan data statistik ;

- Dokumentasi /publikasi dan diseminasi hasil program pengendalian mutu -

DISPERPUSIP JATIM

7.5. a. Ada bukti tertulis tentang sistem atau kegiatan yang dapat digunakan untuk memantau dan menindaklanjuti perihal persepsi, sikap dan harapan masyarakat terhadap pelayanan yang tersedia dan diterima di rumah sakit ;

- Dokumentasi dan identifikasi tentang sistem atau kegiatan memperoleh feedback dari masyarakat dan tindak lanjutnya -

7.6. a. Ada bukti tertulis tentang laporan pelaksanaan program pengendalian mutu di rumah sakit, identifikasi jelas pengelola laporan/publikasi, dan tanggung jawab untuk menyebarkan informasi tentang hasil program ;

- Dokumentasi laporan, identifikasi pengelola laporan dan diseminasi informasi, disertai bentuk rekomendasinya -

---

assess.wpd. 8 Agustus 1996.

DISPERPUSIP JATIM

DISPERPUSIP JATIM

PEDOMAN PENILAIAN
INSTRUMEN "SELF-ASSESSMENT"

1. ADMINISTRASI DAN MANAJEMEN

STANDAR 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Pimpinan bertanggung jawab bahwa hak pasien dilindungi dan kebutuhannya dipenuhi.

K1.1. Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peranan rumah sakit dengan memperhatikan fungsi sosial rumah sakit dan kondisi setempat serta menjunjung tinggi kode etik, sehingga kepentingan masyarakat akan pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan sebaik-baiknya.

SKOR :

0 = Tidak ada ketentuan tertulis
1 = Ada ketentuan tertulis tentang misi dan tujuan
2 = Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peran rumah sakit.
3 = Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peran rumah sakit dengan memperhatikan fungsi sosial.
4 = Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peran rumah sakit dengan memperhatikan fungsi sosial dan menjunjung kode etik.
5 = Ada ketentuan tertulis tentang misi, tujuan dan peran rumah sakit dengan memperhatikan fungsi sosial, menjunjung kode etik dan melibatkan masyarakat.

DO : - Peran rumah sakit adalah fungsi rumah sakit.
- Melibatkan masyarakat adalah memenuhi kepentingan masyarakat akan pelayanan kesehatan (customer orientation/mutu).

CP : D : ketentuan tertulis
O : -
W : -

DISPERPUSIP JATIM

K1.2 Dalam menyusun ketentuan tertulis pada Kriteria 1.1, pimpinan harus melibatkan staf medis, perawat dan unit terkait lainnya serta pemilik rumah sakit.

SKOR:

0 = Tidak ada misi dan tujuan.
1 = Ada misi dan tujuan tak tertulis.
2 = Misi dan tujuan tertulis disusun sendiri oleh Direktur rumah sakit.
3 = Misi dan tujuan tertulis disusun oleh Pemilik dan Direktur rumah sakit.
4 = Penyusunan melibatkan staf medis, perawat, pegawai unit lain yang terkait dan pemilik rumah sakit.
5 = Penyusunan melibatkan staf medis, perawat, pegawai unit lain yang terkait dan pemilik rumah sakit, dan diinformasikan ke semua bagian.

DO : Cukup jelas
CP : D : Ketentuan tertulis
O : -
W : Pemilik RS, Direktur, staf medis dan perawat.

K1.3 Adanya kebijaksanaan tertulis tentang sistem yang mengatur hak, kewajiban dan identifikasi pasien termasuk bayi.

SKOR :

0 = Tidak ada kebijaksanaan.
1 = Ada kebijaksanaan tidak tertulis.
2 = Kebijaksanan tertulis yang mengatur hak dan kewajiban pasien.
3 = Kebijaksanaan tertulis yang mengatur hak, kewajiban dan identifikasi pasien.
4 = Kebijaksanaan tertulis yang mengatur hak, kewajiban, identifikasi pasien dan untuk bayi identifikasi harus jelas.
5 = Kebijaksanaan tertulis yang mengatur hak, kewajiban, identifikasi pasien dan untuk bayi identifikasi harus jelas serta diletakkan di tempat yang mudah dibaca.

DO : Sistem ini terdiri berbagai prosedur dan formulir pendaftaran pasien termasuk bayi, peraturan tata tertib pelayanan

DISPERPUSIP JATIM

perawatan dan pemeriksaan pasien, daftar tarif dan prosedur pembayaran.

CP : - D : Kebijaksanan tertulis : SK, Juklak, Edaran, Formulir dsb.
- O : -
- W : Staf Medis, perawat dan pasien.

STANDAR 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN

Adanya ketetapan dan peraturan perundang-undangan sebagai dasar hukum untuk mencapai misi dan tujuan.

K2.1 Ada struktur organisasi, uraian tugas dan fungsi unit-unit pelayanan, serta hubungan antar unit yang jelas secara tertulis sesuai dengan peraturan yang berlaku.

SKOR :
0 = Tak ada struktur organisasi.
1 = Ada struktur organisasi ditetapkan pimpinan RS; tidak lengkap.
2 = Ada struktur organisasi ditetapkan pemilik RS; tidak lengkap.
3 = -
4 = Ada struktur organisasi ditetapkan pemilik RS; lengkap.
5 = Ada struktur organisasi; yang ditetapkan pemilik dan pimpinan, lengkap.

DO : Diartikan dengan lengkap meliputi fungsi, tugas kewajiban tanggungjawab, hubungan antara unit secara lengkap.

CP : D : SK.
O : -
W : -

K2.2 Semua peraturan, ketetapan, dan kebijaksanaan sudah diketahui dan dilaksanakan oleh semua unsur yang terkait di rumah sakit.

SKOR :
0 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, tidak lengkap, belum diketahui dan dipahami oleh semua unsur.

DISPERPUSP JATIM

1 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, tidak lengkap, diketahui sebagian kecil unsur.

2 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, tidak lengkap, diketahui oleh sebagian besar unsur.

3 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, lengkap, diketahui oleh sebagian besar unsur.

4 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, lengkap; diketahui oleh sebagian besar unsur, disertai kegiatan khusus untuk menyebarluaskannya agar diketahui oleh semua unsur di rumah sakit.

5 = Ada kebijakan/peraturan/ketetapan tertulis, lengkap; diketahui oleh sebagian besar unsur, disertai kegiatan khusus untuk menyebarluaskan agar diketahui oleh semua unsur di rumah sakit, disertai dengan petunjuk pelaksanaannya.

DO : Yang dimaksud dengan unsur adalah mereka yang terkait dengan jabatan struktur peraturan dan kebijaksanaan yang meliputi kegiatan operasional rumah sakit, administrasi manual, dsb.

CP : D : Peralatan/ketetapan/kebijaksanaan tertulis.
O : -
W : Pelaksana.

K2.3 Pimpinan bertanggung jawab dalam pengelolaan sumber daya secara efisien.

SKOR :

0 = Tidak ada pengelolaan sumber daya.

1 = Ada pengelolaan sumber daya pada beberapa unit.

2 = Ada pengelolaan sumber daya dan ada yang bertanggung jawab dalam pengelolaan sumberdaya.

3 = Ada pengelolaan sumber daya dan pimpinan bertanggung jawab dalam pengelolaan sumberdaya.

4 = Ada pengelolaan sumber daya dan pimpinan bertanggung jawab dalam pengelolaan sumberdaya secara efisien.

5 = Ada pengelolaan sumber daya dan pimpinan bersama semua jajaran dibawahnya yang mengelola sumberdaya secara efisien.

DISPERPUSIP JATIM

DO : - Yang dimaksud dengan ada pengelolaan sumber daya adalah adanya ketetapan/petunjuk pelaksanaan diantaranya tentang master program, inventarisasi kekayaan rumah sakit, pengawasan intern, upaya pengendalian efisiensi sumber daya.
- Yang dimaksud upaya pengelolaan sumberdaya secara efisien misalnya dilihat dari ratio tenaga, cost recovery, grafik Barber Johnson, ratio keuangan.

CP : D : Ketetapan/petunjuk pelaksanaan.
O : -
W : Pihak terkait.

K2.4 Ada kesesuaian dengan hukum, peraturan dan kerahasiaan seperti berikut :

a. Pimpinan bertanggung jawab atas segala sesuatu yang menyangkut pelayanan rumah sakit dan tidak bertentangan dengan hukum serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
b. Pimpinan dan staf medis menjaga kerahasiaan semua informasi mengenai pasien.

SKOR :

0 = Tidak ada peraturan yang mudah dilihat.
1 = Ada peraturan perundangan terbatas.
2 = Sama dengan skor 1 dan ada peraturan tentang kerahasiaan informasi pasien.
3 = Sama dengan skor 2 dan pimpinan bertanggung jawab atas pelaksanaan peraturan dan kerahasiaan informasi tentang pasien tersebut.
4 = Sama dengan skor 3 dan peraturan diinformasikan kepada semua staf yang terkait.
5 = Sama dengan skor 4 dan ada tindakan bila membocorkan rahasia/informasi pasien.

DO : Cukup jelas
CP : D : Peraturan-peraturan Rumah Sakit.

DISPERPUSIP JATIM

O : -
W : Pimpinan dan staf medis.

K2.5 Adanya pengendalian intern terhadap sarana fisik, keuangan dan sumber daya manusia.

SKOR :
0 = Tidak ada pengendalian intern.
1 = Ada tenaga pengendalian intern tapi belum berfungsi.
2 = Ada tenaga pengendalian intern dan sudah berfungsi hanya untuk sumber daya manusia.
3 = Ada tenaga pengendalian intern dan sudah berfungsi hanya untuk sumber daya keuangan.
4 = Ada tenaga pengendalian intern dan sudah berfungsi untuk sumber daya manusia serta sumber daya keuangan.
5 = Ada tenaga pengendalian intern dan sudah berfungsi secara baik untuk sumber daya manusia serta sumber daya keuangan dan melaporkan hasil pengendaliannya.

DO : Cukup jelas.
CP : D : SK, rencana dan jadwal kegiatan, laporan pengendalian intern.
O : -
W : tenaga terkait.

K2.6 Pemasokan.
Ada perjanjian tertulis mengenai pelayanan dari pihak luar rumah sakit yang meliputi :
a. Pelayanan sesuai dengan fungsi rumah sakit.
b. Dokumentasi pemasokan, yang meliputi :
1. Hak dan tanggung jawab.
2. Pelayanan oleh yang benar-benar ahli.
3. Pengaturan penyerahan barang.
4. Pengaturan lembur dan kedaruratan.
5. Peranan dalam komite.
6. Pengendalian mutu pelayanan termasuk di dalam rumah sakit.
7. Mekanisme bila timbul masalah dalam pelayanan .

DISPERPUSIP JATIM

8. Ketepatan, fasilitas dan sarana pelayanan rumah sakit dan pemasokan.

SKOR :

0 = Ada pemasok , tidak ada kerja sama.
1 = Ada pemasok, ada kerja sama tidak tertulis.
2 = Ada pemasok, ada kerja sama tertulis, tidak lengkap.
3 = Ada pemasok, ada kerja sama tertulis, lengkap, belum diketahui oleh semua unsur yang terkait.
4 = Ada pemasok, ada kerja sama tertulis, lengkap, diketahui oleh semua unsur yang terkait.
5 = Ada pemasok, ada kerja sama tertulis, lengkap, diketahui oleh semua unsur yang terkait, ada evaluasi tertulis secara berkala.

DO : Pelayanan pemasokan dapat diberikan untuk : klinik (farmasi, diet) : diagnostik (radiologi, patologi) ; pelayanan (makanan, penatu, peralatan).

CP : D : Dokumen perjanjian.
O : -
W : petugas terkait dan pemasok.

STANDAR 3. STAF DAN PIMPINAN.

Adanya pelimpahan wewenang secara tertulis dari pemilik rumah sakit kepada pimpinan untuk mengelola RS dengan baik, meliputi :

K3.1. Hubungan kerja antara pemilik dan pimpinan rumah sakit.

SKOR :

0 = Tidak ada pengaturan hubungan kerja.
1 = Ada pengaturan hubungan kerja tak tertulis antara pemilik dan pimpinan.
2 = Ada pengaturan tertulis tidak rinci.
3 = Ada pengaturan tertulis dan rinci.
4 = Ada pengaturan tertulis, rinci, ditanda tangani oleh satu pihak.

DISPERPUSIP JATIM

5 = Ada pengaturan tertulis, rinci, ditanda tangani oleh dua pihak.

DO : cukup jelas
CP : D : Pengaturan hubungan kerja tertulis.
O : -
W : -

K3.2. Kewenangan dan tanggung jawab pimpinan.

SKOR :
O = Tidak ada kewenangan yang diperoleh Direktur dari pemilik rumah sakit.
1 = Ada kewenangan sebagian, tidak tertulis.
2 = Ada kewenangan sebagian dan tertulis.
3 = Ada kewenangan luas dan tertulis.
4 = Ada kewenangan luas dan tertulis, ditanda tangani oleh satu pihak saja.
5 = Ada kewenangan luas dan tertulis, ditanda tangani oleh kedua pihak.

DO : cukup jelas
CP : D : pengaturan wewenang dan tanggung jawab pimpinan yang tertulis.
O : -
W : pimpinan rumah sakit.

K3.3 Pengaturan bila pimpinan berhalangan melaksanakan tugas.

SKOR :
0 = Tidak ada pengaturan.
1 = Ada pengaturan tertulis dari Direktur rumah sakit.
2 = Ada pengaturan dari Pemilik rumah sakit.
3 = Ada pengaturan tertulis dari Direktur dan Pemilik rumah sakit.
4 = Ada pengaturan tertulis dari Direktur dan Pemilik dan ditandatangani kedua belah pihak.

DISPERPUSIP JATIM

5 = Ada pengaturan tertulis dari Direktur dan Pemilik dan ditandatangani kedua belah serta diinformasikan ke pimpinan lain.

DO : Cukup jelas
CP : D : Bukti tertulis pengaturan bila pimpinan berhalangan melaksanakan tugas.
O : -
W : -

K3.4. Pimpinan mempunyai latar belakang pendidikan dan pengalaman yang cukup dalam manajemen rumah sakit.

SKOR :
0 = Direktur RS bukan dokter.
1 = Direktur RS dokter yang belum mempunyai pengalaman dalam manajemen RS.
2 = Direktur RS dokter yang mempunyai pengalaman dalam manajemen RS minimal 3 tahun.
3 = Direktur RS dokter yang belum mempunyai pengalaman dalam manajemen RS tetapi telah pernah mengikuti kursus manajemen RS.
4 = Direktur RS dokter yang mempunyai pengalaman dalam manajemen RS minimal 3 tahun ditambah pernah mengikuti kursus manajemen RS.
5 = Direktur RS dokter yang mempunyai pengalaman dalam manajen RS minimal 5 tahun ditambah pernah mengikuti kursus manajemen RS atau dokter dengan pendidikan master dalam manajemen RS.

DO : Cukup jelas
CP : D : Curiculum vitae Direktur
O : -
W : Direktur RS

K3.5 Pimpinan berperan dalam perencanaan kebutuhan tenaga yang cukup dan mampu untuk memberikan pelayanan sesuai kebutuhan pasien.

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada perencanaan kebutuhan tenaga.
1 = Ada perencanaan tenaga oleh masing-masing unit.
2 = Ada perencanaan kebutuhan tenaga dalam jumlah.
3 = Ada perencanaan kebutuhan tenaga dalam jumlah dan kemampuan.
4 = Ada perencanaan kebutuhan tenaga dalam jumlah dan kemampuan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.
5 = Pimpinan berperan aktif dalam perencanaan kebutuhan tenaga dalam jumlah dan kemampuan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

DO : Cukup jelas.
Cp : D : bukti tertulis perencanaan tenaga.
O : -
W : Bagian kepegawaian.

K3.6 Ada kebijakan pelayanan medis yang dibuat secara tertulis dan diinformasikan kepada semua staf yang ditinjau dan disempurnakan setiap tahun.

SKOR :

0 = Tidak ada kebijakan untuk pelayanan medis.
1 = Ada kebijakan untuk pelayanan medis, tidak tertulis.
2 = Ada kebijakan untuk pelayanan medis, tertulis, dibuat oleh Direktur.
3 = Ada kebijakan untuk pelayanan medis, tertulis, dibuat oleh Direktur, diinformasikan pada dokter.
4 = Ada kebijakan untuk pelayanan medis, tertulis, dibuat oleh Direktur, diinformasikan pada dokter dan semua yang terkait.
5 = Ada kebijakan untuk pelayanan medis, tertulis, dibuat oleh Direktur, diinformasikan pada dokter dan semua yang terkait dan disempurnakan setiap tahun.

DO : Kebijakan pelayanan medis meliputi kegiatan operasional tenaga medis dan paramedis pada seluruh unit-unit

DISPERINDUSIP JATIM

pelayanan medis, standar obat dan terapi, penggunaan obat generik, nosokomial, standar pelayanan medik.

CP : D : SK, Juklak, Edaran.
O :
W : Petugas terkait.

K3.7 Pimpinan mempunyai catatan kepegawaian yang lengkap dan tetap dijaga kerahasiaannya ..(Dokumen itu meliputi : catatan sakit dan izin, keterangan lain, hasil penilaian, kualifikasi, registrasi dan penempatan).

SKOR :
0 = Tidak ada unit mengelola kepegawaian.
1 = Ada unit yang mengelola; catatan tidak lengkap.
2 = Ada unit yang mengelola;catatan lengkap; sistem absensi dan feedbeck belum berfungsi baik.
3 = Ada unit yang mengelola; catatan lengkap; sistem absensi baik, feedback belum berfungsi baik.
4 = Ada unit yang mengelola; catatan lengkap; sistem absensi sangat baik, feedbeck berfungsi baik.
5 = Ada unit yang mengelola; catatan lengkap; sistem absensi sangat baik, feedbeck berfungsi baik; disertai dengan tindak lanjut.

DO : - Catatan : Sistem administrasi yang meliputi sistem-sistem dalam menajemen SDM yaitu sistem seleksi, penilaian, imbalan jasa, dan pengembangan/tindak lanjut (reward, punishement).
- Feedback adalah hasil penilaian yang diinformasikan pada karyawan yang bersangkutan.

CP : D : Dokumen terkait di unit/Bagian Personalia.
O : -
W : Petugas terkait.

K3.8 Ada sistem penilaian penampilan yang digunakan untuk pembinaan dan peningkatan karir. Penilaian dapat dilakukan oleh konsulen/supervisor/atasan, diri sendiri dan teman sekerja.

DISPERPUSPDAM

SKOR :

0 = Tidak ada sistem penilaian penampilan kerja pegawai.

1 = Ada sistem penilaian penampilan akan tetapi tidak dijalankan.

2 = Ada sistem penilaian penampilan, dijalankan, tidak teratur/ sewaktu-waktu.

3 = Ada sitem penilaian penampilan, dijalankan secara teratur.

4 = Ada sistem penilaian penampilan, dijalankan secara teratur dan dipergunakan untuk pembinaan dan peningkatan karir.

5 = Ada sistem penilaian penampilan dijalankan, secara teratur dan dipergunakan untuk pembinaan dan peningkatan karir serta diberikan kesempatan untuk membela diri.

DO : Cukup jelas

CP : D : Form penilaian, jadwal penilaian, persyaratan peningkatan karier, DP3

O : -

W : bagian kepegawaian dan Direktur RS.

K3.9 Ada kebijakan dan prosedur tertulis mengenai hak pasien sebagai berikut :

a. Harga diri pasien dihormati.

b. Keleluasaan pribadi dilindungi pada saat pengobatan.

c. Kebutuhan fisik dan mental dipenuhi, seperti : anak-anak, orang tua, pasien sakit berat, dan sebagainya.

d. Pasien diberi informasi mengenai penyakit dan rencana pengobatannya, atau tindakan.

e. Ada persetujuan mengenai :
Anestesi, pembedahan, tindakan, pengobatan, tindakan yang berbahaya, penelitian, fotografi, dan lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

f. Pasien mempunyai hak untuk mengetahui bahwa tindakan pengamanan telah dilaksanakan dengan baik sehingga dapat mencegah hal-hal yang tidak diinginkan yang dapat merugikan dirinya.

g. Pasien berhak berkomunikasi dengan orang di luar rumah sakit.

h. Perhatian khusus diberikan kepada pasien yang tak mempunyai penyantun atau keluarga yang menanggung beban biaya .

DISPERINDAG JATIM

i. Kerahasiaan pasien dijaga.
j. Kerahasiaan dari status tetap dijaga.

SKOR :
0 = Tidak ada kebijakan tentang hak pasien.
1 = Ada kebijakan tentang hak tetapi tidak tertulis.
2 = Ada kebijakan tertulis untuk sebagian hak (<1/2).
3 = Ada kebijakan tertulis untuk sebagian besar hak (>1/2)
4 = Ada kebijakan tertulis untuk semua hak.
5 = Ada kebijakan tertulis untuk semua hak dan diinformasikan kepada yang terkait (pasien).

DO : Cukup jelas
CP : D : Kebijakan tertulis.
O : -
W : Staf medis, perawat dan pasien.

STANDAR 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Pemilik, pimpinan, dan manajemen bertanggung jawab mengenai sarana dan peralatan sehingga dapat mencapai tujuan rumah sakit sesuai dengan fungsi dan falsafah.

K4.1. Agar setiap pegawai dapat melaksanakan tugas dengan baik perlu ada perencanaan tertulis yang meliputi :
- Kebutuhan sarana dan peralatan.
- Pemeliharaan sarana dan peralatan.
- Peningkatan dan penggantian sarana dan peralatan.

SKOR :
0 = Tidak ada perencanaan tertulis.
1 = Ada perencanaan tertulis untuk sebagian kebutuhan.
2 = Ada perencanaan tertulis untuk sebagian besar kebutuhan.
3 = Ada perencanaan tertulis untuk semua kebutuhan.
4 = Ada perencanaan tertulis untuk semua kebutuhan dan disusun oleh yang terkait.
5 = Ada perencanaan tertulis untuk semua kebutuhan dan kebijakan diinformasikan serta disempurnakan setiap tahun.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Perencanaan tertulis bisa berupa master plan untuk rencana pembangunan/pengembangan fisik gedung dan block plan untuk rencana tata letak dan pengembangannya, serta rencana sarana dan peralatan.

CP : D : Master plan, block plan, protap/rencana tertulis untuk pemeliharaan dan penggantian sarana dan peralatan.
O : -
W : Direktur

STANDAR 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR

Adanya kebijakan dan prosedur tertulis untuk mebina dan meningkatkan kemampuan manajemen rumah sakit termasuk melindungi dan memenuhi kebutuhan pasien.

K5.1. Ada peraturan tentang penyelenggaraan upaya rujukan dan rumah sakit.

SKOR :
0 = Tidak ada peraturan rujukan.
1 = Ada peraturan rujukan, tidak tertulis.
2 = Ada peraturan rujukan, tertulis, tidak dilaksanakan.
3 = Ada peraturan rujukan, tertulis, dilaksanakan sebagian.
4 = Ada peraturan rujukan, terulis, dilaksanakan dengan baik.
5 = Ada peraturan rujukan, tertulis, dilaksanakan dengan baik dan dibuat evaluasi serta diinformasikan ke bagian lain.

DO : Cukup jelas
CP : D : Juklak
O : -
W : -

K5.2 Adanya ketentuan tertulis yang mengatur tentang hubungan kerja sama antar rumah sakit dengan rumah sakit lain, fakultas atau instansi terkait.

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada kerja sama.
1 = Ada kerja sama tertulis, tidak ada pejabat yang mengelola.
2 = Ada kerja sama tertulis, ada pejabat yang mengelola.
3 = Ada kerja sama tertulis, ada unit yang mengelola.
4 = Ada kerja sama tertulis, ada unit yang mengelola, ada juklak tertulis.
5 = Ada kerja sama tertulis, ada unit yang mengelola, ada juklak tertulis dan ada hasil tertulis evaluasi kerja sama.

DO : Kerja sama yang dimaksud adalah yang berkaitan dengan penggunaan fasilitas rumah sakit sebagai lahan pendidikan atau pelayanan, termasuk untuk riset.

CP : D : SK/piagam kerja sama/perjanjian kerja sama tertulis, juklak pelaksanaan kerja sama, laporan pelaksanaan.
O : -
W : Direktur RS, Kepala Diklat.

K5.3 Pimpinan membentuk komite yang ditetapkan dengan SK yang mengatur tugas dan kewajiban komite.

SKOR :

0 = Tidak ada komite di RS.
1 = Ada komite di RS yang ditunjuk pimpinan.
2 = Ada komite di RS yang ditetapkan dengan SK oleh pimpinan.
3 = Ada komite di RS yang ditetapkan dengan SK oleh pimpinan dan ada pengaturan tertulis tentang tugas dan kewajiban komite.
4 = Ada komite di RS yang ditetapkan dengan SK oleh pimpinan, ada pengaturan tertulis tentang tugas dan kewajiban komite, ada POA dari komite.
5 = Ada komite di RS yang ditetapkan dengan SK oleh pimpinan, ada pengaturan tertulis tentang tugas dan kewajiban komite, ada POA dari komite, ada evaluasi dan informasi hasil kerja komite.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Contoh komite : Komite Medik, Komite Nosokomial, dll.

CP : D : SK komite, uraian tugas komite, POA komite, laporan kegiatan.
O : -
W : Ketua dan anggota komite.

K5.4. Komite harus menyelenggarakan rapat secara teratur minimal setiap 3 bulan sehingga memungkinkan komunikasi yang efektif antara anggota. Notulen rapat didokumentasikan dan dilaporkan kepada pimpinan.

SKOR :
0 = Tidak ada rapat komite.
1 = Ada rapat komite tidak didokumentasikan.
2 = Ada rapat komite dan didokumentasikan.
3 = Ada rapat komite teratur 3 bulan sekali dan didokumentasikan.
4 = Ada rapat komite teratur 3 bulan sekali, didokumentasikan dan notulen rapat dibuat tiap pertemuan.
5 = Ada rapat komite teratur 3 bulan sekali, didokumentasikan dan notulen rapat dibuat tiap pertemuan, dianalisa dan dilaporkan ke pimpinan.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Agenda rapat, notulen rapat, absensi rapat, laporan rapat.
O : -
W : Ketua komite dan SMF.

K5.5 Pimpinan menetapkan prosedur staf medis serta hak dan kewajibannya.

SKOR :
0 = Tidak ada peraturan untuk staf medis.
1 = Ada peraturan tentang prosedur staf medis, tetapi tidak tertulis.
2 = Ada peraturan hak dan kewajiban staf medis, tetapi tidak tertulis.

DISPERPUSIP JATIM

3 = Ada peraturan tertulis tentang prosedur staf medis atau hak dan kewajiban staf medis.
4 = Ada peraturan tertulis tentang prosedur staf medis, dan hak dan kewajiban staf medis.
5 = Ada peraturan tertulis tentang prosedur staf medis, dan hak dan kewajiban staf medis, ada monitoring dan evaluasi untuk pelaksanaannya.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Prosedur tertulis.
O : Kegiatan komite medis.
W : Ketua komite dan SMF.

K5.6 Komunikasi formal dan informal perlu dilakukan antara pimpinan dan staf medik untuk kelancaran pelaksanaan tugas.

SKOR :
0 = Tidak ada komunikasi antara pimpinan dan staf medis.
1 = Ada komunikasi informal antara pimpinan dan staf medis.
2 = Ada komunikasi formal antara pimpinan dan staf medis.
3 = Ada komunikasi informal dan formal antara pimpinan dan staf medis.
4 = Ada komunikasi informal dan formal antara pimpinan dan staf medis secara teratur.
5 = Ada komunikasi informal dan formal antara pimpinan dan staf medis dengan teratur dan ada rencana tindak lanjut.

DO : Informal : tidak direncanakan, tidak terjadwal, tak ada undangan, lisan saja.
CP : D : SK, laporan, notulen.
O : -
W : Pimpinan & staf medis.

K5.7. Pimpinan bertanggung jawab dalam pengelolaan keuangan secara efisien dengan membuat ketentuan tertulis mengenai kebijakan dan prosedur akuntansi, audit keuangan, serta pengendalian logistik, sehingga pelaksanaan audit dapat dilaksanakan dengan baik.

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada kebijakan dan prosedur akuntansi.
1 = Ada kebijakan dan prosedur akuntansi tidak tertulis.
2 = Ada kebijakan dan prosedur akuntansi tertulis.
3 = Ada kebijakan dan prosedur akuntansi tertulis dan pimpinan bertanggung jawab tentang kebijakan tersebut.
4 = Ada kebijakan dan prosedur akuntansi tertulis dan pimpinan bertanggung jawab tentang kebijakan tersebut serta telah dilaksanakan.
5 = Ada kebijakan dan prosedur akuntansi tertulis dan pimpinan bertanggung jawab tentang kebijakan tersebut serta telah dilaksanakan, ada evaluasi dan tindak lanjut.

DO = Cukup jelas.
CP = D : Bukti tertulis kebijakan dan prosedur, laporan pelaksanaan.
O : Kegiatan akuntansi.
W : Bagian keuangan.

K5.8. Ada mekanisme penyelesaian masalah etik.

SKOR :

0 = Tidak ada ketentuan dan prosedur tertulis.
1 = Ada ketentuan, prosedur tertulis tidak ada.
2 = Ada ketentuan, ada prosedur tertulis.
3 = Ada ketentuan, ada prosedur tertulis ; ada komite/pejabat yang mengelola.
4 = Ada ketentuan, ada prosedur tertulis, luas; ada komite/ yang mengelola; ada pertemuan berkala.
5 = Ada ketentuan, ada prosedur tertulis, luas; ada komite/ yang mengelola, ada evaluasi dan rekomendasi.

DO = Cukup jelas
CP : D : SK, laporan.
O : -
W : Komite medis, SMF.

DISPERINDAG JATIM

K5.9. Ada sistem yang mengatur cara mengidentifikasikan pasien termasuk bayi yang meliputi :

a. Peraturan untuk mencegah kesalahan tindakan, misalnya pasien tertukar, salah operasi, dan sebagainya.
b. Identifikasi pasien yang sesuai dengan peraturan yang berlaku.
c. Identifikasi meliputi keterangan yang dapat membedakan pasien dengan nama yang sama.
d. Sistem yang membedakan tempat tidur pasien, barang-barang milik pasien, dan rekam medis/dokumen yang berkenaan dengan perawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada ketentuan/prosedur tertulis.
1 = Ada ketentuan tertulis, prosedur tidak ada.
2 = Ketentuan tertulis, prosedur tidak tertulis.
3 = Ketentuan/prosedur ada, tertulis.
4 = Lengkap tertulis disertai juklak.
5 = Lengkap tertulis, disertai juklak dan ada evaluasi dan rekomendasi.

DO : Lengkap artinya meliputi kriteria K5.9a s/d K5.9d.
CP : D : SK, prosedur, formulir.
O : pelaksanaan prosedur/peraturan
W : Dokter, perawat, pasien.

K5.10. Pasien anak-anak.

a. Kebutuhan emosional dipenuhi di rumah sakit.
b. Anak-anak terlindung dari pandangan atau suara yang menakutkan. Mereka harus ditempatkan dalam ruangan yang sesuai.
c. Ruang anak dapat diawasi perawat setiap saat, orang tua dapat berperan serta dalam merawat anaknya, tanpa batasan waktu dan dimungkinkan tinggal dengan anaknya.
d. Ada pengaturan dalam persiapan perawatan non darurat.
e. Ada pengaturan bagi kebutuhan khusus anak yang tidak berkeluarga dan anak-anak yang dirawat lama.
f. Ada pengaturan khusus bagi anak yang tidak dirawat dalam bangsal khusus pediatri.

DISPERPUSIP JATIM

g. Ada kebijaksanaan tertulis yang berkaitan dengan anestesi dan pembedahan anak.

SKOR :

0 = Tidak ada kebijakan khusus untuk pasien anak.
1 = Ada kebijakan khusus untuk pasien anak, tak tertulis.
2 = Ada kebijakan khusus untuk pasien anak, tertulis, hanya untuk 1 butir diatas.
3 = Ada kebijakan khusus untuk pasien anak, tertulis, hanya untuk 2-3 butir ketentuan diatas.
4 = Ada kebijakan khusus untuk pasien anak, tertulis, untuk 4-5 butir ketentuan diatas.
5 = Ada kebijakan khusus untuk pasien anak, tertulis, untuk lebih dari 5 butir ketentuan di atas dan ada sarana untuk pengobatan anak.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Kebijakan tertulis.
O : Pelaksanaan dan kebijakan.
W : SMF.

K5.11. Isolasi dan Pengasingan. Kebijakan dan pengaturan isolasi serta pengasingan pasien didasarkan pada hal berikut :

- Sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku.
- Sesuai dengan pertimbangan medis untuk isolasi.
- Kenyamanan bagi pasien.
- Isolasi diputuskan oleh dokter dan dicatat dalam rekam medis.

SKOR :

0 = Tidak ada kebijakan isolasi.
1 = Ada kebijakan isolasi, tidak tertulis.
2 = Ada kebijakan isolasi, dan kebijakan pengasingan pasien secara tertulis
3 = Ada kebijakan isolasi, dan kebijakan pengasingan pasien secara tertulis dan diberlakukan sesuai hukum dan peraturan yang berlaku.
4 = Ada kebijakan isolasi, dan kebijakan pengasingan pasien secara tertulis dan diberlakukan sesuai hukum dan peraturan yang berlaku dan diputuskan berdasarkan indikasi medis.

DISPERPUSIP JATIM

5 = Ada kebijakan isolasi, dan kebijakan pengasingan pasien secara tertulis dan diberlakukan sesuai hukum dan peraturan yang berlaku dan diputuskan berdasarkan indikasi medis serta dicatat.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Kebijakan tertulis, SK.
O : Pelaksanaan kebijakan.
W : Petugas terkait, pasien.

K5.12. Pelayanan kerohanian.

a. Semua pasien, keluarganya dan staf dapat memperoleh perawatan rohani yang diberikan oleh petugas yang ditunjuk oleh rumah sakit.
b. Ada pelayanan kerohanian bagi pasien stadium terminal sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut oleh pasien.

SKOR :
0 = Tidak ada pelayanan kerohanian.
1 = Ada pelayanan kerohanian bagi pasien, keluarga dan staf oleh tenaga luar.
2 = Ada pelayanan kerohanian bagi pasien biasa atau stadium terminal atau keluarga dan staf. Tenaga tidak ditunjuk oleh RS.
3 = Ada pelayanan kerohanian bagi pasien biasa dan pasien stadium terminal, keluarga dan staf. Tenaga tidak ditunjuk khusus.
4 = Ada pelayanan kerohanian bagi pasien, keluarga dan staf oleh tenaga yang ditunjuk RS secara paruh waktu.
5 = Ada pelayanan kerohanian bagi pasien, keluarga dan staf oleh tenaga yang ditunjuk RS secara purna waktu.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Prosedur pelayanan kerohanian.
O : Pelaksanaan.
W : Pasien, keluarga, staf.

DISPERPUSIP JATIM

STANDAR 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Pimpinan bertanggungjawab mengenai pendidikan berkelanjutan, orientasi dan program pelatihan staf untuk menjaga kemampuan dan meningkatkan pelayanan.

K6.1. Ada program orientasi yang direncanakan untuk pimpinan dan anggota baru.

SKOR :

0 = Tidak ada unit/pejabat yang mengelola, tidak ada kegiatan orientasi.
1 = Tidak ada yang mengelola, kegiatan terbatas pada tempat kerja yang bersangkutan.
2 = Ada unit/pejabat pengelola, kegiatan pada tempat kerja masing-masing.
3 = Ada pengelola, kegiatan meluas ke unit lain.
4 = Ada pengelola, ada kegiatan sesuai program.
5 = Ada pengelola, ada program tertulis, kegiatan sesuai program, dan evaluasi berkala.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Rencana kerja, laporan.
O : Pelaksanaan kegiatan/bila ada orientasi pegawai.
W : Petugas.

K6.2. Ada program orientasi staf yang meliputi :

a. Informasi tentang falsafah dan tujuan rumah sakit.
b. Informasi hubungan antara pelayanan dan organisasi rumah sakit.
c. Tugas, fungsi hubungan kerja, tanggung jawab dan cara memperoleh bahan acuan.
d. Metode penilaian staf.
e. Metode penilaian pelayanan.

SKOR :

0 = Tidak ada program orientasi staf.
1 = Ada program orientasi staf, tidak terencana.

DISPERPUSIP JATIM

2 = Ada program orientasi staf, terencana hanya pada unit kerjanya sendiri.
3 = Ada program orientasi staf, terencana, hanya pada unit kerjanya sendiri dan ada tenaga yang bertanggung jawab atas terlaksananya orientasi staf.
4 = Ada program orientasi staf, terencana, kegiatan meluas ke unit lain.
5 = Ada program orientasi staf, terencana, ada tenaga penanggung jawab, kegiatan meluas ke unit lain dan ada evaluasi kegiatan.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Rencana kerja, laporan.
O : Pelaksanaan orientasi (bila ada).
W : Staf.

K6.3. Pimpinan menghadiri pertemuan program pendidikan/pelatihan dalam bidang manajemen rumah sakit.

SKOR :
0 = Tidak pernah mengikuti pertemuan.
1 = Pernah mengikuti pertemuan.
2 = Mengikuti beberapa kali, tidak teratur, tidak ada bukti tertulis.
3 = Mengikuti beberapa kali, tidak teratur, disertai bukti tertulis.
4 = Mengikuti pertemuan dan program diklat manajemen disertai bukti tertulis.
5 = Mengikuti program diklat bidang manajemen dan upaya peningkatan mutu dan mengikuti pendidikan pasca sarjana bidang manajemen.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Notulen rapat, absensi, jadwal rapat atau bukti lain.
O : -
W : Pimpinan rumah sakit.

DISPERPUSIP JATIM

K6.4. Program pengembangan staf memberikan kesempatan pelatihan dan pendidikan lanjutan untuk semua staf.

SKOR :

0 = Tidak ada program pengembangan staf.
1 = Ada program terencana untuk pengembangan sebagian staf melalui diklat.
2 = Kesempatan bagi semua staf dinyatakan secara tertulis.
3 = Ada kesempatan mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk staf khusus.
4 = Ada kesempatan mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk staf khusus dan diberikan untuk staf lain.
5 = Ada kesempatan mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk staf khusus, untuk staf lain dan evaluasi implementasi hasil pendidikan.

DO : Cukup jelas
CP : D : Rencana diklat.
O : -
W : Petugas terkait.

K6.5. Semua staf mengetahui kejelasan program atau pelatihan.

SKOR :

0 = Tidak ada program pelatihan.
1 = Ada program pelatihan untuk sebagian staf.
2 = Ada petugas yang mengelola program.
3 = Sama dengan skor 2, di tambah program pelatihan diinformasikan ke semua staf.
4 = Sama dengan skor 3 ditambah ada perincian jelas menyangkut program pelatihan staf tersebut.
5 = Sama dengan skor ditambah ada ikatan kerja bagi yang telah selesai dilatih.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Program pelatihan tertulis.
O : -
W : Staf.

DISPERPUSIP JATIM

STANDAR 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

Pimpinan menyusun dan menetapkan program pengendalian mutu yang efektif dalam rumah sakit.

K7.1. Ada program tertulis tentang pengendalian mutu klinis dan non klinis yang meliputi :

a. Tujuan.
b. Metode.
c. Pelaksana/Komite.
d. Keterkaitan dengan ilmu pengetahuan dan teknologi.
e. Laporan hasil.

SKOR :

0 = Tidak ada program peningkatan mutu.
1 = Ada program tidak tertulis.
2 = Ada program tertulis tentang mutu klinis dan non klinis.
3 = Sama dengan skor 2 ditambah ada komite yang mengelola.
4 = Sama dengan skor 3 ditambah cara pendekatan ditetapkan dengan jelas.
5 = Sama dengan skor 4 ditambah ada pelaksanaan dan laporan.

DO : Cukup jelas.
CP : D : SK komite, jadwal kegiatan, laporan.
O : Pelaksanaan program.
W : Petugas.

K7.2. Ada metode dan kegiatan yang meliputi :

a. Pemantauan : Pengumpulan informasi penting tentang pelayanan pasien.
b. Penilaian berkala untuk meningkatkan pelayanan.
c. Tindakan : memecahkan masalah.
d. Evaluasi : Efektivitas tindakan dimanfaatkan untuk pembangunan jangka panjang.
e. Umpan balik bagi staf dari hasil tindakan.

SKOR :

0 = Tidak ada kegiatan dan metoda.

DISPERPUSIP JATIM

1 = Ada kegiatan tidak tertulis.
2 = Ada metode PDCA tertulis.
3 = Ada pelaksanaan PDCA - didokumentasikan.
4 = Ada pelaksanaan PDCA - didokumentasikan dan ada komite pengelola QA.
5 = Ada umpan balik hasil kegiatan.

DO : PDCA = plan do check action ; QA = quality assurance.
CP : D : SK, laporan kegiatan.
O : Pelaksanaan kegiatan.
W : Petugas terkait.

K7.3. Ada pengalokasian sumberdaya yang dipakai untuk mengembangkan dan meningkatkan program pengendalian mutu beserta pelaporan sistem informasinya.

SKOR :
0 = Tidak ada unit organisasi yang mengelola; tidak ada sumber daya (SD).
1 = Ada unit, tidak ada SD, tidak ada kegiatan, tidak ada program.
2 = Ada unit, ada program, tak ada kegiatan, ada sumber daya.
3 = Ada unit, ada program, ada kegiatan, tak ada laporan, ada sumber daya.
4 = Ada unit, ada program, ada kegiatan, ada sumber daya disertai laporan tertulis, tanpa rekomendasi.
5 = Ada unit, ada program, ada kegiatan, ada sumber daya disertai laporan tertulis, disertai rekomendasi dan tindak lanjut.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Laporan, rencana kerja, rencana anggaran.
O : -
W : TU, GKM, komite medik.

K7.4. Ada sistem informasi dan statistik yang baik dalam program pengendalian mutu.

SKOR :
0 = Tidak ada laporan/dokumentasi informasi.

DISPERINDUSTRI JATIM

1 = Ada laporan, tidak tertulis.
2 = Ada laporan tertulis, tidak ada dokumentasi.
3 = Ada laporan tertulis dan dokumentasi, tidak diinformasikan ke unsur lain.
4 = Ada laporan tertulis dan dokumentasi, tidak disampaikan ke seluruh unsur yang terkait di rumah sakit.
5 = Ada laporan tertulis dan dokumentasi, ada publikasi; disampaikan ke seluruh unsur yang terkait di rumah sakit dan di luar rumah sakit.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Data statistik, laporan pelaksanaan/kegiatan.
O : -
W : -

K7.5. Ada mekanisme yang menampung kontrol sosial baik yang dilakukan oleh pasien, keluarganya maupun masyarakat umum, serta ada mekanisme yang jelas untuk menyempurnakan dan memperbaiki mutu pelayanan .

SKOR :
0 = Tidak ada mekanisme untuk kontrol sosial.
1 = Ada mekanisme tetapi tidak lengkap.
2 = Ada mekanisme kontrol yang lengkap.
3 = Sama dengan skor 2 dan ada unit pelaksana menampung kontrol sosial dan menganalisa.
4 = Sama dengan skor 3 dan ada upaya memperbaiki hal-hal yang kurang memuaskan pasien/keluarga.
5 = Sama dengan skor 4 dan ada upaya memperbaiki hal-hal yang kurang memuaskan pasien/keluarga dan ada umpan balik untuk unit yang bersangkutan.

DO : Cukup jelas.

CP : D : Formulir angket atau bukti lain.
O : -
W : Komite mutu.

DISPERPUSIP JATIM

K7.6. Ada laporan secara berkala mengenai pelaksanaan program-program dan rekomendasi yang diajukan kepada pimpinan.

SKOR :

0 = Tidak ada laporan pelaksanaan program.
1 = Ada laporan tidak teratur.
2 = Ada laporan teratur.
3 = Ada laporan teratur dan ada petugas yang bertanggung jawab membuat laporan pelaksanaan program.
4 = Ada laporan teratur dan ada petugas yang bertanggung jawab membuat laporan pelaksanaan program serta ada rekomendasi untuk pimpinan.
5 = Sama dengan skor 4 hasil kegiatan diinformasikan ke unit yang terkait.

DO : Cukup jelas.
CP : D : Laporan, jadwal.
O : -
W : -

DISPERPUSIP JATIM

AKREDITL I

Tabel 1a.

RS :

Rangkuman Penilaian Masing-masing Standar
1. Pelayanan Administrasi dan Manajemen
"Self Assessment"

NO.	STANDAR	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Falsafah dan tujuan							3		
2	Administrasi dan Pengelolaan							6		
3	Staf dan Pimpinan							9		
4	Fasilitas dan Peralatan							1		
5	Kebijakan dan Prosedur							~~13~~ 12		
6	Pengembangan Staf dan Program Pendidikan							5		
7	Evaluasi dan Pengendalian Mutu							6		
Jumlah kriteria yang yang mendapat Skor **								42		
Jumlah Skor ***									x = ...	
% Pencapaian untuk seluruh Standar Pelayanan Administrasi dan Manajemen. ****										

Keterangan :

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing-masing standar.
Misal : Falsafah dan tujuan ada 3 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 2 kriteria yang mendapat skor 5 dan 1 kriteria mendapat skor 3, maka jumlah Skor Falsafah dan Tujuan = { (2x5) + (1x3) } = 13

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Staf dan Pimpinan ada 2 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 2, bukan angka 10.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu : Perkalian "Jumlah kriteria yang mendapat skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai. Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk seluruh standar Pelayanan Administrasi dan Manajemen ada 15 kriteria, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60

**** Diisi dengan menggunakan rumus : $\frac{x}{\text{Jumlah kriteria seluruhnya x 5}}$ X 100 % = ... % = $\frac{x}{42 \times 5}$ x 100% = ...% (2 desimal)

DISPERPUSIP JATIM

DISPERPUSIP JATIM

PEDOMAN PENILAIAN
INSTRUMEN "SELF ASSESSMENT"

DISPERPUSIP JATIM

Komisi Gabungan Akreditasi Rumah Sakit

Sekretariat :

Sub Direktorat Perijinan dan Akreditasi
Direktorat RS Khusus dan Swasta
Departemen Kesehatan RI
1997

PENDAHULUAN

Buku ini berisi tentang petunjuk pengisian Instrumen Penilaian Pra Survei Akreditasi bagi rumah sakit ("Self Assessment") yang merupakan buku pelengkap dari "Instrumen Penilaian untuk Akreditasi Rumah Sakit" yang ada pada Lampiran buku Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia (Ditjen Pelayanan Medik Depkes RI, bekerja sama dengan proyek ADB II INO 926). Buku ini adalah hasil revisi/penyempurnaan dari instrumen Akreditasi Rumah Sakit untuk 5 (lima) kegiatan Pelayanan Pokok yang telah diujicobakan pada rumah sakit-rumah sakit terpilih dengan mempertimbangkan usulan/komentar dari para pengelola program di tingkat pusat, Kanwil dan rumah sakit yang dijadikan tempat uji coba.

Program akreditasi rumah sakit akan diimplementasikan pada Pelita VI ini. Oleh karena itu, seluruh rumah sakit perlu mendapatkan kesempatan untuk mengenal instrumen akreditasi rumah sakit, sehingga dapat memantapkan diri dalam mempersiapkan akreditasi rumah sakit.

Petunjuk pengisian dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan rumah sakit dalam menilai dirinya sendiri. Buku petunjuk ini dipakai oleh rumah sakit untuk mengisi instrumen yang ada pada buku "Pedoman Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia", juga dipakai untuk meningkatkan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi standar atau kriteria yang dipersyaratkan untuk akreditasi di Indonesia.

DISPERPUSIP JATIM

PETUNJUK PENGISIAN

Untuk keseragaman pengisian, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. Seluruh kuesioner yang ada pada "Instrumen Penilaian untuk Akreditasi Rumah Sakit" harap diisi dengan lengkap berdasarkan pedoman skoring yang ada pada petunjuk pengisian ini.

2. Ada 7 (tujuh) buah standar untuk masing-masing jenis pelayanan :
   1) Falsafah dan Tujuan.
   2) Administrasi dan Pengelolaan.
   3) Staf dan Pimpinan.
   4) Fasilitas dan Peralatan.
   5) Kegiatan dan Prosedur.
   6) Pengembangan Staf dan Program Pendidikan.
   7) Evaluasi dan Pengendalian Mutu.

3. Untuk masing-masing standar pelayanan, dibuat beberapa pernyataan yang berupa kriteria yang harus dijawab/dinilai. Pernyataan ini diberi nomor urut yang sesuai dengan nomor standarnya.
   Misalnya untuk kegiatan Rekam Medis :
   Standar 1. Falsafah dan Tujuan
   1.1. Rekam Medis harus memuat ..... dst
   1.2. Rekam Medis tersimpan ..... dst

4. Hanya kriteria atau standar yang bernomor urut seperti di atas (K.1.1. atau K.7.3, dst) yang perlu diisi/dijawab. Pernyataan yang berupa penjelasan yang terkait tidak perlu dijawab.

   Contoh : Kegiatan Rekam Medis :

   1. Pernyataan di bawah judul (Falsafah dan Tujuan) tidak perlu dinilai. Rumah Sakit harus menyelenggarakan ... dst
   2. Penjelasan tentang pernyataan K.2.3. butir a, b, c, ... dst tidak perlu diberi nilai. Yang diberi nilai adalah keseluruhan K.2.3. (pada kotak yang tersedia).

5. Berilah nilai dengan angka pada kolom jawaban di kotak yang tersedia pada buku "Instrumen Penilaian untuk Akreditasi Rumah Sakit". Nilai yang diberikan berkisar antara 0 - 5.

   Nilai tersebut ditentukan berdasarkan fakta/data yang ada di rumah sakit Saudara dibandingkan dengan angka skor yang tercantum pada Pedoman Penilaian Instrumen Self Assessment ini.

   Pada dasarnya, nilai 0 menunjukkan bahwa rumah sakit tidak dapat memenuhi kriteria dari standar yang bersangkutan. Nilai 5 menunjukkan pemenuhan sebagian sesuai dengan gradasi yang ditetapkan.

6. Semua kriteria harus dinilai/dijawab. Apabila ada kriteria yang tidak dijawab, akan dianggap sebagai 0 (nol) untuk kriteria tersebut.

7. Rumah sakit mengisi/menilai kolom jawaban yang disediakan pada buku "Instrumen Penilaian untuk Akreditasi Rumah Sakit" kemudian dibuat rekapitulasinya ke dalam formulir Rangkuman yang terdapat pada buku ini.

   Cara perhitungan nilai untuk masing-masing pelayanan, dilampirkan pada halaman akhir setiap jenis pelayanan rumah sakit di buku ini.

8. Apabila Saudara merasa perlu untuk menjelaskan atau memberi komentar tentang pernyataan/jawaban yang diberikan, atau ada hal-hal lain yang penting untuk diketahui oleh pihak penganalisa atau surveyor, kami sediakan kolom "Keterangan" untuk diisi.

DISPERPUSIP JATIM

9. Dalam Pedoman Penilaian Instrumen "Self Assessment" ini digunakan beberapa singkatan yang berulang-ulang digunakan, yaitu :

DO = Definisi Operasional, yaitu keterangan yang menjelaskan pengertian kata-kata tertentu pada kriteria atau skoring.

CP = Cara Pembuktian, maksudnya sebagai alat bantu Saudara agar dapat menilai diri sendiri secara obyektif dengan mengumpulkan bukti-bukti berupa dokumen, observasi langsung, wawancara atau sampling.

D = Dokumentasi (melihat buku tertulis).

O = Observasi(melihat/mengamati langsung suatu proses/prosedur kerja).

W = Wawancara (menanyakan langsung pada pihak yang terkait).

S = Sampling, maksudnya mengambil contoh (sample) secara acak dari data yang diminta.

DISPERPUSIP JATIM

Tabel 2

Rangkuman Penilaian
5 Kegiatan Pelayanan Pokok
"Self Assessment"

RS:

No	Standar	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar Pelayanan
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Pelayanan Administrasi dan Manajemen							42		
2	Pelayanan Medis							21		
3	Pelayanan Gawat Darurat							39		
4	Pelayanan Keperawatan							43		
5	Rekam Medik							49		
	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor **							194		
	Jumlah Skor ***								X = ...	
	% Pencapaian untuk seluruh Standar 5 Kegiatan Pelayanan Pokok ****									

ke-lanjut

Keterangan:

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing-masing pelayanan.
Misal : Pelayanan Medik ada 19 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 15 kriteria yang mendapat skor 5 dan 4 kriteria yang mendapat skor 3, maka jumlah skor Pelayanan Medik = { (15x5) + (4x3) } = 83.

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Pelayanan Medik ada 15 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 15, bukan angka 75.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu: Perkalian "Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai. Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk kelima kegiatan pelayanan ada 15, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60.

**** Diisi dengan menggunakan rumus :

$$\frac{X}{\text{Jumlah Kriteria seluruhnya} \times 5} \times 100\% = \ldots\ldots\% = \frac{X}{194 \times 5} \times 100\% = \ldots\ldots\% \text{ (2 desimal).}$$

Diperbanyak oleh PATIM

PEDOMAN PENILAIAN

INSTRUMEN "SELF ASSESSMENT"

2. PELAYANAN MEDIK

Std. 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Pelayanan medis harus disediakan dan diberikan kepada pasien sesuai dengan ilmu pengetahuan kedokteran mutakhir, serta memanfaatkan kemampuan dan fasilitas rumah sakit secara optimal. Setiap jenis pelayanan medis harus sesuai dengan masing-masing standar pelayanan profesi. Tujuan pelayanan medis ialah mengupayakan kesembuhan pasien secara optimal melalui prosedur dan tindakan yang dapat dipertanggungjawabkan.

K.1.1. Setiap pelayanan medis diberikan sesuai dengan standar profesi. Ada buku standar pelayanan medis yang diterbitkan oleh perhimpunan profesi.

Skor :

0= Tidak ada buku standar; tidak ada upaya melaksanakan isi buku standar.

1= Tidak ada buku standar; ada semacam standar pelayanan medis tidak tertulis yang disusun sendiri oleh staf medis dan belum diketahui oleh semua unsur.

2= Tidak ada buku standar; ada semacam standar pelayanan tertulis yang disusun sendiri oleh staf medis; belum diketahui oleh semua unsur; ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.

3= Ada buku standar; diketahui oleh semua unsur di rumah sakit.

4= Ada buku standar pelayanan dan telah digunakan sebagai pedoman dan acuan oleh semua staf medis; ada ketetapan dari pimpinan rumah sakit untuk menggunakan isi buku.

5= Ada buku standar pelayanan dan telah digunakan sebagai pedoman dan acuan oleh semua staf medis; ada ketetapan dari pimpinan rumah sakit untuk menggunakan isi buku; disertai tambahan standar pelayanan yang disusun sendiri oleh staf medis secara tertulis.

DO : *Buku standar adalah :* Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis.

CP :
- D : Buku sesuai DO, dan Buku Standar sendiri, SK.
- O : --
- W : Direktur, Kepala Unit Kerja, Komite Medis, Staf Medis.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN.

Direktur/Wakil Direktur berfungsi sebagai administrator.
Fungsi administrator diantaranya:

a) Membuat kebijakan dan melaksanakannya.
b) Mengintegrasikan, merencanakan dan mengkoordinasikan pelayanan.
c) Melaksanakan pengembangan staf dan pendidikan/pelatihan.
d) Melakukan pengawasan standar pelayanan termasuk medikolegal.

K.2.1. Ada Komite medis fungsional yang mengadakan pertemuan berkala, yang berfungsi:

a. Memberikan saran kepada pimpinan.
b. Mengkoordinasikan kegiatan pelayanan medis.
c. Menangani hal-hal yang berkaitan dengan etik kedokteran dan rumah sakit.
d. Menyusun kebijakan/ketentuan/prosedur pelayanan medis sebagai standar yang harus dilaksanakan oleh semua staf medis di rumah sakit.

Skor :

0= Tidak ada komite medis atau unit semacam komite medis.
1= Ada semacam komite medis dengan tugas-tugas sangat terbatas ditetapkan di masing-masing unit fungsional;ketentuan tidak tertulis; belum dipunyai oleh semua unit fungsional.
2= Ada semacam komite medis dengan tugas-tugas sangat terbatas ditetapkan di masing-masing unit fungsional; ketentuan tidak tertulis; dipunyai oleh semua unit fungsional.
3= Semua unit fungsional mempunyai sendiri-sendiri semacam komite medis dengan fungsi dan tugasnya tertulis ditetapkan oleh pimpinan unit fungsional masing-masing.
4= Ada Komite Medis dengan fungsi dan tugas terbatas.
5= Ada Komite Medis dengan fungsi dan tugas lengkap.

DO : *Komite Medis adalah* Kelompok tenaga medis yang keanggotaannya dipilih dari anggota staf medis fungsional. Staf medis fungsional (SMF) adalah kelompok dokter yang bekerja di instalasi/unit dalam jabatan fungsional.
Staf Medis Fungsional (SMF) adalah Kelompok dokter yang bekerja di instalasi / unit dalam jabatan fungsional.

CP :
- D : SK, Uraian tugas.
- O : --
- W : Direktur, Ketua Komite Medis, Kepala Unit Kerja.

Skor : ☐

K.2.2. Ada unit kerja yang dipimpin oleh kepala unit yang berfungsi sebagai:

a. Pengatur administrasi.
b. Pengatur kegiatan profesi.
c. Koordinator pengembangan staf.
d. Pengawas kualitas pelayanan agar sesuai dengan standar profesi.

DISPENSER SATRIA

Skor :
0= Tidak ada unit kerja.
1= Unit kerja dalam proses pembentukan.
2= Ada unit kerja tetapi belum berfungsi.
3= Ada unit kerja; berfungsi minimal.
4= Ada unit kerja; berfungsi belum optimal.
5= Ada unit kerja; berfungsi penuh.

DO : *Unit kerja adalah* Bagian/Instalasi/Unit pelayanan.

CP :
- D : SK ditambah uraian tugas.
- O : --
- W : Direktur, Kepala Unit Kerja.

Skor : ☐

Std. 3. STAF DAN PIMPINAN.

Penetapan staf dan hak/kewajiban ditentukan oleh pejabat yang berwenang.

K.3.1. Ada pengorganisasian dari semua staf medis kedalam unit fungsional sesuai tugas dan fungsi rumah sakit disertai dengan uraian tugas secara tertulis dari staf medis.

Skor :
0= Tidak ada pengorganisasian disertai dengan uraian tugas tertulis.
1= Ada penggolongan unit fungsional/kelompok fungsional; Uraian tugas dan lain-lain ditetapkan masing-masing oleh pimpinan unit fungsional.
2= Ada penggolongan unit fungsional/kelompok fungsional; Uraian tugas dan lain-lain ditetapkan oleh masing-masing pimpinan unit fungsional.
3= Ada penggolongan unit fungsional/kelompok fungsional; Uraian tugas dan lain-lain ditetapkan secara tertulis oleh pimpinan rumah sakit dengan lengkap, oleh masing-masing pimpinan unit fungsional.
4= Ada penggolongan unit fungsional/kelompok fungsional uraian tugas dan lain-lain ditetapkan secara tertulis oleh pimpinan rumah sakit; belum ada uraian lengkap.
5= Ada penggolongan unit fungsional/kelompok fungsional, uraian tugas dan lain-lain ditetapkan dengan lengkap secara tertulis oleh pimpinan rumah sakit; uraian lengkap.

DO : *Unit fungsional adalah* SMF/UPF/Bagian/Unit pelayanan.

CP :
- D : SK unit dan Uraian tugas, SK pengangkatan staf medis dan Uraian tugas.
- O : --
- W : Direktur, Kepala, Unit Kerja, Staf Medis.

Skor : ☐

DISPENDUSIP JATIM

K.3.2. Hak, kewajiban dan uraian tugas staf ditetapkan oleh pimpinan secara tertulis.

Skor :
0= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf tidak ada.
1= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf sedang dalam proses penyusunan.
2= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf sudah ada, belum lengkap.
3= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf sudah ada dan lengkap, belum dilaksanakan.
4= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf sudah ada dan lengkap, belum semua dilaksanakan.
5= Hak, kewajiban dan uraian tugas staf sudah ada dan lengkap, sudah dilaksanakan.

DO : --

CP :
- D : SK dan Uraian tugas.
- O : Pelaksanaan sesuai uraian tugas.
- W : SMF.

Skor : ☐

K.3.3. Ada ketetapan tertulis tentang seleksi dan penempatan semua staf medis di dalam unit kerja yang ada.

Skor :
0= Tidak ada ketetapan tertulis; tidak ada Juklak/SOP.
1= Seleksi dan penempatan diatur sendiri-sendiri secara tertulis oleh pimpinan unit sendiri-sendiri.
2= Seleksi dan penempatan diatur sendiri-sendiri secara tertulis oleh pimpinan unit sendiri-sendiri; Ada semacam SOP tertulis yang dibuat oleh pimpinan unit fungsional sendiri.
3= Seleksi dan penempatan oleh pimpinan rumah sakit; tidak ada Juklak/SOP.
4= Seleksi dan penempatan oleh pimpinan rumah sakit; disertai dengan adanya semacam Juklak.
5= Seleksi dan penempatan oleh pimpinan rumah sakit; disertai dengan adanya semacam Juklak; disertai rekomendasi oleh sub-komite Kredensial atau semacamnya dari komite medis rumah sakit.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK Penempatan, SOP/Juklak, Seleksi dan Penempatan staf medis.
- O : --
- W : Kepala Unit, Staf Medis, Komite Medis.

Skor : ☐

K.3.4. Ada mekanisme/proses pemilihan dan penetapan dari pimpinan unit-unit fungsional yang membawahi staf medis sesuai tugas dan fungsinya.

DISPERPUSIP JATIM

Skor :

0= Tidak ada mekanisme/SOP tertulis sebagai prosedur baku.
1= Ada mekanisme atau semacam prosedur tidak tertulis; disertai kriteria; penetapan oleh unit fungsional masing-masing.
2= Ada mekanisme atau semacam prosedur tidak tertulis; disertai kriteria; penetapan oleh unit fungsional masing-masing.
3= Ada mekanisme atau semacam prosedur tidak tertulis; disertai kriteria yang disusun/ditetapkan masing-masing unit dan kemudian penetapan tertulis oleh pimpinan rumah sakit.
4= Ada mekanisme/SOP tertulis ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
5= Ada mekanisme/SOP tertulis ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai mekanisme yang melibatkan komite medis.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP, SK, Notulen, Laporan.
- W : Kepala Unit, Staf Medis.

Skor : ☐

Std. 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Fasilitas yang cukup harus tersedia bagi staf medis sehingga dapat tercapai tujuan dan fungsi pelayanan yang efektif.

K.4.1. Tersedia ruangan pertemuan dan sarana komunikasi bagi staf medis untuk memperlancar pelaksanaan tugas-tugas anggota staf medis.

Skor :

0= Ruangan sangat minim dan tidak ada sarana komunikasi.
1= Ruangan dan sarana komunikasi sangat minim.
2= Ruangan memadai; sarana komunikasi sudah ada; belum ada petunjuk tertulis.
3= Ruangan memadai; sarana komunikasi sudah menjangkau hampir semua unit dengan petunjuk jelas.
4= Ruangan dan sarana komunikasi hampir memenuhi kebutuhan dengan petunjuk jelas.
5= Ruangan dan sarana komunikasi baik sekali dengan jangkauan sasaran di luar rumah sakit.

DO : *Sarana komunikasi adalah* telepon, intercom, fax.
Petunjuk tertulis yang minimal adalah daftar nomor telepon / intercom yang lengkap.

CP :
- D : Petunjuk tertulis, Dokumen perencanaan.
- O : Inspeksi.
- W : Staf Medis, Tata Usaha.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.4.2. Tersedia sarana untuk melaksanakan komunikasi antar staf medis.

Skor :

0= Sarana hanya sedikit dan tidak ada sistem komunikasi.
1= Sarana sangat minim, sistem atau petunjuk tertulis secara singkat dan umum sudah ada.
2= Sarana memadai, sistem atau petunjuk tertulis secara singkat dan umum sudah ada.
3= Sarana memadai, sistem sudah menjangkau hampir semua unit dengan petunjuk jelas.
4= Sarana dan sistem hampir memenuhi kebutuhan dengan petunjuk jelas.
5= Sarana dan sistem baik sekali sesuai dengan master plan dan menjangkau sasaran di luar rumah sakit.

DO : *Sarana komunikasi adalah* telepon, intercom, fax.

CP :
- D : Petunjuk tertulis, Dokumen perencanaan.
- O : Inspeksi.
- W: Staf medis; Tata Usaha.

Skor : ☐

K.4.3. Tersedia tenaga administrasi untuk membantu staf medis memperlancar tugas sehari-hari.

Skor :

0= Tidak tersedia sama sekali.
1= Tersedia tenaga dengan merangkap tugas ditempat lain, disediakan oleh masing-masing pimpinan unit.
2= Tersedia tenaga purna waktu, disediakan oleh masing-masing pimpinan unit.
3= Tersedia tenaga purna waktu, disediakan oleh pimpinan rumah sakit, tetapi belum mencukupi kebutuhan.
4= Tersedia tenaga purna waktu, disediakan oleh pimpinan rumah sakit, hampir mencukupi kebutuhan.
5= Tersedia tenaga purna waktu, disediakan oleh pimpinan rumah sakit, mencukupi kebutuhan unit.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK.
- O : Pelaksanaan SK.
- W : Yang bersangkutan.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.

Staf medis berperan serta dalam pengembangan kebijakan, langkah dasar keputusan dan peraturan serta pelaksanaan pelayanan sesuai dengan standar profesi.

K.5.1. Ada kebijaksanaan/ketentuan/pedoman dan prosedur tertulis yang harus menjadi acuan pokok bagi semua staf medis dalam melaksanakan tugas sehari-hari memberikan pelayanan kepada pasien dan staf medis berperan dalam menetapkan kebijakan dan prosedur.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur tertulis.
1= Kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur dalam proses penyusunan.
2= Ada kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur; sebagian tertulis; ditetapkan oleh masing-masing unit, staf medis diberi peran terbatas; pelaksanaan tidak ada.
3= Ada kebijakan / ketentuan / pedoman / prosedur tertulis; ditetapkan oleh masing-masing unit, staf medis diberi peran cukup besar; pelaksanaan baru sebagian.
4= Ada kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur tertulis; ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, staf medis diberi peran besar, pelaksanaan di sebagian besar unit.
5= Ada kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur tertulis; lengkap ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit, staf medis diberi peran sepenuhnya dan dilaksanakan sepenuhnya oleh semua unit.

DO : Kebijakan/ketentuan dan sebagainya, lebih mengatur aspek manajerial pelayanan medis, sedangkan aspek keilmuan pelayanan medis dituangkan dalam standar profesi. Kebijakan/ketentuan dan sebagainya, antara lain berisi pengaturan pelayanan medis, lingkup kerja, termasuk pembagian tugas staf medis, batasan kewenangan medis dan sebagainya.

CP :
- D : Berkas kebijakan/ketentuan/pedoman/prosedur, Notulen, Surat penugasan.
- O : --
- W : Kepala Unit, Staf Medis.

Skor : ☐

K.5.2. Ada mekanisme untuk meneruskan informasi tentang kebijakan.

Skor :
0= Tidak ada mekanisme.
1= Mekanisme masih dalam perencanaan.
2= Ada mekanisme tetapi belum lengkap.
3= Ada mekanisme; cukup lengkap; pelaksanaan belum baik.
4= Ada mekanisme; lengkap; pelaksanaan cukup baik.
5= Ada mekanisme; lengkap; dilaksanakan dengan baik.

DO : *Contoh mekanisme untuk meneruskan informasi adalah* adanya rapat staf/rapat koordinasi staf, buletin/majalah, pelatihan, dan lain-lain.

CP : • D : SOP, jadwal rapat, daftar hadir peserta rapat.

DISPERDA SIP JATIM

- O : Inspeksi.
- W: Petugas tata usaha, petugas gawat darurat, petugaspelayanan medik, petugas keperawatan dan petugas rekam medis.

Skor : ☐

K.5.3. Ada mekanisme yang memungkinkan tenaga medis rumah sakit dapat mengenal fasilitas, peralatan, dan staf lainnya yang tersedia.

Skor :
0= Tidak ada mekanisme.
1= Mekanisme masih dalam perencanaan.
2= Ada mekanisme tetapi belum lengkap.
3= Ada mekanisme; cukup lengkap; pelaksanaan belum baik.
4= Ada mekanisme; lengkap; pelaksanaan cukup baik.
5= Ada mekanisme; lengkap; dilaksanakan dengan baik.

DO : *Contoh mekanisme untuk meneruskan informasi adalah* : adanya rapat staf/rapat koordinasi staf, buletin/majalah, pelatihan, dan lain-lain.

CP :
- D : SOP/prosedur, Program orientasi, Notulen rapat.
- O : Inspeksi.
- W : Kepala Unit, Staf Medis.

Skor : ☐

K.5.4. Ada mekanisme untuk menangani masalah etik kedokteran dan rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada mekanisme atau komite/panitia atau semacamnya untuk menangani masalah etik.
1= Ada semacam komite/panitia; tidak ada SOP; ditangani oleh masing-masing unit.
2= Ada semacam komite/panitia; tidak ada SOP; ditangani oleh pimpinan rumah sakit.
3= Ada komite/panitia terstruktur; tidak ada SOP; ditangani oleh pimpinan rumah sakit.
4= Ada komite/panitia terstruktur; ada SOP; ditangani oleh pimpinan rumah sakit.
5= Ada komite/panitia terstruktur; ada SOP; ditangani oleh pimpinan rumah sakit; disertai follow-up dan laporan berkala.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK, SOP, Notulen rapat.
- O : --
- W : Direktur, Komite/Panitia Etik, Kepala Unit Kerja.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.5.5. Ada mekanisme untuk mengawasi/memonitor dan mengevaluasi penerapan dari standar pelayanan medis/standar profesi di rumah sakit.

Skor :

0= Tidak ada standar pelayanan yang digunakan.
1= Ada semacam standar di masing-masing unit; tidak ada kegiatan monitoring dan evaluasi dari standar yang ada/berlaku.
2= Ada semacam standar di masing-masing unit; ada evaluasi masing-masing unit.
3= Ada semacam standar ditetapkan tertulis di masing-masing unit; ada evaluasi masing-masing unit.
4= Ada semacam standar ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit; ada evaluasi masing-masing unit.
5= Ada semacam standar ditetapkan tertulis oleh pimpinan rumah sakit; disertai evaluasi dan perbaikan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP / Juklak, Jadwal pertemuan / kegiatan, Notulen rapat, Laporan.
- W : Direktur, Komite Medis, Ketua Unit, Staf Medis.

Skor : ☐

Std. 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Rumah sakit dan staf medis selalu menunjukkan komitmen dalam mendorong pendidikan kedokteran berkelanjutan.

K.6.1. Ada analisis kebutuhan jenis pelayanan medis spesialistik dalam rangka pengembangan pelayanan medis rumah sakit yang dibuat secara periodik.

Skor :

0= Tidak ada data dan tidak ada analisis.
1= Ada data rumah sakit; tetapi tidak ada analisis tertulis.
2= Ada data rumah sakit; analisis sekadarnya.
3= Ada data rumah sakit; dengan analisis lengkap.
4= Ada data rumah sakit dan data dari luar rumah sakit sekadarnya dan ada analisis.
5= Ada data rumah sakit dan data luar rumah sakit yang lengkap disertai analisis lengkap.

DO : *Data intern :* pelayanan rumah sakit; *Data ekstern :* data tentang demografi, statistik, rujukan.

CP :
- D : Sesuai DO, Laporan kegiatan, Analisis.
- O : --
- W : Direktur, Kepala Unit, Staf Medis.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.6.2. Ada program pendidikan spesialistik dan pendidikan berkelanjutan yang sesuai dengan analisis kebutuhan pelayanan medis rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada program.
1= Program dalam proses penyusunan.
2= Ada program tetapi tidak terlaksana; atau ada pelaksanaan tetapi tanpa program.
3= Ada program; sebagian kecil terlaksana.
4= Ada program; sebagian besar terlaksana.
5= Ada program dan terlaksana sepenuhnya.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rencana kerja, Surat tugas, Laporan kegiatan, Sertifikat atau yang semacamnya.
- O : --
- W: Direktur, Ketua Unit, Staf Medis, Kepala Diklat.

Skor : ☐

Std. 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU.

Pimpinan harus melaksanakan evaluasi pelayanan dan pengendalian mutu.

K.7.1. Ada komitmen dari pimpinan untuk menunjang program peningkatan mutu pelayanan.

Skor :
0= Tidak ada program tertulis.
1= Ada program/kegiatan ditetapkan oleh pimpinan unit masing-masing secara tidak tertulis.
2= Ada program/kegiatan ditetapkan oleh pimpinan unit masing-masing secara tertulis.
3= Ada program/kegiatan ditetapkan oleh pimpinan unit masing-masing secara tertulis disertai evaluasi program untuk digunakan sendiri.
4= Ada program/kegiatan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
5= Ada program/kegiatan ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit disertai evaluasi dan rekomendasi; program bersifat multidisiplin dalam rumah sakit.

DO : Program peningkatan mutu pelayanan dapat menggunakan beberapa alternatif pendekatan/konsep: Quality Assurance, Continuous Quality Improvement, TQM, Gugus Kendali Mutu dan sebagainya.

CP :
- D : Kerangka Acuan (TOR) program, Rencana kerja, Notulen, Laporan pelaksanaan program, Laporan tindak lanjut.
- O : --
- W : Direktur, Kepala Unit Kerja, Staf Medis, dan paramedis.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.7.2. Staf medis berperan dalam menunjang mekanisme yang efektif dalam memonitor dan mengevaluasi mutu pelayanan pasien dan kemampuan klinis.

Skor :
0= Peran staf medis tidak ada; monitoring dan evaluasi mutu tidak ada.
1= Peran staf medis ada; monitoring dan evaluasi mutu tidak ada.
2= Peran staf medis ada; monitoring dan evaluasi ada tetapi belum lengkap.
3= Peran staf medis ada; monitoring dan evaluasi ada, cukup lengkap.
4= Peran staf medis ada; monitoring dan evaluasi ada, lengkap; pelaksanaan belum baik.
5= Peran staf medis ada; monitoring dan evaluasi ada, lengkap; pelaksanaannya baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Laporan pelaksanaan, Evaluasi, dan Tindak lanjut.
- O : --
- W : Staf Medis.

Skor : ☐

K.7.3. Ada tim/komite peningkatan mutu pelayanan medis di rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada tim.
1= Pembentukan tim dalam proses.
2= Ada tim, susunan belum lengkap.
3= Ada tim, lengkap, belum berjalan.
4= Ada tim, lengkap, pelaksanaan belum berjalan dengan baik.
5= Ada tim, lengkap, pelaksanaan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP, SK.
- O : --
- W : Tim Peningkatan Mutu.

Skor : ☐

K.7.4. Ada pertemuan berkala secara formal antara pimpinan rumah sakit dan komite medis/subkomite untuk membahas, merencanakan dan mengevaluasi pelayanan medis serta upaya meningkatkan mutu pelayanan medis.

Skor :
0= Tidak ada komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; tidak ada pertemuan berkala.
1= Ada semacam komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; pertemuan pernah ada.
2= Ada semacam komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; pertemuan tidak teratur.

DISPERPUSIP JATIM

3= Ada komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; pertemuan atau kegiatan tidak teratur.

4= Ada komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; ada program dengan pertemuan teratur.

5= Ada komite medis; komite manajemen mutu atau semacamnya; ada program dengan pertemuan teratur; ada laporan tertulis dan rekomendasi dan tindak lanjut.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Program, Jadwal pertemuan, Notulen termasuk laporan tindak lanjut.
- O : Upaya peningkatan mutu di rumah sakit.
- W: Tim/komite peningkatan mutu/manajemen mutu.

Skor : ☐

>> htr <<

DISPERPUSIP JATIM

Tabel 1b.

Rangkuman Penilaian Masing–masing Standar
2. Pelayanan Medik
"Self Assessment"

RS:

No	Standar	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Falsafah dan Tujuan							1		
2	Administrasi dan Pengelolaan							2		
3	Staf dan Pimpinan							4		
4	Fasilitas dan Peralatan							3		
5	Kebijakan dan Prosedur							5		
6	Pengembangan Staf dan Program Pendidikan							2		
7	Evaluasi dan Pengendalian Mutu							4		
	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor **							21		
	Jumlah Skor ***								X = ...	
	% Pencapaian untuk seluruh Standar Pelayanan Medik ****									

DISPERPUSIP JATIM

Keterangan:

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing–masing standar.
Misal : Falsafah dan Tujuan ada 3 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 2 kriteria yang mendapat skor 5 dan 1 kriteria yang mendapat skor 3, maka jumlah skor Falsafah dan Tujuan = { (2x5) + (1x3) } = 13

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Staf dan Pimpinan ada 2 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 2, bukan angka 10.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu: Perkalian "Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk seluruh standar Pelayanan Medik ada 15 kriteria, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60

**** Diisi dengan menggunakan rumus : $\frac{X}{\text{Jumlah Kriteria seluruhnya x 5}} \times 100\ \% = \ldots\ldots\ \% = \frac{X}{21 \times 5} \times 100\ \% = \ldots\ldots\ \%$ (2 desimal).

PEDOMAN PENILAIAN
INSTRUMEN "SELF ASSESSMENT"

3. PELAYANAN GAWAT DARURAT

Std. 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Instalasi gawat darurat harus dapat memberikan pelayanan gawat darurat kepada masyarakat yang menderita penyakit akut dan mengalami kecelakaan, sesuai dengan standar.

K.1.1. Instalasi gawat darurat menyelenggarakan pelayanan terus menerus selama 24 jam.

Skor :
0= Ada pelayanan gawat darurat, tetapi tidak 24 jam.
1= Ada pelayanan gawat darurat selama 24 jam; ada perawat jaga on site; tidak ada dokter jaga.
2= Ada pelayanan gawat darurat selama 24 jam; ada perawat jaga on site; ada dokter jaga on call.
3= Ada pelayanan gawat darurat selama 24 jam; ada perawat jaga on site; ada dokter jaga on site setelah jam kerja; ada dokter konsulen jaga on call.
4= Ada pelayanan gawat darurat selama 24 jam; ada perawat jaga on site; ada dokter jaga on site; ada dokter konsulen jaga on call; ada petugas jaga pelayanan radiologi/laboratorium on call.
5= Ada pelayanan gawat darurat selama 24 jam; ada perawat jaga on site; ada dokter jaga on site; ada dokter konsulen jaga on call; ada petugas jaga dari pelayanan radiologi dan laboratorium on site.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Jadwal jaga dan daftar absensi.
- O : Pelayanan gawat darurat.
- W : Perawat dan dokter di unit gawat darurat.

Skor : ☐

K.1.2. Ada unit gawat darurat yang terpisah secara fungsional dari unit-unit pelayanan lainnya di rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada unit gawat darurat.
1= Ada unit gawat darurat yang masih menjadi satu dengan unit lain.
2= Ada unit gawat darurat yang terpisah dengan unit lain, tetapi belum berfungsi.
3= Ada unit gawat darurat yang terpisah dengan unit lain; berfungsi hanya pada jam kerja.

DISPERPUSIPJATIM

4= Ada unit gawat darurat yang terpisah dengan unit lain; berfungsi hanya setelah jam kerja.
5= Ada unit gawat darurat yang terpisah dengan unit lain; berfungsi 24 jam.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK unit.
- O : Bangunan/ruangan dan alat-alat.
- W : Kepala UGD.

Skor : ☐

K.1.3. Unit gawat darurat membatasi diri hanya pada pelayanan untuk pasien yang gawat saja, perawatan selanjutnya diatur di bagian lain.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan/prosedur tertulis dan tidak tertulis tentang pelayanan pada pasien gawat darurat.
1= Kebijakan/prosedur tertulis sedang dalam proses penyusunan.
2= Ada kebijakan/prosedur tertulis tetapi tidak lengkap.
3= Ada kebijakan/prosedur tertulis lengkap; belum dilaksanakan.
4= Ada kebijakan/prosedur tertulis lengkap; sudah dilaksanakan tetapi belum baik.
5= Ada kebijakan/prosedur tertulis lengkap; sudah dilaksanakan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK, Prosedur tertulis.
- O : Pelayanan gawat darurat.
- W : Petugas gawat darurat.

Skor : ☐

K.1.4. Adanya evaluasi tentang fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat.

Skor :
0= Tidak ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat.
1= Ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat; tetapi hasil tidak tertulis.
2= Ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat; hasil tertulis tetapi tidak lengkap.
3= Ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat; tertulis dan lengkap.
4= Ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat; tertulis, lengkap tetapi diinformasikan secara terbatas.
5= Ada evaluasi fungsi unit gawat darurat dan kesehatan masyarakat; tertulis, lengkap dan diinformasikan dengan baik.

DO : *Yang dimaksud dengan evaluasi adalah* bisa berupa hasil penelitian fungsi unit gawat darurat atau hasil penilaian fungsi unit gawat darurat.

DISPERPUSIP JATIM

CP : * D : Hasil evaluasi, misalnya: kotak saran, data kesehatan masyarakat/ data penyakit yang sudah dianalisa.
* O : --
* W : Petugas gawat darurat.

Skor : [ ]

Std. 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN.

Unit gawat darurat harus diatur, dipimpin dan diintegrasikan dengan bagian dan instalasi lain di rumah sakit.

K.2.1. Ada dokter, sebagai kepala unit gawat darurat yang bertanggung jawab atas pelayanan di Instalasi Gawat Darurat.

Skor :
0= Tidak ada dokter sebagai kepala/penanggung jawab unit gawat darurat.
1= Ada dokter sebagai kepala/penanggung jawab unit gawat darurat tetapi masih tugas rangkap pada unit lain; SK pengangkatan belum ada.
2= Ada dokter sebagai kepala/penanggung jawab unit gawat darurat tidak tugas rangkap pada unit lain; SK pengangkatan belum ada.
3= Ada dokter sebagai kepala/penanggung jawab unit gawat darurat tetapi SK pengangkatan masih dalam proses.
4= Ada dokter sebagai kepala /penanggung jawab unit gawat darurat dengan SK pengangkatan tetapi belum mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat (PPGD).
5= Ada dokter sebagai kepala/penanggung jawab unit gawat darurat dengan SK pengangkatan, dan sudah mengikuti pelatihan PPGD.

DO : Cukup jelas.

CP : * D : SK pengangkatan, Sertifikat.
* O : Pelayanan di gawat darurat.
* W : Kepala Unit.

Skor : [ ]

K.2.2. Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan gawat darurat.

Skor :
0= Tidak ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat.
1= Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat tetapi SK pengangkatan masih dalam proses.
2= Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat tetapi masih tugas rangkap pada unit lain.
3= Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat dan tidak tugas rangkap di unit lain.
4= Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat dan tidak tugas rangkap di unit lain; pernah mengikuti orientasi/seminar tentang pelayanan gawat darurat.

DISPERPUSIP JATIM

5= Ada perawat sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di unit gawat darurat dan tidak tugas rangkap di unit lain; pernah mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat (PPGD).

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SK pengangkatan, Sertifikat.
- O : Pelayanan gawat darurat.
- W : Kepala Perawat.

Skor : ☐

K.2.3. Semua tenaga paramedis keperawatan mampu melakukan teknik pertolongan hidup dasar (basic life support).

Skor :
0= Tidak ada paramedis yang mengetahui dan memahami teknik basic life support.
1= Sebagian paramedis mengetahui teknik basic life support tetapi tidak mampu untuk melaksanakan.
2= Sebagian paramedis mengetahui teknik basic life support tetapi tidak terampil melaksanakan;
3= Sebagian paramedis mengetahui teknik basic life support dan terampil melaksanakan.
4= Semua paramedis mengetahui teknik basic life support tetapi belum semua terampil.
5= Semua paramedis mengetahui teknik basic life support dan semua terampil.

Cukup jelas.

- D : Bukti tertulis daftar paramedis yang telah mengikuti pelatihan gawat darurat / penanggulangan bencana / disaster yang terjadi di dalam lingkungan rumah sakit ataupun di luar rumah sakit.
- O : Melihat kemampuan dan keterampilan paramedis dalam basic life support.
- W : Paramedis unit gawat darurat.

Skor : ☐

K.2.4. Ada sistem komunikasi untuk menjamin kelancaran hubungan antara unit gawat darurat dengan :
- Unit lain di dalam rumah sakit;
- Rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya;
- Pelayanan ambulans;
- Unit pemadam kebakaran.

Skor :
0= Sarana komunikasi sangat minim; prosedur tertulis tidak ada.
1= Ada sarana komunikasi terbatas; prosedur tertulis tidak ada.
2= Ada sarana komunikasi cukup memadai, ada prosedur tertulis belum lengkap.

DISPERPUSIP JATIM

3= Ada sarana komunikasi cukup baik; ada prosedur tertulis, lengkap.
4= Ada sarana komunikasi cukup baik; ada prosedur tertulis, lengkap; fungsi belum baik.
5= Ada sarana komunikasi cukup baik; ada prosedur tertulis, lengkap, fungsi baik.

DO :
- *Sarana komunikasi minim:* unit gawat darurat tidak mempunyai telpon untuk intern rumah sakit maupun keluar rumah sakit.
- *Sarana komunikasi terbatas:* unit gawat darurat hanya mempunyai telpon intern rumah sakit, tidak untuk keluar rumah sakit.
- *Sarana komunikasi cukup memadai:* unit gawat darurat mempunyai telpon intern rumah sakit dan keluar rumah sakit tetapi harus melalui telpon sentral rumah sakit.
- *Sarana komunikasi cukup baik:* unit gawat darurat mempunyai telpon intern dan keluar rumah sakit yang langsung tanpa melalui sentral.

CP :
- D : Ada telepon, ada prosedur tertulis.
- O : Pemakaian telepon.
- W : Petugas unit gawat darurat.

Skor : ☐

K.2.5. Ada kebijakan/ketentuan/SOP tertulis tentang cara-cara penanggulangan bencana/disaster yang terjadi di dalam lingkungan rumah sakit ataupun di luar rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan/ketentuan/SOP.
1= Kebijakan/ketentuan/SOP sedang dalam proses penyusunan.
2= Ada kebijakan/ketentuan/SOP tidak lengkap.
3= Ada kebijakan/ketentuan/SOP lengkap tetapi belum dilaksanakan.
4= Ada kebijakan/ketentuan/SOP lengkap sudah dilaksanakan tetapi belum baik.
5= Ada kebijakan/ketentuan/SOP lengkap dan sudah dilaksanakan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP.
- O : Pelaksanaan SOP.
- W : Petugas gawat darurat.

Skor : ☐

K.2..6. Ada dokter/perawat berpengalaman yang dapat melakukan triase pada setiap pasien yang masuk di instalasi gawat darurat.

Skor :
0= Tidak ada dokter/perawat yang melakukan triase dan tidak ada kebijakan / peraturan / prosedur triase secara tertulis.
1= Kebijakan / peraturan / prosedur triase dalam proses penyusunan, dokter/perawat tidak melakukan triase.

DISBERKUSIP JATIM

2= Ada kebijakan / peraturan / prosedur triase tetapi belum lengkap; dokter/perawat tidak melakukan triase.
3= Ada kebijakan / peraturan / prosedur triase sudah lengkap; tetapi belum dilaksanakan.
4= Ada kebijakan / peraturan / prosedur triase sudah lengkap; dilaksanakan oleh perawat.
5= Ada kebijakan / peraturan / prosedur triase sudah lengkap; dilaksanakan oleh dokter dan perawat dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP.
- O : Pelaksanaan triase.
- W : Petugas triase.

Skor : ☐

K.2.7. Ada kebijakan/ketentuan/SOP tertulis tentang pasien yang perlu dirujuk ke rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan/ketentuan/SOP.
1= Kebijakan/ketentuan/SOP sedang dalam proses penyusunan.
2= Kebijakan/ketentuan/SOP sudah ada, tetapi belum lengkap.
3= Kebijakan/ketentuan/SOP sudah ada, belum dilaksanakan.
4= Kebijakan/ketentuan/SOP sudah ada, sudah dilaksanakan tetapi belum baik.
5= Kebijakan/ketentuan/SOP sudah ada dan pelaksanaan sudah baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP, daftar pasien yang dirujuk.
- O : Pelaksanaan SOP.
- W : Dokter dan Perawat gawat darurat.

Skor : ☐

K.2.8. Ada tenaga terampil dan mampu yang selalu melakukan observasi dan memantau kegawatan yang mengancam nyawa pasien.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan/peraturan/prosedur tertulis.
1= Kebijakan/peraturan/prosedur sedang dalam proses.
2= Ada kebijakan/peraturan/prosedur tertulis tetapi belum lengkap.
3= Ada kebijakan/peraturan/prosedur tertulis, lengkap tetapi belum dilaksanakan.
4= Ada kebijakan/peraturan/prosedur tertulis, lengkap tetapi pelaksanaannya belum baik.
5= Ada kebijakan/peraturan/prosedur tertulis, lengkap tetapi pelaksanaannya sudah baik.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Bukti tertulis SK/Juklak/Juknis/SOP.
- O : Pelaksanaan kebijaksanaan/peraturan/prosedur.
- W : Kepala, Dokter dan Perawat gawat darurat.

Skor : ☐

K.2.9. Ada jadwal jaga harian bagi konsulen, dokter dan paramedis serta petugas non medis yang bertugas di rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada jadwal jaga harian bagi para medis, dokter dan konsulen.
1= Hanya ada jadwal jaga harian paramedis saja atau dokter saja atau konsulen saja.
2= Hanya ada jadwal jaga harian paramedis dan dokter.
3= Ada jadwal jaga harian paramedis, dokter dan konsulen tetapi belum dilaksanakan.
4= Ada jadwal jaga harian paramedis, dokter dan konsulen tetapi pelaksanaannya belum baik.
5= Ada jadwal jaga harian paramedis, dokter dan konsulen pelaksanaannya sudah baik.

DO : *Pelaksanaan baik* : Petugas datang sesuai dengan jadwal jaga dan tepat waktu, yang bisa dilihat diabsensi.

CP :
- D : Jadwal jaga, daftar hadir pegawai, laporan.
- O : Pelaksanaan jaga.
- W : Petugas jaga.

Skor : ☐

K.2.10. Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instalasi gawat darurat selama 24 jam (petugas stand by 24 jam di rumah sakit atau dapat tiba di rumah sakit dalam waktu kurang dari 30 menit).

Skor :
0= Tidak ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat.
1= Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat tetapi masih merangkap dengan petugas pelayanan penunjang medis rumah sakit.
2= Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat hanya pada waktu jam kerja.
3= Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat pada waktu jam kerja dan on call di luar jam kerja.
4= Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat selama 24 jam tetapi hanya petugas laboratorium saja atau radiologi saja.
5= Ada petugas pelayanan penunjang medis bagi instansi gawat darurat selama 24 jam untuk laboratorium dan radiologi.

DO : Cukup jelas.

DISPERINSIP JATIM

CP :
- D : Jadwal jaga, SK.
- O : Pelaksanaan pelayanan penunjang medis.
- W : Kepala dan petugas pelayanan penunjang medis.

Skor : ☐

K.2.11. Ada fasilitas penyediaan darah yang mampu memberikan pelayanan selama 24 jam.

Skor :

0= Tidak ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit;
1= Ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit hanya sesudah jam kerja.
2= Ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit hanya pada waktu jam kerja.
3= Ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit selama 24 jam, petugas on call.
4= Ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit selama 24 jam, petugas on site; tidak dapat melayani rumah sakit lain.
5= Ada fasilitas bank/penyediaan darah di rumah sakit selama 24 jam, petugas on site dan dapat melayani rumah sakit lain.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Fasilitas bank / penyediaan darah, jadwal jaga, SOP.
- O : Pelayanan bank darah.
- W : Petugas bank darah, pasien / keluarga pasien, dokter, perawat.

Skor : ☐

K.2.12. Ada pengaturan peralatan, obat-obatan, cairan infus sesuai dengan standar pada Buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat yang telah ditetapkan.

Skor :

0= Tidak ada prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus.
1= Prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus, sedang dalam proses penyusunan.
2= Ada prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus, tetapi tidak lengkap.
3= Ada prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus, lengkap tetapi belum dilaksanakan.
4= Ada prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus, lengkap pelaksanaan belum baik.
5= Ada prosedur tertulis yang mengatur pengadaan peralatan, obat, cairan infus, lengkap pelaksanaan sudah baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Prosedur tertulis, SK pelaksanaan.
- O : Pelaksanaan prosedur.
- W : Petugas gawat darurat, Farmasi.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.2.13. Ada informasi tertulis tentang pengobatan selanjutnya yang diberikan kepada pasien yang pulang.

Skor :

0= Pasien yang pulang tidak diberi penjelasan mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya.
1= Pasien yang pulang hanya diberi penjelasan mengenai penyakitnya saja atau pengobatan selanjutnya saja; tidak ada bukti tertulis.
2= Pasien yang pulang diberi penjelasan mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya; tidak ada bukti tertulis.
3= Pasien yang pulang diberi penjelasan mengenai penyakitnya saja atau pengobatan selanjutnya saja; ada bukti tertulis.
4= Pasien yang pulang diberi penjelasan mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya; ada bukti tertulis; dilakukan oleh perawat.
5= Pasien yang pulang diberi penjelasan mengenai penyakitnya dan pengobatan selanjutnya; ada bukti tertulis; dilakukan oleh dokter.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medik.
- O : Pelayanan pasien mau pulang.
- W : Dokter dan perawat IGD.

Skor : ☐

K.2.14. Ada rekam medis setiap pasien menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit.

Skor :

0= Tidak ada rekam medis.
1= Ada rekam medis, tidak lengkap, tidak menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit.
2= Ada rekam medis, lengkap, tidak menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit.
3= Ada rekam medis, lengkap, menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit.
4= Ada rekam medis, lengkap, menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit, mengikuti petunjuk pelaksanaan rekam medis rumah sakit.
5= Ada rekam medis, lengkap, menyatu dengan nomor induk rekam medis rumah sakit, mengikuti petunjuk pelaksanaan rekam medis rumah sakit integrated dan computerized.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis, prosedur.
- O : Perekaman dan pencatatan waktu.
- W : Petugas rekam medis dan petugas gawat darurat.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.2.15. Ada identifikasi pasien pada saat masuk dengan memakai sistim penomoran sesuai dengan rekam medis.

Skor :

0= Tidak ada kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien secara tertulis.
1= Kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien dalam proses penyusunan.
2= Ada kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien secara tertulis, tidak lengkap.
3= Ada kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien secara tertulis, tidak lengkap; belum dilaksanakan.
4= Ada kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien secara tertulis, tidak lengkap; pelaksanaan belum baik.
5= Ada kebijaksanaan/peraturan/prosedur identifikasi pasien secara tertulis, tidak lengkap; pelaksanaan sudah baik.

DO : *Pelaksanaan baik :* Sistim penomoran sesuai dengan nomor rekam medis rumah sakit.

CP : * D : Rekam medis, SK, SOP.
* O : Pengisian rekam medis.
* W : Petugas Rekam Medis.

Skor : ☐

K.2.16. Ada bagan/struktur organisasi tertulis disertai uraian tugas semua petugas di IGD.

Skor :

0= Tidak ada bagan/struktur organisasi tertulis.
1= Bagan/struktur organisasi tertulis sedang dalam proses.
2= Ada bagan/struktur organisasi tertulis, uraian tugas tidak ada.
3= Ada bagan/struktur organisasi tertulis, uraian tugas ada, tetapi tidak lengkap.
4= Ada bagan/struktur organisasi tertulis, uraian tugas ada, lengkap, belum dilaksanakan.
5= Ada bagan/struktur organisasi tertulis, uraian tugas ada, lengkap, sudah dilaksanakan.

DO : Cukup jelas.

CP : • D : Bagan/struktur organisasi, uraian tugas dan SK.
• O : Pelaksanaan jaga.
• W : Petugas gawat darurat.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 3. STAF DAN PIMPINAN.

Instalasi gawat darurat dipimpin oleh dokter yang telah mendapat pelatihan PPGD, dibantu oleh tenaga medis, paramedis perawatan, paramedis non perawatan dan tenaga non medis yang terampil.

K.3.1. Jumlah, jenis dan kualifikasi tenaga yang tersedia sesuai dengan standar.

Skor :

0= Perawat dan dokter cukup tapi masih ada yang merangkap di bagian lain, belum mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat.
1= Perawat, dan dokter cukup tidak merangkap di bagian lain, belum mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat.
2= Para perawat telah mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat, sedangkan dokter belum mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat atau sebaliknya.
3= Ada perawat, ada dokter, sudah mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat.
4= Semua perawat, dokter, sudah mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat, dokter konsulen 1-3 jenis spesialisasi.
5= Semua perawat, dokter, sudah mengikuti pelatihan penanggulangan gawat darurat, dokter konsulen jaga lebih dari 4 jenis spesialisasi.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Daftar dan kualifikasi ketenagaan, Sertifikat pelatihan.
- O : --
- W : Dokter dan Perawat gawat darurat.

Skor : ☐

K.3.2. Ada bukti tertulis tentang pertemuan staf yang dilakukan secara tetap dan teratur.

Skor :

0= Tidak pernah ada pertemuan staf di IGD.
1= Ada pertemuan, tidak teratur, dan tidak ada notulen.
2= Ada pertemuan tidak teratur, ada notulen.
3= Ada pertemuan secara teratur, tidak semua staf dan notulen ada.
4= Ada pertemuan semua staf secara teratur, ada notulen, tetapi tidak ada tindak lanjut hasil pertemuan.
5= Ada pertemuan semua staf secara teratur, serta ada notulen dan tindak lanjut hasil pertemuan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Daftar hadir, notulen rapat, laporan rapat.
- O : --
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Fasilitas yang disediakan harus menjamin efektivitas bagi pelayanan pasien gawat darurat dalam waktu 24 jam terus menerus.

K.4.1. Ada petunjuk dan informasi jelas bagi masyarakat sehingga menjamin adanya kemudahan, kelancaran dan ketertiban dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat.

Skor :
0= Tidak ada petunjuk/tanda di dalam maupun di luar rumah sakit, tidak ada informasi, tidak ada petugas.
1= Petunjuk/tanda diluar rumah sakit jelas tetapi di dalam rumah sakit kurang jelas, dan tidak ada informasi, ada petugas.
2= Petunjuk/tanda di dalam rumah sakit dan di luar rumah sakit cukup jelas, tidak ada informasi, ada petugas.
3= Petunjuk/tanda di dalam rumah sakit cukup jelas, petunjuk/tanda di luar rumah sakit kurang jelas, ada informasi kurang jelas, ada petugas.
4= Ada petunjuk/tanda di dalam dan diluar rumah sakit yang cukup jelas, ada informasi kurang jelas, ada petugas.
5= Ada petunjuk/tanda yang cukup jelas di dalam dan di luar rumah sakit, ada informasi cukup jelas, ada petugas.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Papan petunjuk, Papan informasi.
- O : --
- W : Pasien / keluarga pasien, Petugas.

Skor : ☐

K.4.2. Ada kemudahan bagi kendaraan roda empat dari luar untuk mencapai lokasi unit gawat darurat di rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada akses.
1= Ada akses tak langsung.
2= Ada akses langsung, tempat parkir tidak ada.
3= Ada akses langsung keluar, ada tempat parkir.
4= Ada akses langsung keluar, ada tempat parkir, akses ke dalam tak langsung.
5= Ada akses langsung, ada tempat parkir, mudah dicapai dari luar dan dari dalam.

DO : *Akses langsung :* Mobil dapat langsung masuk sampai depan pintu IGD.

CP :
- D : --
- O : Lokasi IGD.
- W : Pasien, Masyarakat, Petugas rumah sakit.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.4.3. Ruang resusitasi terletak dekat dan mudah dicapai dari tempat penerimaan pasien.

Skor :
0= Tidak ada ruang/tempat resusitasi di IGD dan di RS.
1= Tidak ada ruang/tempat resusitasi di IGD tetapi ada tempat resusitasi di RS.
2= Tidak ada ruang/tempat resusitasi di IGD tetapi ada ruang resusitasi di RS.
3= Ada tempat resusitasi di IGD; ada ruang resusitasi.
4= Ada tempat/ruang resusitasi di IGD; tidak dekat tempat penerima pasien.
5= Ada tempat/ruang resusitasi di IGD; dekat tempat penerima pasien.

DO : Cukup jelas.

CP : • D : --
• O : Lay out IGD.
• W : --

Skor : ☐

K.4.4. Ada pemisahan tempat pemeriksaan sesuai dengan kondisi penyakitnya.

Skor :
0= Tidak ada tempat pemeriksaan dan tindakan khusus.
1= Ada tempat pemeriksaan dan tindakan khusus, tetapi gabung dengan unit lain.
2= Ada tempat pemeriksaan dan tindakan khusus tetapi medical dan surgical digabung.
3= Pemeriksaan medical dan surgical pisah tetapi belum lengkap.
4= Pemeriksaan medical dan surgical pisah, lengkap, ada ruang petugas dan ada ruang tunggu keluarga, belum berjalan baik.
5= Pemeriksaan medical dan surgical pisah, lengkap, ada ruang petugas dan ruang tunggu yang cukup luas, telah berjalan baik.

DO : Cukup jelas.

CP : • D : --
• O : Ruang IGD.
• W : --

Skor : ☐

K.4.5. Tersedia telepon untuk komunikasi antar unit/bagian di rumah sakit dan keluar rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada alat komunikasi.
1= Hanya ada intercom.
2= Ada telepon lokal rumah sakit dan intercom.
3= Ada telepon untuk lokal, ke luar rumah sakit harus melalui sentral telpon di rumah sakit.
4= Hanya ada telepon yang bisa langsung ke luar rumah sakit.
5= Ada telepon intern rumah sakit dan ada yang bisa langsung ke luar rumah sakit.

DISPERINDUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Alat komunikasi.
- O : Pemakaian telepon.
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

K.4.6. Ada sarana pelayanan radiologi yang berdekatan dengan IGD dan bisa melayani selama 24 jam.

Skor :
0= Tidak ada pelayanan radiologi di rumah sakit.
1= Pelayanan radiologi IGD menyatu dengan pelayanan radiologi rumah sakit dan hanya buka pada jam kerja.
2= Pelayanan radiologi IGD menyatu dengan pelayanan radiologi rumah sakit dan buka selama 24 jam; sedangkan di luar jam kerja tenaga on call.
3= Pelayanan radiologi IGD menyatu dengan pelayanan radiologi rumah sakit dan buka selama 24 jam; tenaga on site.
4= Pelayanan radiologi IGD terpisah dengan pelayanan radiologi rumah sakit; tenaga on call.
5= Pelayanan radiologi IGD terpisah dengan pelayanan radiologi rumah sakit; tenaga on site.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : –
- O : Pelayanan radiologi.
- W : –

Skor : ☐

K.4.7. Ada alat dan obat untuk life saving sesuai dengan standar pada Buku Pedoman Pelayanan Gawat Darurat.

Skor :
0= Tidak ada obat dan alat untuk life saving.
1= Ada obat, tidak ada alat atau sebaliknya.
2= Ada obat, ada alat tak lengkap.
3= Ada obat, ada alat cukup.
4= Ada obat, alat lengkap.
5= Ada obat, alat sangat lengkap/sesuai dengan standar.

DO : Obat dan alat sangat lengkap : sesuai dengan standar.

CP :
- D : Protap.
- O : Alat dan obat pelakasanaan pelayanan.
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.4.8. Ada prosedur tetap mengenai penggunaan obat dan alat untuk life safving sesuai dengan standar.

Skor :
0= Tidak ada prosedur tetap tertulis.
1= Prosedur tetap tertulis sedang dalam proses.
2= Ada prosedur tetap, belum lengkap.
3= Ada prosedur tetap, lengkap, belum dilaksanakan.
4= Ada prosedur tetap, lengkap, belum dilaksanakan dengan baik.
5= Ada prosedur tetap, lengkap, dilaksanakan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Protap.
- O : Pelaksanaan Protap.
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

Std. 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.

Harus ada kebijakan dan prosedur pelaksanaan tertulis di unit yang selalu ditinjau dan disempurnakan (bila perlu) dan mudah dilihat oleh seluruh petugas.

K.5.1. Ada petunjuk tertulis/SOP untuk menangani :
- Kasus perkosaan;
- Kasus keracunan massal;
- Asuransi;
- Kasus dengan korban massal;
- Kasus/hal lain sesuai dengan keadaan setempat.

Skor :
0= Tidak ada SOP.
1= SOP sedang dalam proses penyusunan.
2= Ada SOP, tetapi belum lengkap.
3= Ada SOP, lengkap, belum dilaksanakan.
4= Ada SOP, lengkap, sudah dilaksanakan, tetapi belum baik.
5= Ada SOP, lengkap, sudah dilaksanakan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : SOP, SK.
- O : Pelaksanaan SOP.
- W : Petugas IGD, Pasien, Petugas IPS.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.5.2. Ada prosedur medis tertulis yang antara lain berisi :
- Tanggung jawab dokter;
- Batasan tindakan medis;
- Protokol medis untuk kasus-kasus tertentu.

Skor :
0= Tidak ada prosedur medis tertulis.
1= Prosedur medis tertulis sedang dalam proses penyusunan.
2= Ada prosedur medis tertulis, tetapi belum lengkap.
3= Ada prosedur medis tertulis, lengkap, belum dilaksanakan.
4= Ada prosedur medis tertulis, lengkap; sudah dilaksanakan, tetapi belum baik.
5= Ada prosedur medis tertulis, lengkap; sudah dilaksanakan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Prosedur medis tertulis, SK.
- O : Pelayanan medis di IGD.
- W : Dokter IGD.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN

Instalasi gawat darurat dapat dimanfaatkan untuk pendidikan magang (in service training) dan pendidikan berkelanjutan bagi petugas.

K.6.1. Ada pendidikan dan latihan (diklat) penanggulangan pasien gawat darurat bagi pegawai/pegawai rumah sakit/masyarakat sekitar.

Skor :
0= Tidak ada diklat.
1= Diklat dalam proses penyusunan.
2= Tidak ada pendidikan tetapi ada pelatihan bagi pegawai rumah sakit.
3= Ada pendidikan dan pelatihan bagi pegawai rumah sakit.
4= Ada pendidikan dan pelatihan bagi pegawai rumah sakit dan pelatihan bagi masyarakat sekitar.
5= Ada pendidikan dan pelatihan bagi pegawai rumah sakit dan pelatihan bagi masyarakat sekitar dan telah berjalan dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Jadwal, materi dan daftar hadir peserta diklat, POA.
- O : Pelaksanaan diklat.
- W : Petugas diklat.

Skor : ☐

K.6.2. Ada program orientasi bagi petugas yang baru di Instalasi Gawat Darurat.

Skor :
0= Tidak ada program.
1= Program dalam proses penyusunan.
2= Ada program, belum tertulis lengkap.
3= Ada program; lengkap; belum dilaksanakan.
4= Ada program; lengkap; pelaksanaan belum baik.
5= Ada program; lengkap; pelaksanaan sudah baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Pedoman program tertulis.
- O : –
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

K.6.3. Ada program perencanaan tertulis tentang peningkatan keterampilan secara periodik dan terstruktur bagi petugas.

Skor :
0= Tidak ada program perencanaan tertulis.
1= Program dalam proses penyusunan.
2= Ada program/rencana tertulis tetapi belum lengkap.
3= Ada program/rencana tertulis tengkap; belum dilaksanakan.
4= Ada program/rencana tertulis tengkap; pelaksanaan belum baik.
5= Ada program/rencana tertulis tengkap; pelaksanaan sudah baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Pedoman program, POA bukti tertulis pelaksanaan.
- O : Pelaksanaan kegiatan.
- W : Petugas IGD dan diklat.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU

Ada upaya penilaian kemampuan dan hasil pelayanan Instalasi Gawat Darurat secara terus menerus.

K.7.1. Ada data dan informasi mengenai :
- Jumlah kunjungan;
- Waktu pelayanan;
- Penggunaan pemeriksaan penunjang;
- Pola penyakit/kecelakaan;
- Angka kematian.

Skor :
0= Data dan informasi belum ada.
1= Data dan informasi dalam proses penyusunan.
2= Data dan informasi ada, tetapi tidak lengkap.
3= Data dan informasi ada, lengkap, tetapi tidak dapat dipresentasikan.
4= Data dan informasi ada, lengkap, tidak langsung dapat dipresentasikan.
5= Data dan informasi ada, lengkap, langsung dapat dipresentasikan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Data dan informasi.
- O : --
- W : Petugas IGD dan TU.

Skor : ☐

K.7.2. Ada evaluasi mengenai pelaporan penanganan kasus kecelakaan.

Skor :
0= Tidak ada data, tidak bisa dilakukan evaluasi.
1= Data dalam proses, tidak bisa dilakukan evaluasi.
2= Data sebagian ada, evaluasi tidak ada.
3= Data ada lengkap, evaluasi belum ada.
4= Data ada lengkap, evaluasi belum lengkap.
5= Data ada lengkap, evaluasi lengkap.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Pelaporan.
- O : --
- W : Petugas IGD dan TU.

Skor : ☐

K.7.3. Ada pertemuan berkala secara teratur membahas masalah dan langkah pemecahannya.

Skor :
0= Tidak ada pertemuan.
1= Program pertemuan dalam perencanan.
2= Ada pertemuan, masalah dan langkah-langkah pemecahan tidak dibahas.
3= Ada pertemuan, membahas masalah dan langkah-langkah pemecahan tidak teratur.
4= Ada pertemuan, membahas masalah dan langkah-langkah pemecahan teratur, notulen tak lengkap.
5= Ada pertemuan, membahas masalah dan langkah-langkah pemecahan teratur, notulen lengkap.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Agenda pertemuan, notulen rapat, absensi.
- O : --
- W : Petugas IGD.

Skor : ☐

K.7.4. Ada hasil penilaian kasus-kasus medis tertentu (misalnya cidera kepala).

Skor :
0= Tidak ada penilaian hasil kasus-kasus medis.
1= Penilaian hasil kasus-kasus medis dalam proses perencanaan.
2= Ada penilaian hasil kasus-kasus medis, belum lengkap.
3= Ada penilaian hasil kasus-kasus medis, lengkap belum dibahas.
4= Ada penilaian hasil kasus-kasus medis, lengkap, dibahas tetapi belum sempurna.
5= Ada penilaian hasil kasus-kasus medis, lengkap, dibahas dengan sempurna.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Laporan.
- O : --
- W : Kepala dan dokter di IGD

Skor : ☐

>> htr <<

DISPERPUSIP JATIM

Tabel 1c.

Rangkuman Penilaian Masing–masing Standar
3. Pelayanan Gawat Darurat
"Self Assessment"

RS:

No	Standar	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Falsafah dan Tujuan							4		
2	Administrasi dan Pengelolaan							16		
3	Staf dan Pimpinan							2		
4	Fasilitas dan Peralatan							8		
5	Kebijakan dan Prosedur							2		
6	Pengembangan Staf dan Program Pendidikan							3		
7	Evaluasi dan Pengendalian Mutu							4		
	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor **							39		
	Jumlah Skor ***								X = ...	
	% Pencapaian untuk seluruh Standar Pelayanan Gawat Darurat ****									

Keterangan:

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing–masing standar.
Misal : Falsafah dan Tujuan ada 3 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 2 kriteria yang mendapat skor 5 dan 1 kriteria yang mendapat skor 3, maka jumlah skor Falsafah dan Tujuan = { (2x5) + (1x3) } = 13

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Staf dan Pimpinan ada 2 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 2, bukan angka 10.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu: Perkalian "Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai. Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk seluruh standar Pelayanan Gawat Darurat ada 15 kriteria, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60

**** Diisi dengan menggunakan rumus :

$$\frac{X}{\text{Jumlah Kriteria seluruhnya} \times 5} \times 100\% = \ldots\ldots\% = \frac{X}{39 \times 5} \times 100\% = \ldots\ldots\% \text{ (2 desimal).}$$

DISPERPUSTAKAAN

DISPERPUSIP JATIM

PEDOMAN PENILAIAN INSTRUMEN "SELF-ASSESSMENT"

4. PELAYANAN KEPERAWATAN

STANDAR 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Pelayanan keperawatan diorganisir dan dikelola agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang optimal bagi pasien sesuai dengan standar yang ditetapkan.

KI.I. Ada dokumen tertulis meliputi falsafah dan tujuan ~~tujuan~~ umum pelayanan keperawatan yang merupakan acuan pelayanan keperawatan yang diketahui oleh semua unit di rumah sakit.

SKOR :

0 = Tidak ada dokumen falsafah dan tujuan bidang keperawatan secara tertulis.

1 = Ada dokumen tertulis falsafah keperawatan.

2 = Ada dokumen tertulis falsafah dan tujuan bidang keperawatan yang mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit.

3 = Ada dokumen tertulis falsafah dan tujuan bidang keperawatan yang mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit yang disusun oleh bidang keperawatan.

4 = Ada dokumen tertulis falsafah dan tujuan bidang keperawatan yang mengacu pada falsafah dan tujuan rumah sakit yang disusun oleh bidang keperawatan dan diberlakukan oleh pimpinan rumah sakit.

5 = Tiap unit pelayanan keperawatan mempunyai dokumen tertulis falsafah dan tujuan unit pelayanan keperawatan yang mengacu pada falsafah dan tujuan bidang keperawatan dan dimengerti oleh perawat dan digunakan sebagai acuan kerja.

DO : cukup jelas.

CP : - D : Falsafah dan tujuan tertulis
- W : Perawat, Direktur, Kabid, Kasie perawatan, Karu.
- O : perilaku dan kegiatan keperawatan.

DISPERPUSIP JATIM

K1.2. Ada tujuan khusus secara tertulis yang dikembangkan oleh setiap unit keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada tujuan khusus tertulis di unit keperawatan.

1 = Ada tujuan khusus tertulis pada satu atau beberapa unit keperawatan, belum diketahui/dimengerti oleh perawat pelaksana di unit tersebut.

2 = Ada tujuan khusus tertulis dikembangkan oleh beberapa unit keperawatan, diketahui/dimengerti oleh semua perawat pelaksana.

3 = Ada tujuan khusus tertulis dikembangkan oleh semua unit keperawatan, belum diketahui/dimengerti oleh semua perawat pelaksana.

4 = Ada tujuan khusus tertulis dikembangkan, diketahui dan dimengerti semua unit keperawatan, tapi belum seluruh perawat pelaksana melaksanakannya.

5 = Ada tujuan khusus tertulis dikembangkan disetiap unit keperawatan, dimengerti dan dilaksanakan oleh semua perawat pelaksana.

D.O. : cukup jelas.

C.P. : - D: Tujuan khusus pelayanan keperawatan di unit pelayanan.
- W: Kepala unit pelayanan, kabid/kasie perawatan.
- O : Perilaku dan kegiatan.

K.1.3. Dokumen diatas ditinjau dan disempurnakan (bila perlu) paling sedikit setiap 3 tahun.

SKOR :

0 = Tidak ada tanggal (berlakunya) peninjauan (review) ataupun revisi dokumen K.1.2.

1 = Ada tanggal (berlakunya).

2 = Dokumen K.1.2. ada tanggal (berlakunya), ditinjau atau disempurnakan pada waktu lebih dari 3 tahun yang lalu.

3 = Dokumen K.1.2. ada tanggal (berlakunya), hanya pernah ditinjau atau disempurnakan 3 tahun yang lalu.

DISPERPUSIP JATIM

4 = Dokumen K.1.2. ditinjau atau disempurnakan (hanya) pada 1 tahun yang lalu.
5 = Dokumen K.1.2. ditinjau atau disempurnakan setiap tahun dalam 3 tahun terakhir.

D.O. : - ditinjau (review) dengan diberi tanggal review.
- disempurnakan (revisi) dengan diberi tanggal revisi.

C.P. : - D: Tujuan khusus pelayanan keperawatan di unit pelayanan.
- W: Kabid/Kasie perawatan, Karu
- O : Perilaku dan kegiatan.

K1.4. Ada bagan/struktur organisasi yang memperlihatkan secara jelas garis komando, tanggung jawab, kewenangan serta hubungan kerja dalam pelayanan keperawatan dan hubungan dengan unit lain.

SKOR :
0 = Tidak ada struktur organisasi.
1 = Ada struktur organisasi.
2 = Ada struktur organisasi yang menggambarkan secara jelas garis komando, tanggung jawab dan kewenangan.
3 = Ada struktur organisasi yang menggambarkan secara jelas garis komando, tanggung jawab dan kewenangan dilengkapi dengan uraian tugas.
4 = Ada struktur organisasi, yang menggambarkan secara jelas garis komando, tanggung jawab dan kewenangan dilengkapi dengan uraian tugas serta dipahami oleh pengelola keperawatan (Kabid/Kasie-Karu).
5 = Struktur organisasi yang lengkap seperti tersebut diatas dipahami baik oleh perawat pengelola maupun perawat pelaksana.

D.O. : cukup jelas.
C.P. : - D: struktur organisasi unit struktural dan fungsional.
- W: direktur, kabid/kasie/karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan sesuai uraian tugas..

DISPERPUSIP JATIM

K1.5. Bagan organisasi dan pembagian tugas ditinjau kembali untuk disempurnakan (bila perlu) paling sedikit setiap 3 tahun.

SKOR :

0 = Tidak ada tanggal (berlakunya) peninjauan maupun penyempurnaan dokumen K1.4.
1 = Ada tanggal (berlakunya).
2 = Dokumen K1.4. ada tanggal (berlakunya), ditinjau atau disempurnakan pada waktu lebih dari 3 tahun yang lalu.
3 = Dokumen K1.4. ada tanggal (berlakunya), ditinjau atau disempurnakan 3 tahun yang lalu saja.
4 = Dokumen K1.4. ditinjau atau disempurnakan hanya pada 1 tahun yang lalu.
5 = Dokumen K1.4. ditinjau atau disempurnakan setiap tahun dalam 3 tahun terakhir.

D.O. : cukup jelas.
C.P. : - D : struktur organisasi unit struktural dan fungsional.
- W : Direktur, Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan sesuai uraian tugas.

K1.6. Ada uraian tugas tertulis yang diberikan kepada setiap petugas, paling sedikit mencakup hal-hal sebagai berikut:

a. Kualifikasi yang dibutuhkan untuk jabatan petugas yang bersangkutan.
b. Garis kewenangan.
c. Fungsi dan tanggung jawab.

SKOR :

0 = Tidak ada uraian tugas.
1 = Ada dokumen tertulis uraian tugas tetapi tidak jelas.
2 = Ada dokumen tertulis uraian tugas yang mencakup fungsi dan tanggung jawab, garis komando dan kewenangan untuk Kabid/Kasie Perawatan.
3 = Ada dokumen tertulis uraian tugas yang mencakup kualifikasi tenaga untuk pengelola keperawatan, fungsi dan tanggung jawab, garis komando dan kewenangannya.
4 = Ada dokumen tertulis uraian tugas yang mencakup

DISPERPUSIP JATIM

kualifikasi tenaga untuk pengelola perawatan, fungsi dan tanggung jawab, garis komando dan kewenangan untuk setiap jabatan tenaga perawatan.

5 = Dokumen tertulis uraian tugas tersebut difahami dan dilaksanakan oleh perawat baik pengelola maupun pelaksana.

D.O. : cukup jelas.

C.P. : - D : dokumen uraian tugas untuk jabatan struktural fungsional.
- W: Direktur, Kabid, Kasie, Karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan sesuai uraian tugas.

K1.7. Ada pertemuan berkala staf keperawatan yang diadakan paling sedikit setiap bulan yang dituangkan dalam notulen rapat.

SKOR :

0 = Tidak ada pertemuan berkala.
1 = Ada jadwal pertemuan berkala.
2 = Ada daftar hadir dan notulen pertemuan berkala.
3 = Ada daftar hadir dan notulen pertemuan berkala antara Kabid/Kasie Perawatan dengan Karu.
4 = Ada daftar hadir dan notulen hasil pertemuan berkala setiap bulan dan insidentil antara Kabid/Kasie perawatan dengan Karu.
5 = Ada daftar hadir dan notulen hasil pertemuan berkala setiap bulan dan insidentil antara Kabid/Kasie perawatan dengan Karu untuk mendiskusikan pelayanan keperawatan.

D.O. : cukup jelas.

C.P. : - D: rencana/jadwal pertemuan, daftar hadir, manual.
- W: Kabid, Kasie, Karu.
- O : -

K1.8. Ada perjanjian tertulis dengan institusi pendidikan yang meliputi tanggung jawab terhadap orientasi, supervisi dan evaluasi peserta

DISPERPUSDA JATIM

didik, bagi rumah sakit yang menyediakan kesempatan pendidikan keperawatan (bila rumah sakit tidak menyelenggarakan kegiatan ini, tak perlu mengisi butir K1.8.).

SKOR :

0 = Tidak ada dokumentasi tertulis perjanjian kerja sama antara rumah sakit dengan instansi pendidikan keperawatan.

1 = Ada dokumentasi tertulis tentang persetujuan rumah sakit menjadi tempat praktek siswa/mahasiswa keperawatan.

2 = Ada dokumentasi tertulis perjanjian kerja sama antara rumah sakit dengan instansi pendidikan keperawatan yang dibuat dan ditanda tangani oleh kedua belah pihak.

3 = Ada dokumentasi tertulis perjanjian kerja sama antara rumah sakit dan instansi pendidikan keperawatan yang dibuat serta ditanda tangani oleh kedua belah pihak yang mencakup fungsi dan tanggung jawab, dan hak & kewajiban masing-masing pihak.

4 = Ada dokumentasi tertulis perjanjian kerja sama yang dilengkapi dengan sistem evaluasi program bimbingan; adanya SK penunjukan sebagai CI (pembimbing).

5 = Ada dokumentasi tertulis perjanjian kerja sama yang dilengkapi dengan sistem evaluasi program bimbingan; ada catatan kegiatan bimbingan peserta didik, batas waktu program bimbingan, batasan uraian kegiatan/hal yang boleh dan tidak boleh dikerjakan oleh peserta didik dan sanksinya.

DO : Kriteria ini hanya berlaku bagi rumah sakit yang digunakan sebagai lahan praktek siswa/mahasiswa keperawatan.

CP : D : 1. Dokumen perjanjian kerja sama.
2. Dokumen/program bimbingan termasuk sistem evaluasinya.
3. SK penunjukan perawat sebagai pembimbing.
4. Dokumen pelaksanaan program bimbingan.

DISPERPUSIP JATIM

5. Daftar siswa/mahasiswa yang praktek di rumah sakit.

W : Direktur rumah sakit, Kabid/Kasie Perawatan, Kabid Diklat rumah sakit, Karu, Pembimbing.

O : Pelaksanaan kegiatan program bimbingan siswa/ mahasiswa.

K1.9. Kepala Keperawatan bertanggung jawab atas pelayanan, pengelolaan dan asuhan keperawatan dan mengikutsertakan perawat penanggung jawab ruangan dan supervisor.

SKOR :

0 = Kepala keperawatan tidak terlibat dalam pelayanan, pengelolaan dan asuhan keperawatan.

1 = Kepala keperawatan terlibat dalam pelayanan dan pengelolaan melalui mekanisme a (lihat pada DO).

2 = Kepala keperawatan terlibat dalam pelayanan dan pengelolaan melalui mekanisme a dan b dengan mengikut sertakan supervisor.

3 = Kepala keperawatan terlibat dalam pelayanan, pengelolaan dan asuhan keperawatan melalui mekanisme a dan b dengan mengikut sertakan supervisor dan Karu.

4 = Kepala keperawatan terlibat dalam pelayanan, pengelolaan dan asuhan keperawatan melalui mekanisme a s/d c dengan mengikut sertakan supervisor dan Karu.

5 = Kepala keperawatan mengadakan evaluasi dan tindak lanjut pelayanan, pengelolaan dan asuhan keperawatan melalui mekanisme a s/d c dengan mengikut sertakan supervisor dan Karu.

DO : Yang dimaksud dengan bertanggungjawab adalah menguasai seluruh pelayanan keperawatan pada umumnya di rumah sakit yang dilakukan melalui mekanisme a: laporan tertulis secara rutin dan insidentil, b: pertemuan berkala, c: ronde keperawatan.

C.P.: - D : laporan, pertemuan.

DISPERPUSDA JATIM

- W : Kabid/Kasie/Karu.
- O : pelaksanaan ronde, dsb.

K1.10. Ada daftar penilaian konduite kepegawaian yang dijaga kerahasiaannya dan tersedia bagi masing-masing pegawai di ruangan keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada daftar penilaian konduite kepegawaian (DP3) untuk masing-masing pegawai.

1 = Ada semacam catatan penilaian kinerja pegawai, tidak ada formulir baku maupun kriteria lain sesuai dengan definisi operasional.

2 = Ada formulir baku dengan catatan penilaian, hanya 1 - 2 kriteria lainnya pada definisi operasional yang dipenuhi.

3 = Idem skor 1, ditambah 3 - 4 kriteria lainnya yang tercantum pada DO yang dipenuhi.

4 = Idem skor 1, dan ada 5 - 6 kriteria lainnya yang tercantum pada DO yang dipenuhi.

5 = Ada catatan lengkap penilaian kinerja untuk setiap pegawai (DP3) yang dijaga kerahasiaannya.

DO : Catatan lengkap penilaian kinerja (DP3)

a. Ada formulir baku.
b. Untuk setiap pegawai di bidang pelayanan keperawatan.
c. Formulir diisi lengkap .
d. Disimpan sebagai dokumen/file pribadi pegawai masing-masing.
e. Disimpan dalam lemari/tempat terkunci.
f. Hanya pimpinan atau petugas yang ditunjuk yang dapat menggunakan (punya "access") atas file pribadi tersebut.

Catatan tidak lengkap bila : salah satu atau beberapa kriteria a s/d f tidak terpenuhi.

C.P.: - D : catatan DP3 pegawai.
- W : petugas terkait.
- O : lihat tempat penyimpanan file.

DISPERPUSIP JATIM

STANDAR 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN

Pendekatan sistematik digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien.

K2.1. Ada standar praktek keperawatan yang berlaku dan dijadikan sebagai acuan dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak tersedia buku Standar Asuhan Keperawatan (SAK).
1 = Tersedia buku Standar Asuhan Keperawatan.
2 = Tersedianya buku Standar Asuhan Keperawatan dan diberlakukan sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.
3 = Tersedia buku Standar Asuhan Keperawatan dan disebarluaskan untuk dipahami oleh seluruh perawat.
4 = Tersedianya juknis penerapan Standar Asuhan Keperawatan.
5 = Ada dokumen / catatan asuhan keperawatan tiap pasien yang mencerminkan penerapan Standar Asuhan Keperawatan.

DO : Yang dimaksud dengan standar praktek keperawatan disini adalah Standar Asuhan Keperawatan.

C.P.: - D : Buku SAK, SK Dir, Juknis Penerapan SAK dll.
- W : Dir, Kabid, Kasie, Karu, Pelaksana.
- O : Penerapan SAK.

K2.2. Ada rencana asuhan keperawatan yang disusun setelah diadakan pengkajian terhadap pasien, yang meliputi :

a. Kebutuhan pasien.
b. Hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan.
c. Rincian asuhan keperawatan yang harus diberikan, termasuk asuhan keperawatan tertentu, penyuluhan kesehatan dan persiapan pemulangan pasien atau rujukan.

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada dokumen tertulis rencana asuhan keperawatan.
1 = Ada dokumen tertulis rencana asuhan keperawatan tiap pasien.
2 = Ada catatan tertulis rencana asuhan keperawatan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan.
3 = Ada catatan rencana asuhan keperawatan yang mencakup penetapan urutan prioritas masalah keperawatan.
4 = Ada catatan rencana asuhan keperawatan yang mencakup rumusan tujuan keperawatan yang akan dicapai atau hasil yang diharapkan dari tindakan keperawatan.
5 = Ada catatan rencana asuhan keperawatan yang mencakup rincian tindakan keperawatan yang akan dilakukan.

DO : cukup jelas.

C.P. : - D : dokumen asuhan keperawatan.
- W : Dir, Kabid/~~Kasub~~/ Karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan kegiatan.

K2.3. Ada catatan asuhan keperawatan yang dibuat dan digabungkan ke dalam rekam medis meliputi :

a. Pengkajian asuhan keperawatan.
b. Rencana asuhan keperawatan .
c. Rincian asuhan keperawatan yang telah diberikan.
d. Hasil dan perubahan penting pada kesehatan pasien.
e. Ringkasan asuhan keperawatan pasien saat pulang, pindah, atau meninggal.

SKOR :

0 = Tidak ada formulir pencatatan asuhan keperawatan.
1 = Tersedia formulir catatan asuhan keperawatan.
2 = Tersedia formulir catatan asuhan keperawatan yang merupakan bagian dari rekam medis pasien.
3 = Tersedia formulir catatan asuhan keperawatan yang merupakan bagian dari rekam medis pasien yang diisi tidak lengkap.
4 = Formulir catatan asuhan keperawatan diisi lengkap sejak pasien masuk hingga pulang / meninggal yang meliputi :

DISPERPUSIP JATIM

catatan pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan, rincian tindakan keperawatan yang diberikan, dan hasil evaluasi tentang kemajuan pasien.

5 = Formulir catatan asuhan keperawatan diisi lengkap sejak pasien masuk hingga pulang/meninggal dan ada ringkasan asuhan keperawatan pasien pada saat pulang, pindah atau meninggal.

DO : Cukup jelas.

C.P.: - D : formulir catatan asuhan keperawatan yang diisi lengkap.
- W : Dir, Kabid/~~Kasub~~/ Karu, pelaksana.
- O : -

K2.4. Ada mekanisme yang baku dalam menangani masalah etik keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada komite / panitia etik rumah sakit.

1 = Ada komite / panitia etik rumah sakit yang melibatkan unsur keperawatan.

2 = Ada dokumen tertulis berupa daftar hadir dan hasil pertemuan komite / panitia etik rumah sakit.

3 = Ada dokumen tertulis tentang pelanggaran etik keperawatan.

4 = Ada dokumen tertulis tentang penanggulangan masalah etik keperawatan oleh komite / panitia etik rumah sakit.

5 = Ada dokumen tertulis keterlibatan dalam organisasi profesi (PPNI/IBI) dalam penanggulangan masalah etik keperawatan.

DO : cukup jelas.

C.P.: - D : notulen rapat, dokumen terkait.
- W : Komite Medik/Komite Etik.
- O : -

K2.5. Staf keperawatan senantiasa menghormati hak, keleluasaan pribadi, martabat dan kerahasiaan pasien.

DISPERPUSP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada informed consent, tidak ada kebijakan mengenai pelaksanaan tentang hak dan kewajiban pasien.
1 = Jika ada 1 indikator dari 5 indikator (lihat DO).
2 = Jika ada 2 indikator dari 5 indikator.
3 = Jika ada 3 indikator dari 5 indikator.
4 = Jika ada 4 indikator dari 5 indikator.
5 = Jika ada 5 indikator.

DO : Indikatornya:

a) Ada standar / kebijakan tentang hak dan kewajiban pasien secara tertulis.
b) Informed consent tertulis/lisan untuk semua tindakan.
c) Dalam pelaksanaan pemberian pelayanan perawat memperhatikan hak, keleluasaan pribadi, martabat dan kerahasiaan pasien.
d) Terdapat informed consent untuk tindakan khusus dan untuk tindakan tertentu.
e) Selain itu, informed consent diberikan dengan penjelasan untuk pasien dan keluarganya.

C.P. : - D : Informed consent tertulis, kebijakan tertulis.
- W : Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : Pelaksanaan Indikator a s/d e.

STTANDAR 3. STAF DAN PIMPINAN.

Pelayanan keperawatan dikelola untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

K3.1. Pelayanan keperawatan dipimpin oleh seorang perawat dengan kualifikasi sesuai pedoman uraian tugas tenaga perawatan di rumah sakit yang ditetapkan Depkes R.I.

SKOR:

0 = Pimpinan keperawatan bukan seorang perawat.
1 = Pimpinan keperawatan adalah seorang perawat.
2 = Pimpinan keperawatan adalah seorang perawat berpengalaman.

DIGIPERPUSTAKAAN JATIM

3 = Pimpinan keperawatan adalah seorang perawat berpengalaman dengan tambahan pendidikan manajemen.

4 = Pimpinan keperawatan adalah seorang perawat dengan pendidikan D.III, pengalaman kurang dari 2 tahun dengan pendidikan manajemen.

5 = Pimpinan keperawatan adalah seorang perawat dengan pendidikan D.III/S1 keperawatan dengan pengalaman sekurang-kurangnya 2 tahun dengan pendidikan manajemen.

DO : cukup jelas.

C.P. : - D : Kualifikasi jabatan tertulis.
- W : Dir, Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : -

K3.2. Jumlah dan jenis tenaga keperawatan sesuai dengan standar dan kebutuhan.

SKOR :

0 = Tidak ada pola ketenagaan keperawatan.

1 = Ada dokumen pola ketenagaan keperawatan yang meliputi jumlah dan kategori tenaga keperawatan secara keseluruhan di rumah sakit (bersifat makro).

2 = Ada dokumen pola ketenagaan secara makro dari tiap unit pelayanan yang meliputi : jumlah dan kategori tenaga.

3 = Ada dokumen pola ketenagaan yang lengkap dari tiap perawat per unit pelayanan meliputi : biodata, pendidikan, pengalaman kerja dan diklat yang diikuti.

4 = Ada dokumen sistem penugasan keperawatan yang jelas (metode fungsional, tim, kasus dan metode perawat primer) dan uraian tugas yang jelas bagi perawat pelaksana dan pengelola.

5 = Ada program mutasi / rotasi perawat yang jelas, bagi perawat pelaksana maupun pengelola dan dilengkapi dokumen pelaksanaannya.

DO : cukup jelas.

DISPERPUSIP JATIM

C.P. : - D : Daftar ketenagaan perawat, sistem penugasan, mutasi, rotasi.
- W : Dir, Kabid/Kasie/Karu.
- O : pelaksanaan pola ketenagaan perawat.

K3.3. Ada jadwal jaga secara tertulis serta daftar hadir di ruang perawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada dokumen tertulis jadwal dinas jaga tenaga keperawatan.

1 = Ada dokumen tertulis jadwal dinas tenaga keperawatan dibuat oleh Karu yang mencerminkan jumlah dan kategori tenaga pada setiap shift (shift pagi, shift siang dan shift malam).

2 = Ada dokumen tertulis jadwal dinas tenaga keperawatan dibuat oleh Karu yang mencerminkan jumlah, kategori tenaga dan kemampuan tertentu pada periode 24 jam sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan beban kerja.

3 = Ada dokumen tertulis jadwal dinas tenaga keperawatan dibuat oleh Karu yang mencerminkan jumlah, kategori tenaga dan kemampuan tertentu pada periode 24 jam sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan beban kerja, serta dilengkapi dengan penunjukan perawat sebagai penanggung jawab pada tiap shift.

4 = Ada dokumen tertulis jadwal dinas tenaga keperawatan dibuat oleh Karu yang mencerminkan jumlah, kategori tenaga dan kemampuan tertentu pada periode 24 jam sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan beban kerja serta dilengkapi dengan penunjukan perawat sebagai penanggung jawab pada tiap shift, serta uraian tugas yang jelas.

5 = Sama dengan skor 4, ditambah ada peraturan tertulis dari pimpinan keperawatan tentang penunjukan perawat pengganti bila ada perawat jaga berhalangan hadir sesuai jadwal dinas.

DO : cukup jelas.

DISPERHUSE JATIM

C.P.: - D : Jadwal dinas, peraturan tentang peningkatan perawat pengganti.
- W : Kabid/Kasie.
- O : pelaksanaan sesuai jadwal dinas.

K3.4. Ada dokumentasi penilaian terhadap staf keperawatan yang didasarkan pada uraian tugas yang dapat dipergunakan untuk pembinaan dan peningkatan karier.

SKOR :
0 = Tidak ada dokumen tertulis tentang penilaian staf keperawatan.
1 = Ada dokumentasi tertulis tentang penilaian staf keperawatan.
2 = Ada dokumentasi tertulis tentang penilaian staf keperawatan yang didasarkan pada uraian tugas, tidak lengkap.
3 = Ada dokumentasi tertulis tentang penilaian staf keperawatan yang didasarkan pada uraian tugas, lengkap.
4 = Ada dokumentasi tertulis tentang penilaian staf keperawatan yang didasarkan pada urian tugas dan digunakan untuk pembinaan karier.
5 = Ada dokumentasi tertulis tentang penilaian staf keperawatan yang didasarkan pada uraian tugas dan digunakan untuk pembinaan dan peningkatan karier secara lengkap.

D.O. : cukup jelas.
C.P. : - D : penilaian staf sesuai uraian tugas.
- W : Kabid/Kasie/Karu.
- O : -

K3.5. Ada seorang perawat pengganti yang cakap yang dapat diserahi tanggung jawab dan kewenangan saat kepala perawat tidak bertugas.

SKOR :
0 = Tidak ada perawat pengganti.
1 = Ada perawat pengganti.
2 = Ada perawat pengganti dengan peran dan fungsi yang tidak jelas.

DISPERPUSIP JATIM

3 = Ada perawat pengganti dengan peran dan fungsi yang jelas.

4 = Ada perawat pengganti dengan peran dan fungsi yang jelas dan kualitas minimal setara dengan Kepala Ruangan.

5 = Ada perawat pengganti dengan peran fungsi yang jelas dan kualifikasi minimal setara dengan Kepala Ruangan dan ada laporan pelaksanaan tugas.

DO : Cukup jelas.

CP : D : Peraturan tertulis tentang tugas jaga, jadwal dinas, laporan.
W : Kabid/Kasie/Karu, Perawat.
O : Pelaksanaan kegiatan.

K3.6. Ada tersedia tenaga keperawatan terlatih pada setip tugas jaga sesuai dengan kebutuhan pasien.

SKOR :

0 = Tidak ada perawat terlatih sesuai kebutuhan pasien.

1 = Ada perawat berpengalaman pada tugas jaga tertentu di beberapa unit khusus.

2 = Ada perawat berpengalaman pada setiap tugas jaga di beberapa unit khusus.

3 = Ada perawat terlatih untuk beberapa unit khusus.

4 = Ada perawat terlatih pada tugas jaga tertentu di setiap unit khusus.

5 = Ada perawat terlatih pada setiap tugas jaga di setiap unit khusus.

DO : Cukup jelas.

CP : D : Kualifikasi tenaga, jadwal dinas, laporan.
W : Kabid/Kasie/Karu/Perawat Pelaksana.
O : Pelaksanaan tugas.

STANDAR 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Fasilitas dan peralatan harus memadai untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan.

DISPERPUSIP JATIM

K4.1. Ada sarana dan peralatan yang memadai untuk melaksanakan tugas dengan baik.

SKOR :

0 = Tidak tersedia sarana dan peralatan keperawatan sesuai dengan kebutuhan.

1 = Tersedia ruang kerja perawat di setiap unit pelayanan keperawatan.

2 = Tersedia ruang kerja perawat di setiap unit pelayanan keperawatan dan standar peralatan keperawatan meliputi alat tenun, alat rumah tangga, alat keperawatan, kesehatan/ kedokteran dan alat tulis kantor.

3 = Tersedia ruang kerja perawat di setiap unit pelayanan keperawatan dan standar peralatan meliputi alat tenun, alat rumah tangga, alat keperawatan, kesehatan / kedokteran dan alat tulis menulis serta ada rencana sistematis untuk pemeliharaan dan penggantian alat.

4 = Tersedia peralatan sesuai standar.

5 = Tersedia peralatan sesuai standar dan ada mekanisme keterlibatan perawat dalam perencanaan dan pengembangan sarana dan prasarana pelayanan kesehatan di rumah sakit.

D.O. : cukup jelas.

C.P. : - D : Standar peralatan, rencana tahunan/semester, daftar inventaris, SK penunjukan perawat.
- W : Dir, Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : Ruang, alat, kondisi alat.

K.4.2. Peralatan khusus yang ada, dioperasikan oleh petugas yang telah mendapat pelatihan penggunaan peralatan tersebut.

Skor :

0 = Tidak tersedia tenaga terlatih.

1 = Ada tenaga terlatih yang berfungsi sebagai operator.

2 = Ada tenaga terlatih yang berfungsi sebagai operator dan ada dokumentasi tentang frekuensi penggunaan peralatan

DISPERPUSIP JATIM

oleh tenaga terlatih.

3 = Ada tenaga terlatih yang berfungsi sebagai operator, ada dokumentasi tentang frekuensi penggunaan peralatan oleh tenaga terlatih dan ada pedoman cara penggunaan dan pemeliharaan peralatan khusus.

4 = Ada tenaga terlatih yang berfungsi sebagai operator, ada dokumentasi tentang frekuensi penggunaan peralatan oleh tenaga terlatih, ada pedoman cara penggunaan dan pemeliharaan peralatan khusus dan ada cara inventarisasi mengenai kondisi alat, frekuensi pemeliharaan dan frekuensi penggunaan alat khusus.

5 = Sama dengan skor 4, peralatan dipelihara dan dapat berfungsi dengan baik.

DO : Peralatan khusus, misalnya : EKG, .Monitoring EKG, CPR, dll.

C.P. : - D : Catatan cara penggunaan alat, kondisi alat, dsb.
- W : Perawat.
- O : Pelaksanaan kegiatan, kondisi alat.

STANDAR 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.

Ada kebijakan dan prosedur tertulis sesuai dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan prinsip praktek keperawatan yang konsisten dengan tujuan pelayanan keperawatan.

K5.1. Kepala keperawatan bertanggung jawab terhadap perumusan dan pelaksanaan kebijaksanaan dan prosedur keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada prosedur keperawatan secara tertulis.

1 = Tersedia prosedur keperawatan secara tertulis.

2 = Tersedia prosedur keperawatan secara tertulis yang dibuat oleh bidang keperawatan, meliputi sebagian SOP.

3 = Tersedia prosedur keperawatan secara tertulis yang dibuat oleh bidang keperawatan, meliputi sebagian SOP dan masih berlaku serta diinformasikan kepada semua tenaga keperawatan.

DISEMPUSIP JATIM

4 = Tersedia prosedur keperawatan secara tertulis yang dibuat oleh bidang keperawatan, tersedia lengkap dan mudah dijangkau serta diinformasikan kepada semua tenaga keperawatan.

5 = Tersedia prosedur keperawatan secara tertulis yang dibuat oleh bidang keperawatan, tersedia lengkap dan mudah dijangkau serta dilaksanakan oleh semua tenaga keperawatan.

DO : SOP lengkap : prosedur asuhan keperawatan, ketenagaan, peralatan, cara penanggulangan kedaruratan.

C.P. : - D : Prosedur keperawatan (SOP) lengkap.
- W : Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan SOP.

K5.2. Staf keperawatan yang aktif terlibat dalam asuhan langsung kepada pasien diikut sertakan dalam perumusan kebijakan dan prosedur keperawatan.

SKOR :

0 = Staf keperawatan yang aktif dalam asuhan langsung kepada pasien tidak diikutsertakan dalam perumusan kebijakan dan prosedur keperawatan.

1 = Keikutsertaan perawat tersebut tidak secara formal (hanya diminta masukan lisan di luar rapat).

2 = Keikutsertaan perawat tersebut secara formal dalam rapat di tingkat kelompok kecil.

3 = Keikutsertaan perawat tersebut secara formal dalam rapat ditingkat ruangan.

4 = Keikutsertaan perawat tersebut secara formal dalam rapat bidang keperawatan.

5 = Staf keperawatan yang aktif dalam asuhan langsung kepada pasien diikutsertakan dalam perumusan kebijakan dan prosedur keperawatan pada rapat-rapat di tingkat rumah sakit.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Perumusan kebijakan dan prosedur, misalnya : rapat-rapat pembuatan SOP, SK, Standar-standar keperawatan lain di rumah sakit.

C.P. : - D : Notulen rapat.
- W : -
- O : -

K.5.3. Ada bukti bahwa staf keperawatan bertindak berdasarkan ketentuan hukum yang mengatur standar praktek keperawatan dan berpedoman pada etika profesi yang berlaku.

SKOR :

0 = Tidak ada ketentuan tertulis yang mengatur tentang standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan.

1 = Ada ketentuan tertulis yang mengatur tentang standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan .

2 = Ada ketentuan tertulis yang mengatur standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan yang dirumuskan oleh bidang keperawatan dan diberlakukan oleh Pimpinan rumah sakit.

3 = Ada ketentuan tertulis yang mengatur tentang standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan yang dirumuskan oleh Bidang Keperawatan dan diberlakukan oleh Pimpinan rumah sakit dan ada rencana pembinaan.

4 = Ada ketentuan tertulis yang mengatur tentang standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan dirumuskan oleh Bidang keperawatan dan diberlakukan oleh Pimpinan rumah sakit serta ada pelaksanaan pembinaan.

5 = Ada ketentuan tertulis yang mengatur tentang standar praktek keperawatan dan etika profesi keperawatan, ada pelaksanaan pembinaan etika profesi serta penanggulangannya.

DO : Cukup jelas.

C.P.: D : 1. Dokumen sistem pembinaan etika profesi keperawatan dan penjabaran kode etika profesi

DISPERPUSP JATIM

keperawatan yang menyatu dengan kode etik rumah sakit.

2. Catatan kejadian pelanggaran etika profesi dan pemberian sanksi.

W : Direktur RS, Kabid/Kasie Perawatan, Karu, Perawat pelaksana.

O : -

K5.4. Ada pedoman praktek keperawatan yang meliputi :

a. Prinsip-prinsip yang mendasari prosedur.
b. Garis besar prosedur.
c. Kemungkinan perawat menyesuaikan prosedur terhadap kebutuhan pasien.

SKOR :

0 = Tidak ada pedoman praktek keperawatan.
1 = Ada pedoman praktek keperawatan, tidak tertulis.
2 = Ada pedoman tertulis praktek keperawatan.
3 = Pedoman praktek keperawatan meliputi prinsip-prinsip dan garis besar prosedur.
4 = Ada dokumen tertulis pelaksanaan praktek keperawatan sesuai dengan pedoman.
5 = Ada dokumen tertulis pelaksanaan praktek keperawatan sesuai pedoman dan kondisi/kebutuhan pasien.

DO : Cukup jelas

C.P.: - D : -
- W : -
- O : -

K5.5 Kebijakan dan prosedur keperawatan sejalan dengan kebijakan dan prosedur dari pelayanan-pelayanan lain dalam rumah sakit.

SKOR :

0 = Tidak ada dokumen tertulis tentang keterlibatan ataf keperawatan dalam penyusunan kebijakan pelayanan bidang lain dalam rumah sakit ~~dan sarana rumah sakit.~~

DISPERPUSP JATIM

1 = Ada keterlibatan staf keperawatan dalam penyusunan kebijakan pelayanan bidang lain dalam rumah sakit.

2 = Ada dokumen tertulis tentang keterlibatan staf keperawatan dalam penyusunan kebijakan pelayanan bidang lain dalam rumah sakit.

3 = Ada dokumen tertulis tetang keterlibatan staf keperawatan dan ada jadwal pertemuan dalam membahas kebijakan pelayanan bidang lain di rumah sakit.

4 = Ada dokumen tertulis tentang keterlibatan staf keperawatan, ada jadwal pertemuan dan ada dokumen tertulis tentang hasil pertemuan dan tindak lanjut dalam kebijakan pelayanan bidang lain di rumah sakit.

5 = Ada dokumen tertulis tentang keterlibatan staf keperawatan, ada jadwal pertemuan, ada dokumen tertulis tentang hasil pertemuan dan tindak lanjut dan ada dokumen tertulis tentang hasil pelaksanaan tindak lanjut yang menyangkut kebijakan pelayanan bidang lain di rumah sakit.

DO : Pelayanan bidang lain : rekam medis, pelayanan gizi, pelayanan farmasi, perencanaan fasilitas dan sarana rumah sakit dan upaya pengendalian mutu pelayanan di komite medik rumah sakit.

C.P.: D : 1. SK Penunjukan perawat tentang keterlibatan dalam hal pengelolaan rekam medik, gizi dll.
2. Ada ketentuan tertulis tentang sistem pengamanan rekam medik pasien.
3. Catatan pelaksanaan program pengobatan, terapi diet dll di dalam catatan asuhan keperawatan.
4. Ada notulen rapat tentang keterlibatan perawat dalam perencanaan fasilitas.

W : Kabid/Kasie Perawatan, Karu.

O : -

KS.6. Semua kebijakan dan prosedur dibuat secara tertulis dan diberi tanggal, dapat dengan mudah diperoleh, digunakan sebagai acuan/rujukan, dan ditinjau/disempurnakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun.

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Kebijakan dan prosedur tidak tertulis, tidak diberi tanggal, sulit dicari, tidak menjadi acuan, tidak ada revisi/review (Indikator pada DO tidak ada yang terpenuhi).

1 = Hanya 1 indikator

2 = 2 – 3 indikator yang terpenuhi

3 = 3 – 4 indikator yang terpenuhi

4 = Semua indikator terpenuhi, tetapi banyak prosedur yang baru dibuat (3 bulan).

5 = Semua indikator pada DO ada secara lengkap, ditambah : tanggal pembuatan prosedur lebih dari 3 bulan yang lalu.

D.O : Indikator kriteria ini adalah :

1. Semua prosedur /bijakan dibuat secara tertulis
2. Ada tanggal pembuatan.
3. Ada tanggal revisi/review.
4. Disimpan ditempat yang mudah dicari/digunakan
5. Dilaksanakan/menjadi acuan kerja

C.P. : - D : -
- W : -
- O : -

K.5.7. Ada petunjuk tertulis dan informasi bahwa staf memahami tentang kebijakan dan prosedur yang mutahir serta menerapkannya dalam semua kegiatan.

Skor :

0 = Tidak kebijakan dan prosedur yang mutakhir.

1 = Ada kebijakan dan prosedur yang mutakhir, belum diinformasikan kepada staf.

2 = Ada kebijakan dan prosedur yang mutakhir, telah diinformasikan kepada staf.

3 = Ada kebijakan dan prosedur yang mutakhir, yang telah diinformasikan dan dipahami oleh staf.

4 = Ada kebijakan dan prosedur yang mutakhir, telah diinformasikan dan dipahami, belum diterapkan pada semua kegiatan.

DISPERPUSIP JATIM

5 = Ada kebijakan dan prosedur yang mutakhir, telah diinformasikan dan dipahami, diterapkan pada semua kegiatan.

D.O. : Kebijakan dan prosedur yang mutakhir berarti yang telah diperbaharui dan diberlakukan.

C.P. : - D : kebijakan, prosedur tertulis.
- W : Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : pelaksanaan kegiatan.

K.5.8. Staf keperawatan berpartisipasi pada perencanaan, pengambilan keputusan, dan perumusan kebijakan rumah sakit. Staf keperawatan terwakili pada pertemuan-pertemuan antar unit mengenai perencanaan dan perumusan kebijakan yang berkaitan dengan pelayanan pasien serta kegiatan-kegiatan keperawatan.

SKOR :

0 = Staf keperawatan tidak berpartisipasi sama sekali dalam hal-hal diatas.
1 = Hanya beberapa staf keperawatan berpartisipasi secara informal.
2 = Pada umumnya staf keperawatan berpartisipasi secara informal.
3 = Hanya 1 - 2 orang dilibatkan dalam pertemuan formal yang membahas hal-hal diatas.
4 = Staf keperawatan yang mempunyai jabatan struktural saja berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan diatas.
5 = Staf keperawatan dengan jabatan struktural dan fungsional berpartisipasi dalam pertemuan-pertemuan diatas.

DO : - Berpartisipasi dapat secara informal (diluar rapat) maupun secara formal (dalam acara pertemuan/rapat).
- Staf keperawatan adalah perawat dengan jabatan struktural maupun fungsional.

C.P. : - D : daftar hadir rapat.
- W : perawat.
- O : Bila ada kegiatan dimaksud.

DISPERPUSIP JATIM

K.5.9. Tersedia sistem dokumentasi kecelakaan, kesalahan dan keluhan pasien serta catatan mengenai tindakan yang diambil untuk mengidentifikasikan dan mengatasi sebab dari masalah-masalah tersebut.

SKOR:

0 = Tidak ada dokumen tertulis tentang kecelakaan, kesalahan dan keluhan pasien.

1 = Ada dokumen tertulis tentang kecelakaan, kesalahan yang dilakukan terhadap pasien.

2 = Ada dokumen tertulis tentang kecelakaan, kesalahan dan keluhan pasien untuk diidentifikasi.

3 = Ada dokumen tertulis tentang kecelakaan, kesalahan dan keluhan pasien serta catatan mengenai tindakan yang diambil.

4 = Ada dokumen tertulis tentang kecelakaan, kesalahan dan keluhan pasien serta catatan mengenai tindakan yang diambil untuk mengidentifikasi dan mengatasi sebab dari masalah tersebut.

5 = Ada pembinaan terhadap staf dalam mengatasi masalah-masalah tersebut serta evaluasi penanggulangannya.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : dokumen terkait.
- W : Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : -

STANDAR 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Harus ada program pengembangan dan pendidikan berkesinambungan agar setiap staf keperawatan dapat meningkatkan kemampuan profesionalnya.

K.6.1. Ada program pengembangan staf yang dikoordinir oleh perawat (jangka pendek 1 tahun dan jangka panjang 5 tahun).

DISPERPUSIP JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada program pengembangan staf.

1 = Ada program pengembangan staf yang dibuat oleh bidang perawatan.

2 = Ada koordinator program yang ditunjuk dengan SK Direktur rumah sakit/pejabat yang berwenang.

3 = Ada pedoman pelaksanaan program pengembangan staf sesuai dengan rencana (termasuk sistem seleksi untuk pendidikan berkesinambungan).

4 = Ada dokumen pelaksanaan program pengembangan staf sesuai rencana.

5 = Ada dokumen evaluasi pelaksanaan tindak lanjut program pengembangan staf dan rencana tindak lanjut.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : program tertulis, SK Dir, evaluasi tertulis, sistem seleksi.
- W : Kabid/Kasie/Karu, pelaksana.
- O : bila ada kegiatan saat ini.

K.6.2. Ada program orientasi dan pelatihan yang bertujuan untuk mencapai efektivitas program pelayanan.

SKOR:

0 = Tidak ada program tertulis tentang orientasi bagi tenaga perawat yang baru ditempatkan atau tenaga pindahan.

1 = Tidak ada program orientasi atau pelatihan untuk staf keperawatan.

2 = Hanya ada orientasi atau pelatihan secara insidentil, tidak terjadwal.

3 = Orientasi atau pelatihan sudah diprogramkan oleh bidang keperawatan, tapi sering tidak terlaksana.

4 = Orientasi atau pelatihan sudah diprogramkan oleh bidang keperawatan atau rumah sakit, tetapi penyelenggaraannya terbatas di lingkungan rumah sakit.

5 = Ada orientasi dan pelatihan yang diprogramkan secara tertulis dan dijadwalkan sendiri oleh rumah sakit maupun yang ditawarkan oleh pihak luar rumah sakit (rumah sakit lain, Kanwil, organisasi profesi dan sebagainya).

DISPERPUSIP JATIM

DO : - Program orientasi ditujukan pada petugas/perawat baru atau yang baru ditempatkan pada unit/ruangan tertentu (pindahan).
- Pelatihan : dapat diselenggarakan di lingkungan rumah sakit atau di luar rumah sakit, oleh rumah sakit maupun pihak luar.

C.P. : - D : program tertulis.
- W : Kabid/Kasie/Karu.
- O : -

K.6.3. Ada program orientasi bagi staf keperawatan yang baru dan bagi perawat yang baru di tempatkan pada unit tertentu yang meliputi :

a. Informasi tentang hubungan antara pelayanan keperawatan dengan rumah sakit.
b. Penjelasan mengenai kebijakan dan prosedur kerja di rumah sakit dan pelayanan keperawatan.
c. Penjelasan mengenai standar praktek keperawatan.
d. Prosedur penilaian terhadap staf keperawatan .
e. Penjelasan mengenai tugas dan fungsi khusus, garis kewenangan dan ruang lingkup tanggung jawab.
f. Cara untuk mendapatkan bahan/sumber yang tepat.
g. Identifikasi kebutuhan belajar bagi tiap individu.
h. Petunjuk mengenai prosedur pengamanan yang harus diikuti.
i. Pelatihan mengenai teknik pertolongan hidup dasar (Basic Life Support).

SKOR :

0 = Tidak ada program orientasi bagi tenaga baru secara tertulis.
1 = Ada program orientasi tertulis bagi tenaga baru.
2 = Ada program orientasi tertulis bagi tenaga baru ~~yang lengkap~~ yang lengkap
3 = Ada dokumen tentang pelaksanaan program orientasi rumah sakit, yang diberikan secara jelas oleh pimpinan keperawatan (Kabid/Kasie keperawatan).
4 = Ada dokumen pelaksanaan program orientasi yang dilakukan oleh Karu tentang informasi khusus yang berkaitan di unit kerjanya.

DISPERTASIP JATIM

5 = Ada dokumen evaluasi pelaksanaan program orientasi.

D.O : Program orientasi yang lengkap :
- Struktur organisasi rumah sakit dan bidang keperawatan.
- Falsafah dan tujuan rumah sakit dan pelayanan keperawatan.
- Fasilitas/sarana yang tersedia dan cara penggunaannya.
- Kebijakan dan prosedur yang berlaku di rumah sakit/ pelayanan keperawatan.
- Metode pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit.
- Pola ketenagaan dan sistem penilaian kinerja keperawatan.
- Prosedur pengamanan dalam berbagai bidang di rumah sakit.
- Hak dan kewajiban perawat.

C.P. : - D : program dan catatan pelaksanaan/evaluasi program.
- W : Kabid/Kasie/ Karu, pelaksana.
- O : bila ada kegiatan.

K.6.4. Ada rencana pengembangan staf yang memberikan pelatihan bagi semua kategori staf keperawatan untuk menunjang kegiatan profesi keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada rencana pengembangan staf/pelatihan.

1 = Ada rencana pengembangan staf/pelatihan secara tidak tertulis.

2 = Ada rencana tertulis pengembangan staf/pelatihan, tapi bidang keperawatan tidak dilibatkan dalam proses perencanaannya.

3 = Ada rencana tertulis pengembangan staf/pelatihan dari bidang keperawatan untuk beberapa kategori staf keperawatan tapi belum masuk dalam program rumah sakit keseluruhan.

4 = Ada rencana tertulis pengembangan staf/pelatihan untuk

DISPERPUSP JATIM

beberapa kategori staf keperawatan dan sudah masuk dalam program rumah sakit.

5 = Ada rencana pengembangan staf berupa pelatihan untuk menunjang kegiatan profesi keperawatan untuk semua kategori staf keperawatan. Rencana ini sudah masuk dalam program rumah sakit.

D.O: Kegiatan profesi keperawatan : asuhan langsung pada pasien yang dilakukan oleh perawat, tenaga penunjang/ administratif di bidang keperawatan, ataupun jabatan struktural di bidang keperawatan.

C.P.: - D: rencana tertulis pengembangan staf.
- W : Kabid/Kasie/Karu/Dir RS.
- O : -

K.6.5. Ada program pendidikan dan pelatihan yang :

a. Memberi kesempatan bagi staf untuk mengembangkan, mempertahankan dan meningkatkan keterampilan.
b. Dapat meningkatkan pemanfaatan tenaga profesional dan sumber daya lain.
c. Menunjang dan mendorong penyelidikan dan penelitian keperawatan.
d. Memberi informasi tentang perkembangan mutakhir dalam praktek keperawatan.
e. Memberi informasi mengenai kemungkinan pendidikan yang dapat disponsori oleh instansi lain.
f. Memberi orientasi tentang lingkup kerja klinik yang baru.
g. Memperbaiki kekurang-pengetahuan dan ketrampilan yang telah diidentifikasi dalam program pengendalian mutu.

SKOR :

0 = Tidak ada program diklat.
1 = Ada program diklat belum sesuai dengan kriteria a dan b, tidak ada penanggung jawab program untuk keperawatan.
2 = Ada program diklat, belum sesuai dengan kriteria a dan b, sudah ada penanggung jawab program.

DISPERPUSIP JATIM

3 = Ada program diklat, ada penanggung jawabnya, tapi hanya untuk keterampilan keperawatan atau manajemen saja.

4 = Ada program diklat untuk peningkatan keterampilan profesi/manajemen, ada penanggung jawabnya, tapi pelaksanaannya masih sulit.

5 = Ada program diklat, ada penanggung jawabnya, ada kegiatannya yang memenuhi kriteria diatas.

DO : Program diklat dapat meliputi keterampilan profesi, keperawatan maupun manajemen/bidang lain yang menunjang.

C.P.: - D : program diklat.
- W : Kabid/Kasie/ Karu.
- O : -

STANDAR 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU.

Pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dengan terus menerus melibatkan diri dalam program pengendalian mutu di rumah sakit.

K.7.1 Ada program/rencana tertulis meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang meliputi :

a. Pelayanan keperawatan sesuai dengan standar yang berlaku.
b. Penampilan kerja tenaga perawat.
c. Optimalisasi tenaga yang sudah bekerja.

SKOR :

0 = Tidak ada tim pengendalian mutu.

1 = Ada tim pengendalian mutu keperawatan dan standar asuhan keperawatan.

2 = Ada program tertulis tentang upaya peningkatan mutu pelayanan dan asuhan keperawatan.

3 = Ada program tertulis tentang upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan asuhan keperawatan yang berlaku di rumah sakit.

DISPERPUSIP JATIM

4 = Ada metode dan instrumen evaluasi mutu keperawatan mengenai pelayanan keperawatan dan penampilan kerja tenaga perawatan.

5 = Ada dokumen pelaksanaan evaluasi mutu pelayanan/asuhan keperawatan dan penampilan kerja tenaga perawat.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : program/rencana tertulis, SK tim Pengendalian Mutu SAK, Instrumen Evaluasi, dll.
- W : Dir, Kabid/Kasie/ Karu, pelaksana.
- O : -

K.7.2. Kepala keperawatan ditugaskan untuk mengkoordinasikan program ini.

Skor :

0 = Kepala keperawatan tidak bertugas/berperan mengkoordinasi program pengendalian mutu di bidang keperawatan.

1 = Kepala keperawatan bertugas dalam program pengendalian mutu di bidang keperawatan tapi tidak aktif berperan dalam pengendalian mutu.

2 = Kepala keperawatan mengkoordinasi program pengendalian mutu pelayanan keperawatan.

3 = Kepala keperawatan bertugas mengkoordinasi, membuat program dan melaksanakan program pengendalian mutu di bidang keperawatan.

4 = Sama dengan skor 3, ditambah dengan evaluasi dan tindak lanjut pengendalian mutu di bidang keperawatan.

5 = Kepala keperawatan mempunyai tugas dan wewenang dan aktif terlibat dalam mengkoordinasi program pengendalian mutu di bidang keperawatan serta berpartisipasi dalam kegiatan pengendalain mutu di tingkat rumah sakit.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : SK, uraian tugas, dll.
- W : Kabid/Kasie keperawatan.
- O : -

DISPERPUSIP JATIM

K.7.3. Ada kegiatan pengendalian mutu meliputi hal-hal di bawah ini :

a. Pemantauan : Pengumpulan informasi secara rutin tentang pemberian pelayanan yang penting.
b. Pengkajian : Pengkajian secara periodik tentang informasi tersebut pada butir K7.3.a. untuk mengidentifikasi masalah penting dalam pemberian pelayanan dan cara-cara untuk mengatasinya.
c. Tindakan : Dilakukan tindakan apabila diketahui cara mengatasi masalah.
d. Evaluasi : tindakan yang diambil harus dievaluasi untuk dimanfaatkan dalam perencanaan jangka panjang.
e. Umpan balik hasil kegiatan di komunikasikan kepada staf secara teratur.

SKOR

0 = Tidak ada program untuk melakukan pengkajian dan evaluasi terhadap standar pelayanan keperawatan.
1 = Ada program untuk melakukan pengkajian dan evaluasi terhadap standar pelayanan keperawatan dan standar asuhan keperawatan.
2 = Ada program tertulis untuk melakukan pengkajian dan evaluasi terhadap standar asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan.
3 = Ada komite/pokja keperawatan untuk melakukan pengkajian dan evaluasi asuhan standar keperawatan dan standar pelayanan keperawatan.
4 = Ada dokumen tentang frekuensi pertemuan, daftar hadir, dan risalah pertemuan anggota komite/pokja.
5 = Ada dokumen tentang hasil pengkajian standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan keperawatan dan tentang usulan penyempurnaan standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan keperawatan kepada tim penyusun standar.

D.O : Cukup jelas.
C.P. : - D : program tertulis, SK komite/Pokja, dll.
- W : Kabid/Kasie/ Karu.
- O : kegiatan pengendalian mutu.

DISPERPUSIATIM

K7.4. Ada daftar hadir dan risalah pertemuan yang disimpan sebagai hasil dari kegiatan-kegiatan pengendalian mutu yang secara terperinci mencerminkan hal-hal yang disepakati, kesimpulan, rekomendasi, tindakan yang diambil dan hasil tindakan tersebut.

SKOR :

0 = Tidak ada pertemuan kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

1 = Ada pertemuan upaya pengendalian mutu asuhan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit, tetapi tidak ada dokumentasi tertulis.

2 = Ada dokumentasi tertulis pertemuan pengendalian mutu asuhan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit pada sebagian tempat (unit).

3 = Ada dokumentasi tertulis pertemuan pengendalian mutu asuhan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit pada seluruh tempat.

4 = Ada dokumentasi tertulis daftar hadir dan risalah pertemuan, tentang kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan serta peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit.

5 = Ada daftar hadir risalah pertemuan yang mencerminkan hal-hal yang disepakati, kesimpulan, rekomendasi, tindakan yang diambil dan hasil tindakan tersebut sebagai hasil dari kegiatan-kegiatan pengendalian mutu di berbagai unit.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : risalah pertemuan, misal : GKM, CQI, dll.
- W : Kabid/Kasie/ Karu, anggota GKM.
- O : Kegiatan GKM dll.

K7.5. Staf keperawatan di setiap unit menerima laporan tentang hasil yang diperoleh melalui program pengendalian mutu dalam unit. Staf keperawatan juga berpartisipasi dalam perumusan rencana untuk mengidentifikasi dan mengatasi kekurangan-kekurangan yang ada.

DISPERPUSTAKAAN JATIM

SKOR :

0 = Tidak ada laporan tentang kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

1 = Ada laporan tentang kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

2 = Ada laporan tertulis tentang kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

3 = Ada laporan tertulis dan analisa dari kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

4 = Ada laporan tertulis dan evaluasi kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

5 = Ada laporan tertulis, evaluasi serta tindak lanjut kegiatan pengendalian mutu asuhan keperawatan di rumah sakit.

D.O : Cukup jelas.

C.P. : - D : Laporan.
- W : Kabid/Kasie/Karu, Pelaksana.
- O : -

K7.6. Ada Informasi yang disampaikan secara teratur kepada semua staf keperawatan tentang hasil-hasil dari pengkajian mutu asuhan/pelayanan keperawatan.

SKOR :

0 = Tidak ada informasi yang disampaikan secara teratur kepada semua staf perawatan tentang hasil pengkajian terhadap mutu asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.

1 = Ada dokumen tertulis tentang penyampaian informasi secara teratur kepada semua staf perawatan tentang hasil pengkajian terhadap mutu asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.

2 = Ada umpan balik tertulis dari staf keperawatan terhadap informasi yang disampaikan tentang hasil pengkajian terhadap asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.

3 = Ada program tertulis upaya tindak lanjut terhadap hasil pengkajian terhadap mutu asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.

DISPERPUSIP JATIM

4 = Ada dokumen tertulis tentang pelaksanaan kegiatan program tindak lanjut hasil pengkajian terhadap mutu asuhan keperawatan/pelayanan keperawatan.

5 = Ada dokumen tentang hasil pelaksanaan program tindak lanjut.

DO : Cukup jelas.

CP :

D : 1. Ada program pertemuan secara berkala untuk penyampaian informasi.
2. Notulen & daftar pertemuan dengan staf perawat.
3. Ada dokumen pelaksanaan upaya tindak lanjut hasilnya.

W : Kabid/Kasie Perawatan, Karu, Perawat pelaksana.

O : -

DISPERPUSIP JATIM

Tabel 1d.

RS :

Rangkuman Penilaian Masing-masing Standar
4. Pelayanan Keperawatan
"Self Assessment"

NO.	STANDAR	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Falsafah dan tujuan							10		
2	Administrasi dan Pengelolaan							5		
3	Staf dan Pimpinan							4		
4	Fasilitas dan Peralatan							2		
5	Kebijakan dan Prosedur							9		
6	Pengembangan Staf dan Program Pendidikan							5		
7	Evaluasi dan Pengendalian Mutu							6		
Jumlah kriteria yang yang mendapat Skor **								43		
Jumlah Skor ***									x = ...	
% Pencapaian untuk seluruh Standar Pelayanan Keperawatan										

Keterangan :

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing-masing standar.
Misal : Falsafah dan tujuan ada 3 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 2 kriteria yang mendapat skor 5 dan 1 kriteria mendapat skor 3, maka Jumlah Skor Falsafah dan Tujuan = { (2x5) + (1x3) } = 13

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Staf dan Pimpinan ada 2 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 2, bukan angka 10.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu : Perkalian "Jumlah kriteria yang mendapat skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai. Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk seluruh standar Pelayanan Keperawatan ada 15 indikator, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60

**** Diisi dengan menggunakan rumus : $\frac{x}{\text{Jumlah kriteria seluruhnya x 5}} \times 100\ \% = \ldots\ldots\ \% = \frac{x}{41 \times 5} \times 100\% = \ldots\ldots\%$ (2 desimal)

43

DIGITERPUSIP JATIM

DISPERPUSIP JATIM

PEDOMAN PENILAIAN
INSTRUMEN "SELF ASSESSMENT"

5. REKAM MEDIS

Std. 1. FALSAFAH DAN TUJUAN.

Rumah sakit harus menyelenggarakan rekam medis yang merupakan bukti tentang proses pelayanan medik kepada pasien.

K.1.1. Rekam medis harus memuat informasi yang cukup dan akuran tentang identitas pasien, diagnosis perjalanan penyakit, proses pengobatan dan tindakan medis serta dokumentasi hasil pelayanan.

Skor :
0= Tidak ada rekam medis.
1= Ada rekam medis yang memuat identifikasi pasien dan diagnose.
2= Ada identifikasi pasien, diagnose, dan perjalanan penyakit.
3= Ada identifikasi pasien, diagnose, perjalanan penyakit dan proses pengobatan.
4= Ada identifikasi pasien, diagnose, perjalanan penyakit dan proses pengobatan dan ada catatan tindakan medik.
5= Ada identifikasi pasien, diagnose, perjalanan penyakit, proses pengobatan, ada catatan tindakan medik dan ada dokumentasi hasil pelayanan.

DO : *Rekam medis adalah* catatan tentang identifikasi pasien, anamnesa, pemeriksaan, diagnosa pengobatan, tindakan dan pelayanan yang diberikan kepada pasien selama berobat/dirawat di rumah sakit.

CP :
- D : Status pasien, Laporan tindakan medik.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.1.2. Rekam medis tersimpan baik disusun secara akurat, tepat waktu, mudah didapat serta mudah dianalisis untuk keperluan statistik dan informasi.

Skor :
0= Tidak disimpan dengan baik.
1= Disusun secara akurat.
2= Disusun secara akurat, tepat waktu dikumpulkannya.
3= Disusun secara akurat, tepat waktu dikumpulkan, tetapi tidak mudah didapat kembali.
4= Disusun secara akurat, tepat waktu dikumpulkan, mudah didapat kembali.
5= Disusun secara akurat, tepat waktu dikumpulkan, mudah didapat kembali, mudah dianalisa.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : Buku registrasi induk, cara penomoran, penyimpanan dan pengambilan.
- W : –

Skor : ☐

K.1.3. Rekam medis bersifat rahasia, aman dan berisi informasi mutakhir yang dapat dipertanggungjawabkan, mudah dibaca dan dilengkapi.

Skor :
0= Tidak bersifat rahasia.
1= Bersifat rahasia.
2= Bersifat rahasia dan aman.
3= Bersifat rahasia dan aman, informasi dapat dipertanggungjawabkan.
4= Bersifat rahasia dan aman, informasi dapat dipertanggungjawabkan, mudah dibaca.
5= Bersifat rahasia dan aman, informasi dapat dipertanggungjawabkan, mudah dibaca, selalu dilengkapi.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Di rekam medis, ada ketentuan tertulis tentang rahasia dan pengamanan.
- O : Catatan mudah dibaca ditanda tangani oleh yang bertanggungjawab.
- W : –

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 2. ADMINISTRASI DAN PENGELOLAAN.

Rekam medis diorganisasi dan dikelola untuk mendukung pelayanan medik yang efektif.

K.2.1. Ada tujuan tertulis yang menggambarkan peranan unit rekam medis dan kegiatan pelayanannya.

Skor :
0= Tidak ada tujuan rekam medis.
1= Ada tujuan yang tidak tertulis.
2= Ada tujuan rekam medis yang tertulis.
3= Ada tujuan yang tertulis dan ada peran unit rekam medis yang tidak tertulis.
4= Ada tujuan dan peran unit rekam medis yang tertulis.
5= Ada tujuan dan peran unit rekam medis (tertulis), kegiatan rekam medis yang dilaksanakan dinyatakan secara tertulis.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Ada pembagian tugas di rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : [ ]

K.2.2. Adanya bagan organisasi yang menggambarkan garis komando, tanggungjawab dan hubungan kerja dengan unit lain.

Skor :
0= Tidak ada bagan organisasi.
1= Ada bagan organisasi saja.
2= Ada bagan organisasi, ada garis komando dalam bagan organisasi, tidak ada yang bertangung jawab.
3= Ada bagan organisasi, ada garis komando dalam bagan organisasi, ada yang bertanggungjawab sebagian.
4= Ada bagan organisasi, ada garis komando dalam bagan organisasi, ada tergambar yang bertanggungjawab.
5= Ada bagan organisasi, ada garis komando dalam bagan organisasi, ada tergambar yang bertanggungjawab, ada hubungan kerja dengan unit lain.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Bagan organisasi dan nama-nama yang bertanggung jawab.
- O : –
- W : –

Skor : [ ]

K.2.3. Adanya uraian kerja dan kewajiban kerja tertulis setiap pegawai yang meliputi hal :
a. Kualifikasi pemegang jabatan;
b. Garis kewenangan/perintah;
c. Fungsi dan tanggungjawab;
d. Frekwensi dan evaluasi staf;
e. Kondisi kerja;

Skor :
0= Tidak ada uraian kerja tertulis.
1= Ada uraian kerja tertulis meliputi kualifikasi pemegang jabatan.
2= Ada uraian kerja tertulis meliputi kualifikasi pemegang jabatan dan garis kewenangan/perintah.
3= Ada uraian kerja tertulis meliputi kualifikasi pemegang jabatan, garis kewenangan/perintah, serta fungsi dan tanggung jawab.
4= Ada uraian kerja tertulis meliputi kualifikasi pemegang jabatan, garis kewenangan/perintah, fungsi dan tanggung jawab, dan evaluasi staf.
5= Ada uraian kerja tertulis meliputi kualifikasi pemegang jabatan, garis kewenangan/perintah, fungsi dan tanggung jawab, serta evaluasi dan kondisi kerja.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Uraian tugas dan kewajiban kerja.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.2.4. Ada komite rekam medis yang bertanggung jawab kepada pimpinan rumah sakit dengan tugas:
a. Menyusun dan mengusulkan bentuk dan isi rekam medis.
b. Menyusun pedoman tatalaksana rekam medis.

Skor :
0= Tidak ada komite rekam medis atau panitia/pokja semacam komite.
1= Ada semacam panitia/pokja dengan tugas terbatas, pokja ditetapkan secara tidak tertulis.
2= Ada semacam panitia/pokja yang ditetapkan secara tertulis.
3= Ada komite rekam medis, belum ada sesuatu produk tertulis yang dihasilkan komite rekam medis.
4= Ada komite rekam medis, hasil komite rekam medis sudah tertulis.
5= Ada komite rekam medis, hasil komite rekam medis sudah tertulis, rekomendasi komite rekam medis dilaksanakan.

DO : Cukup jelas.
Komite RM = Panitia RM atau Sub Komite.

CP :
- D : Notulen rapat, Laporan, Surat edaran.
- O : Unit terkait.
- W : Petugas terkait.

Skor : ☐

K.2.5. Adanya susunan komite rekam medis yang ditentukan oleh pimpinan rumah sakit yang bertugas:
a. Melakukan rapat secara teratur;
b. Membuat laporan rapat;
c. Melaporkan kepada pimpinan rumah sakit;
d. Menghadiri rapat yang terkait.

Skor :
0= Tidak ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk.
1= Ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk pimpinan.
2= Ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk, dan melaksanakan rapat secara teratur.
3= Ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk, mengadakan rapat secara teratur, membuat laporan rapat.

DISPERPUSTAKAAN JATIM

4= Ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk, mengadakan rapat secara teratur, membuat laporan rapat, dilaporkan berkala kepada pimpinan.
5= Ada susunan anggota Komite Rekam Medis yang ditunjuk, dan mengadakan rapat secara teratur, membuat laporan rapat, membuat laporan berkala kepada pimpinan, menghadiri pertemuan yang terkait dengan rekam medis.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Laporan, Notulen rapat, Jadwal rapat, Daftar hadir, Undangan rapat.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.2.6. Ada laporan secara berkala dan teratur yang memuat:

a. Jumlah pasien yang rawat dan pulang;
b. Jumlah kelahiran dan kematian;
c. Tindakan medik yang dilakukan;
d. Diagnosa;
e. Komplikasi;
f. Jumlah otopsi bila ada yang dilakukan;
g. dan lain-lain.

Skor :
0= Tidak ada laporan.
1= Ada laporan tertulis, tidak lengkap, tidak teratur.
2= Ada laporan tertulis, tidak lengkap, frekuensi teratur, tidak ada penyebaran informasi.
3= Ada laporan tertulis, tidak lengkap, frekuensi teratur, ada penyebaran informasi disebarkan terbatas, tidak teratur.
4= Ada laporan tertulis, lengkap, teratur; ada penyebaran informasi terbatas; tidak teratur.
5= Ada laporan tertulis lengkap, teratur; ada penyebaran informasi yang disebar-luaskan kesemua unit di lingkungan rumah sakit secara teratur.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Laporan, Dokumen publikasi, Surat edaran.
- O : Unit kerja.
- W : Petugas unit terkait.

Skor : ☐

DISPERPUSP JATIM

K.2.7. Ada kepala unit rekam medis yang bertangungjawab atas pengelolaan sumber daya.

Skor :
0= Tidak ada kepala unit.
1= Ada kepala unit tetapi tidak mengelola sumber daya (man, money, material, dan methode).
2= Ada kepala yang bertanggungjawab atas pengelolaan satu jenis sumber daya.
3= Ada kepala yang bertanggungjawab atas pengelolaan 2 jenis sumber daya.
4= Ada kepala yang bertanggungjawab atas pengelolaan 3 jenis sumber daya.
5= Ada kepala yang bertanggungjawab atas pengelolaan lebih dari 3 sumber daya.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Laporan dan uraian tugas kepala unit.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

Std. 3. STAF DAN PIMPINAN.

Pelayanan rekam medis diselenggarakan untuk mencapai tujuan pelayanan rumah sakit.

K.3.1. Unit rekam medis dilengkapi dengan pimpinan, staf dan fasilitas yang cukup untuk menyelenggarakan fungsinya dengan baik dan efisien.

Skor :
0= Staf dan pimpinan tidak cukup.
1= Ada pimpinan tetapi pendidikan tidak sesuai (bukan pendidikan bidang rekam medis).
2= Ada pimpinan dengan pendidikan yang sesuai (pendidikan rekam medis).
3= Ada pimpinan dengan pendidikan yang sesuai, ada staf yang cukup jumlah dan jenis.
4= Ada pimpinan dengan pendidikan yang sesuai, ada staf yang cukup jumlah dan jenis, ada staf yang telah mengikuti pelatihan rekam medis.
5= Ada pimpinan dengan pendidikan yang sesuai, ada staf yang cukup jumlah dan jenis, ada fasilitas yang cukup untuk melaksanakan kegiatan secara efisien.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Daftar ketenagaan, Sertifikat pendidikan, Sertifikat pelatihan.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 4. FASILITAS DAN PERALATAN.

Fasilitas dan peralatan yang cukup harus disediakan agar tercapai pelayanan yang efisien.

K.4.1. Ada lokasi unit rekam medis yang membuat arus rekam medis di rumah sakit berlangsung cepat aman dan lancar dengan ruang kerja yang nyaman.

Skor :
0= Tidak ada ruang kerja.
1= Ada ruang kerja tidak khusus, lokasi tidak strategis, bercampur dengan unit pelayanan yang lain.
2= Ada ruang kerja khusus lokasi tidak strategis, tanpa petunjuk.
3= Ada ruang kerja khusus tidak strategis, tidak nyaman, dengan petunjuk jelas.
4= Ada ruang kerja khusus strategis, tidak nyaman.
5= Ada ruang kerja khusus strategis, nyaman dan mudah untuk mengambil dan medistribusikan rekam medis dengan cepat dan lancar.

DO : *Lokasi strategis adalah* lokasi ruang kerja yang mudah dijangkau dan dekat dengan tempat pelayanan administrasi pasien.

Ruang kerja khusus adalah ruang kerja yang hanya digunakan untuk kegiatan rekam medis.

CP :
- D : Lay out rumah sakit.
- O : Ruang kerja rekam medis.
- W : --

Skor : ☐

S.4.2. Ada ruang kerja untuk staf yang memadai sehingga dapat mengelola rekam medis dengan baik.

Skor :
0= Tidak ada ruangan kerja staf.
1= Ada ruangan kerja yang jumlahnya tidak sesuai dengan tugasnya.
2= Ada ruangan kerja yang sempit sehingga pengelolaan rekam medis tidak baik.
3= Ada ruangan kerja staf yang kurang memadai sehingga pengelolaan tidak cukup baik.
4= Ruangan kerja cukup memadai tetapi kurang nyaman.
5= Ada ruangan yang memadai untuk dapat mengelola rekam medis dengan baik.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Denah, Lay out.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.4.3. Ada ruang penyimpanan dokumen rekam medis baik untuk dokumen aktif dan non aktif serta terjamin keamanannya.

Skor :
0= Tidak ada ruang penyimpanan.
1= Ada ruang penyimpanan, belum khusus untuk rekam medis.
2= Ada ruang penyimpanan, tidak memisahkan dokumen aktif dan non aktif, tidak terjamin keamanannya.
3= Ada ruang penyimpanan, tidak memisahkan dokumen aktif dan non aktif, terjamin keamanannya.
4= Ada ruang penyimpanan, memisahkan dokumen aktif dan non aktif, terjamin keamanannya.
5= Ada ruang penyimpanan, memisahkan dokumen aktif dan non aktif, terjamin keamanannya, sesuai dengan pedoman/ketentuan.

DO :
- *Ruang penyimpanan adalah* ruangan khusus untuk menyimpan dokumen rekam medis yang terpisah dari ruangan kerja dan memenuhi persyaratan.
- *Dokumen aktif adalah* dokumen yang masih diperlukan karena frekuensi kunjungan pasiennya masih memungkinkan rekam medis tersebut dipertahankan.

CP :
- D : Lay out rumah sakit, dokumen aktif dan non aktif, bukti peminjaman dokumen.
- O : Ruang penyimpanan.
- W : Petugas rekam medis.

Skor : ☐

K.4.4. Ruangan rekam medis harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak atau diambil oleh yang tidak berhak.

Skor :
0= Tidak ada ruangan yang aman.
1= Ruangan aktif cukup aman, yang non aktif tidak aman.
2= Ada ruangan yang cukup aman untuk keduanya.
3= Ada petugas ruangan yang bertanggung jawab untuk keamanannya.
4= Ada peraturan dalam ruangan untuk pengambilan rekam medis/peninjauan.
5= Ada peraturan dalam ruangan untuk pengambilan rekam medis dan ada buku catatan untuk pengambilan dan pengembalian rekam medis dalam ruangan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Denah, Lay out.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

Std. 5. KEBIJAKAN DAN PROSEDUR.

Kebijakan dan prosedur yang tertulis harus tersedia yang memcerminkan pengelolaan unit rekam medis untuk menjadi acuan bagi staf rekam medis yang bertugas.

K.5.1. Ada rekam medis untuk setiap pasien di rumah sakit dengan satu nomor rekam medis (untuk pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat).

Skor :
0= Tidak ada rekam medis.
1= Hanya ada dokumen rekam medis untuk sekelompok pasien.
2= Ada dokumen rekam medis untuk sebagian besar pasien.
3= Ada dokumen rekam medis untuk semua pasien, dengan menggunakan nomor tersendiri pada tiap unit pelayanan.
4= Ada dokumen rekam medis untuk semua pasien, menggunakan nomor ganda, tergantung waktu kunjungan.
5= Ada dokumen rekam medis untuk semua pasien yang menggunakan satu nomor.

DO :
- *Dokumen rekam medis adalah* dokumen yang dibuat untuk pasien sesuai dengan buku pedoman.
- *Satu nomor adalah* sistem penomoran dimana seorang pasien memperoleh satu nomor untuk semua kegiatan pelayanan di rumah sakit tersebut.

CP :
- D : Sampling dokumen rekam medis, buku induk register pasien rawat jalan, rawat inap, gawat darurat.
- O : Kesesuaian penomoran.
- W: Petugas registrasi penderita.

Skor : ☐

K.5.2. Ada sistem identifikasi, indeks induk dan sistem dokumentasi yang memudahkan penyimpanan, pencarian dan peminjaman dokumen rekam medis.

Skor :
0= Tidak ada sistem identifikasi, KIUP dan dokumentasi.
1= Ada sistem identifikasi, tidak ada KIUP, tidak ada sistem dokumentasi.
2= Ada sistem identifikasi, ada KIUP, tidak ada dokumentasi.
3= Ada sistem identifikasi, ada KIUP, ada dokumentasi tidak lengkap.
4= Ada sistem identifikasi, ada KIUP, ada dokumentasi tetapi tidak sesuai dengan buku pedoman.
5= Ada sistem identifikasi, ada KIUP, ada dokumentasi sesuai buku pedoman.

DO :
- *Sistem identifikasi adalah* sistem pencatatan identitas pasien sesuai buku pedoman; (Kartu Indeks Utama Pasien = KIUP).
- *Indeks induk adalah* kartu indeks utama pasien.
- *Sistem dokumentasi adalah* sistem pencatatan sesuai dengan buku pedoman.

DISPERPUSIP JATIM

CP :
- D : Buku register, kartu indeks utama pasien.
- O : Cara penyusunan dokumen.
- W: Petugas rekam medis.

Skor : ☐

K.5.3. Ada kebijakan agar informasi dalam rekam medis tidak rusak, hilang atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.

Skor :
0= Tidak ada kebijakan tertulis untuk mencegah rekam medis rusak, hilang atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
1= Ada kebijakan tidak tertulis untuk mencegah rekam medis digunakan oleh orang yang tidak berhak.
2= Ada kebijakan tidak tertulis untuk mencegah rusak, hilang dan dipakai oleh yang tidak berhak.
3= Ada peraturan tertulis mencegah kerusakan.
4= Ada peraturan tertulis mencegah kerusakan atau hilang.
5= Ada peraturan tertulis mencegah rusak, hilang atau digunakan oleh yang tidak berhak.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Kebijakan tertulis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.4. Ada prosedur tertulis untuk menggunakan informasi medik oleh orang yang tidak terlibat langsung atau untuk membawa rekam medis keluar rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada peraturan tertulis penggunaan informasi medik.
1= Ada pemberian informasi tanpa prosedur tertulis.
2= Ada prosedur tertulis untuk pemberian ijin membawa keluar rekam medis/ada prosedur tertulis pemberian ijin khusus untuk menggunakan informasi medik bagi petugas yang terlibat langsung.
3= Tidak ada prosedur tertulis untuk pemberian ijin membawa keluar rekam medis atau prosedur tertulis pemberian ijin khusus untuk menggunakan informasi medik bagi petugas yang tidak terlibat langsung dan ada dokumentasi yang jelas tentang pengembalian berkas rekam medis.
4= Ada prosedur tertulis untuk pemberian ijin membawa keluar rekam medis dan ada prosedur tertulis pemberian ijin khusus untuk menggunakan informasi medik bagi petugas yang terlibat langsung.
5= Ada prosedur tertulis untuk pemberian ijin membawa keluar rekam medis dan , ada prosedur tertulis pemberian ijin khusus untuk menggunakan informasi medik bagi petugas yang terlibat langsung dan ada dokumentasi yang jelas tentang pengembalian berkas rekam medis.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Prosedur tertulis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.5. Dokter, perawat dan para medis non perawatan bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medis yang diatur dalam panduan kerja rumah sakit. Peraturan pengisian rekam medis sebagai berikut:

a. Riwayat penyakit, dan hasil pemeriksaan sudah harus lengkap dalam 24 jam setelah pasien dirawat dan sebelum tindakan operasi;
b. Tindakan pembedahan dan prosedur lain harus segera dilaporkan setelah tindakan paling lambat pada hari yang sama;
c. Semua rekam medis harus sudah dilengkapi paling lambat 14 hari setelah pasien pulang bila tes dan otopsi belum ada;
d. Semua rekam medis diberi kode dan indeks dalam waktu 1 bulan setelah pasien pulang.

Skor :
0= Tidak ada panduan kerja tertulis tentang pengisian rekam medis.
1= Ada sebagian panduan kerja tertulis tentang pengisian rekam medis.
2= Ada panduan pengisian dan pemberian tanggungjawab tertulis terhadap kebenaran isi kepada semua petugas.
3= Ada panduan pengisian dan pemberian tanggungjawab terhadap kebenaran isi kepada semua petugas, ada riwayat penyuluhan dan hasil pemeriksaan.
4= Ada panduan pengisian dan pemberian tanggungjawab terhadap kebenaran isi kepada semua petugas, ada riwayat penyuluhan dan hasil pemeriksaan, ada tindakan operasi dan non operasi.
5= Ada panduan pengisian dan pemberian tanggungjawab terhadap kebenaran isi kepada semua petugas, ada riwayat penyuluhan dan hasil pemeriksaan, ada tindakan operasi dan non operasi, dan semua rekam medis harus lengkap dalam 14 hari setelah pasien pulang.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Panduan kerja tertulis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.6. Ada kebijakan mengenai batas waktu dan cara penyimpanan rekam medis yang masih berlaku dan yang sudah tidak berlaku agar dapat menunjang perawatan pasien berkelanjutan yang disesuaikan dengan peraturan yang berlaku.

DISPERINSIP JATIM

Skor :

0= Tidak ada kebijakan mengenai batas waktu dan cara penyimpanan rekam medis yang aktif / non aktif.
1= Ada kebijakan tak tertulis tentang cara penyimpanan rekam medis yang aktif dan non aktif.
2= Ada kebijakan tak tertulis tentang batas waktu dan cara penyimpanan rekam medis aktif dan non aktif.
3= Ada kebijakan tertulis, cara penyimpanan rekam medis yang masih aktif..
4= Ada kebijakan tertulis tentang batas waktu dan cara penyimpanan rekam medis yang aktif.
5= Ada kebijakan tertulis, batas waktu dan cara penyimpanan rekam medis masih berlaku dan yang tidak berlaku.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Kebijakan batas waktu.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.7. Ada evaluasi kebijakan dan prosedur minimal 3 (tiga) tahun sekali.

Skor :

0= Tidak ada evaluasi.
1= Ada evaluasi tanpa didokumentasikan.
2= Ada evaluasi didokumentasikan, tidak rinci.
3= Ada evaluasi kebijakan, dan prosedur, rinci oleh perorangan.
4= Ada evaluasi lebih dari 3 tahun sekali oleh Tim (Panitia Rekam Medis).
5= Ada evaluasi maksimal 3 tahun sekali oleh Tim.

DO :
- *Dokumentasi adalah* dokumen yang mencakup latar belakang permasalahan dan alternatif pemecahan kebijakan dan prosedur.

CP :
- D : Notulen rapat, SK Tim (Panitia Rekam Medis).

Skor : ☐

K.5.8. Rekam medis harus cukup rinci sehingga :

a. Pasien mendapat informasi yang berkesinambungan tentang perawatannya;
b. Ada informasi efektif antar dokter dan perawat;
c. Konsulen mendapat informasi yang dibutuhkan;
d. Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien;
e. Dapat menilai kualitas pelayanan saat itu atas secara retrospektif.

Skor :

0= Rekam medis tidak memuat informasi/tidak rinci.
1= Rekam medis hanya memuat salah satu dari ad. a. s/d e.
2= Rekam medis hanya memuat 2 dari ad. a. s/d e.
3= Rekam medis hanya memuat 3 dari ad. a. s/d e.
4= Rekam medis hanya memuat 4 dari ad. a. s/d e.
5= Rekam medis memuat semua informasi dari ad. a. s/d e.

DISPERINSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : Dokter, Perawat, Pasien.

Skor : ☐

K.5.9. Ada rekam medis yang diisi dengan jelas, benar, lengkap dan tepat waktu oleh petugas yang berwenang.

Skor :
0= Tidak ada rekam medis.
1= Ada rekam medis diisi oleh yang tidak berwenang.
2= Ada rekam medis, diisi oleh yang berwenang, tidak jelas.
3= Ada rekam medis, diisi oleh yang berwenang, jelas dan benar, tetapi tidak lengkap dan tidak tepat waktu.
4= Ada rekam medis diisi oleh yang berwenang, jelas, benar, lengkap, tetapi tidak tepat waktu.
5= Ada rekam medis, diisi oleh yang berwenang, jelas, benar, lengkap dan tepat waktu.

DO :
- *Yang berwenang adalah* petugas rekam medis, petugas administrasi pelayanan, petugas pelayanan medis dan keperawatan sesuai dengan uraian tugas masing-masing.
- *Jelas adalah* dapat dibaca oleh setiap orang yang berkepentingan.
- *Benar adalah* sesuai dengan bukti diri pasien.
- *Lengkap adalah* dokumen rekam medis diisi secara lengkap sesuai dengan buku pedoman.
- *Tepat waktu adalah* penyelesaian/pengisian rekam medis sesuai dengan batas waktu yang telah ditetapkan dalam buku pedoman.

CP :
- D : Sampling dokumen rekam medis, agenda/buku penyerahan dokumen rekam medis.
- O : Penerimaan pasien.
- W : Petugas Rekam Medis.

Skor : ☐

K.5.10. Pengisian dan perubahan rekam medis harus dapat dibaca.

Skor :
0= Rekam medis tidak diisi.
1= Diisi tidak lengkap, tidak bisa dibaca.
2= Diisi tidak lengkap, bisa dibaca.
3= Diisi lengkap, bisa dibaca.
4= Diisi lengkap, bisa dibaca; bila ada perubahan diinformasikan pada yang terkait.
5= Diisi lengkap, bisa dibaca; bila ada perubahan diinformasikan pada yang terkait dan diketahui oleh pimpinan.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : --
- W : Dokter dan Pimpinan.

Skor : ☐

K.5.11. Singkatan dan simbol yang dipakai harus yang sudah diakui oleh panitia rekam medis.

Skor :
0= Tidak ada singkatan dan simbol.
1= Ada simbol atau singkatan yang disusun sendiri, belum disahkan.
2= Ada simbol dan singkatan yang disusun sendiri, belum disahkan.
3= Simbol atau singkatan yang dipakai disusun oleh tim, belum disahkan.
4= Simbol dan singkatan yang dipakai disusun oleh tim, belum disahkan.
5= Panitia rekam medik menetapkan simbol dan singkatan yang dipakai dalam rekam medis, dan disahkan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis
- O : --
- W : Dokter, Panitia/Tim rekam medis.

Skor : ☐

K.5.12. Laporan asli yang dibuat oleh dokter, perawatan dan para medis non perawatan disimpan dalam rekam medis.

Skor :
0= Tidak ada laporan di rekam medis.
1= Laporan di rekam medis bukan asli, dan hanya dari salah satu profesi.
2= Laporan di rekam medis bukan asli, dibuat oleh semua profesi.
3= Laporan asli yang disimpan rekam medis hanya dari satu profesi (dokter, perawat).
4= Laporan asli dari dua profesi.
5= Laporan dari semua profesi adalah asli.

DO : Cukup jelas.

CP : D : Laporan.
O : --
W : --

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.5.13. Identifikasi pasien dalam rekam medis harus mencakup:

a. Nomor rekam medis/registrasi pada tiap lembar;
b. Nama lengkap pasien pada tiap lembar;
c. Alamat;
d. Jenis kelamin;
e. Orang yang terkait pada pelayanan gawat darurat.

Skor :
0= Tidak ada identifikasi pasien.
1= Identifikasi pasien tertulis dilembar depan hanya satu item.
2= Ditulis dilembar depan tetapi tidak lengkap (hanya sampai dengan 2 item).
3= Ditulis dilembar depan, hanya 3 item.
4= Ditulis dilembar depan dan lengkap, hanya 4 item.
5= Ditulis dilembar depan dan lengkap dan ada nama orang yang terkait pada pasien gawat darurat.

DO : Lembar depan tidak selalu sampul rekam medis.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.14. Tanda bahaya (peringatan misalnya) harus ditulis dihalaman depan rekam medis.

Skor :
0= Tidak mencatat tanda bahaya.
1= Hanya sebagian tanda bahaya di lembar tindakan.
2= Sebagian peringatan dicatat dilembar resume.
3= Semua tanda bahaya dicatat dilembar dalam.
4= Semua tanda bahaya diberi tanda khusus dilembar dalam.
5= Tanda bahaya ditulis dilembar depan dengan warna/tanda menyolok.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.15. Rekam medis mencantumkan diagnosa waktu pasien diterima oleh dokter.

Skor :
0= Tidak ada diagnose pasien.
1= Hanya DD dan tidak jelas terbaca.
2= DD ada, bisa terbaca.
3= Diagnosa ditulis kemudian, tak jelas dibaca.
4= Diagnosa ada, bisa terbaca, ditulis kemudian.
5= Diagnosa dicatat waktu pasien diterima pertama kali.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP : D : Rekam medis.
O : --
W : --

Skor : ☐

K.5.16. Rekam medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi penyakit pasien yang meliputi:
a. Riwayat dan perjalanan penyakit;
b. Riwayat penyakit keluarga;
c. Keadaan sosial.

Skor :
0= Riwayat pasien tidak tercatat.
1= Riwayat pasien dicatat.
2= Tercatat riwayat dan perjalanan penyakit.
3= Perjalanan penyakit dan penyakit keluarga dicatat tetapi tidak jelas.
4= Ketiganya tercatat tetapi tidak lengkap (a, b, c).
5= Riwayat pasien dan keadaan sosial pasien dicatat lengkap dan jelas.

DO : Cukup jelas.

CP : D : Rekam medis.
O : --
W : --

Skor : ☐

S.5.17. Ada informed concent untuk tindakan tertentu.

Skor :
0= Tidak ada informed consent.
1= Ada informed consent, tetapi berlaku untuk umum, tidak ditandatangani pasien.
2= Ada informed concent, untuk semua tindakan, ditandatangani pasien maupun petugas.
3= Ada informed consent, berlaku khusus untuk unit pelayanan tertentu, tidak ditandatangani oleh pasien.
4= Ada informed consent, berlaku untuk unit pelayanan tertentu ditandatangani oleh pasien tetapi tidak sesuai peraturan.
5= Ada informed consent untuk setiap tindakan, ditandatangani pasien, sesuai dengan peraturan yang berlaku.

DO :
- *Informed consent* : cukup jelas, tidak perlu bermaterai.
- *Berlaku untuk umum* : dibuat untuk setiap pasien hanya satu kali waktu masuk rumah sakit untuk semua tindakan selama dalam perawatan rumah sakit.
- *Berlaku untuk unit pelayanan:* dibuat untuk setiap pasien hanya satu kali untuk semua tindakan yang dilaksanakan diunit/bagian/instalasi rumah sakit, sesuai dengan keputusan/peraturan yang berlaku.

DISPERPUSIP JATIM

CP :
- D : Dokumen rekam medis.
- O : Pengecekan.
- W : –

Skor : ☐

K.5.18. Perintah pemberian obat dibuat secara tertulis oleh dokter.

Skor :
0= Tidak ada perintah pemberian obat.
1= Perintah tidak tertulis.
2= Perintah tertulis bukan oleh dokternya.
3= Tertulis oleh dokternya tetapi tidak lengkap.
4= Tertulis oleh dokternya lengkap, tetapi tidak jelas terbaca.
5= Tertulis oleh dokternya, lengkap, jelas.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.19. Perintah terapi dan diagnosa khusus dibuat tertulis.

Skor :
0= Tidak ada perintah terapi dan diagnosa khusus yang tertulis.
1= Ada perintah terapi tidak tertulis, diagnosa khusus belum ditulis.
2= Ada perintah terapi tidak tertulis, ada diagnosa khusus.
3= Perintah terapi dibuat tertulis tetapi tidak lengkap.
4= Tertulis dan lengkap.
5= Tertulis dan lengkap serta ditanda tangani oleh dokternya dengan nama jelas.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.20. Catatan kemajuan, hasil observasi dan konsultasi dibuat secara tertulis oleh dokter, perawat dan para medis lainnya untuk mencatat semua perubahan yang ada pada kondisi pasien dan hasil pengobatan.

DISPERPUSIP JATIM

Skor :
0= Ada catatan tentang kondisi pasien saja.
1= Ada catatan observasi.
2= Ada catatan observasi, ada catatan konsultasi.
3= Ada catatan observasi, ada catatan konsultasi, ada catatan perubahan yang ada.
4= Ada catatan observasi, ada catatan konsultasi, ada catatan perubahan yang ada, pada kondisi pasien dan ada hasil pengobatan.
5= Ada catatan observasi, ada catatan konsultasi, ada catatan perubahan yang ada, pada kondisi pasien dan hasil pengobatan, catatan ditulis oleh dokter, perawat, non perawat yang menangani dengan nama yang jelas terbaca.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.21. Dokter membuat diagnosis prabedah sebelum operasi dan kemudian harus ada laporan operasi segera setelah pembedahan yang meliputi:
a. Rincian keadaan yang ditemukan;
b. Prosedur yang dilakukan;
c. Jaringan yang dibuang;
d. Diagnosis pasca bedah;
e. Instruksi pasca bedah;
f. Tanda tangan pembedah.

Skor :
0= Tidak ada catatan pembedahan.
1= Ada laporan pre operasi saja dan tidak lengkap.
2= Ada laporan pre operasi saja.
3= Ada laporan pre operasi dan post operasi lengkap.
4= Ada laporan pre operasi dan post operasi lengkap dan ada instruksi pasca bedah.
5= Ada laporan pre operasi dan post operasi lengkap, ada instruksi pasca bedah dan ada tanda tangan pembedah

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.22. Rekam medis anestesi meliputi hal sebagai berikut:
a. Catatan penilaian prabedah oleh dokter bagian anestesi;
b. Obat, darah dan dosis pemberian;

DISPERPUSIP JATIM

c. Pemantauan tanda vital;
d. Terapi cairan;
e. Instruksi pasca anestesi;
f. Nama dan tanda tangan dokter anestesi;
g. Hal lain yang sesuai dengan peraturan formal yang berlaku.

Skor :
0= Tidak ada laporan anestesi.
1= Ada catatan anestesi pra bedah saja.
2= Ada catatan anestesi pra bedah dan selama pembedahan.
3= Ada catatan anestesi pra bedah, selama pembedahan dan pasca bedah.
4= Ada catatan anestesi pra bedah, selama pembedahan, pasca bedah dan instruksi anestesi pasca bedah.
5= Ada catatan anestesi pra bedah, selama pembedahan, pasca bedah dan instruksi anestesi pasca bedah serta ada tanda tangan dokter anestesi.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.23. Halaman depan rekam medis meliputi diagnosis dan prosedur tindakan yang dilakukan sesuai dengan terminologi terbaru ICD atau modifikasi yang diakui.

Skor :
0= Tidak ada catatan ICD di halaman depan.
1= Ada catatan diagnosa belum disesuaikan dengan terminologi dalam ICD.
2= Ada catatan diagnosa dan prosedur tindakan.
3= Ada catatan diagnosa dan prosedur tindakan, catatan sesuai dengan terminologi ICD.
4= Ada catatan diagnosa dan prosedur tindakan, ICD yang dipakai adalah ICD yang baru.
5= Ada catatan diagnosa dan prosedur tindakan, ICD yang dipakai adalah ICD yang terbaru yang diakui.

DO : Halaman depan di sini diartikan lembar pertama rekam medis.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

K.5.24. Untuk setiap pasien yang pulang ada ringkasan penyakit yang dibuat dalam 14 hari setelah pasien pulang. Ringkasan tersebut meliputi:
a. Diagnosis akhir waktu pasien pulang;
b. Prosedur tindakan yang dilakukan;
c. Rencana pemeriksaan lanjutan;
d. Instruksi pada pasien, bila perlu.

DISPERPUSIP JATIM

Skor :

0= Tidak ada ringkasan penyakit.
1= Sebagian pasien ditulis ringkasannya, lama setelah pasien pulang.
2= Ringkasan tidak lengkap dibuat lebih dari 30 hari setelah pasien pulang.
3= Ringkasan tidak lengkap dibuat lebih dari 14 hari setelah pasien pulang.
4= Ringkasan lengkap dibuat lebih dari 14 hari setelah pasien pulang.
5= Ringkasan lengkap dibuat kurang dari 14 hari setelah pasien pulang.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.25. Bila pasien dirujuk maka ringkasan harus meliputi:
a. Kondisi waktu pasien keluar;
b. Rekapitulasi kondisi pasien saat dirawat.

Skor :
0= Tidak ada ringkasan waktu pasien keluar rumah sakit.
1= Ada catatan rujukan tanpa ringkasan.
2= Ada catatan rujukan dengan catatan kondisi pasien keluar.
3= Ada catatan rujukan dengan rekap waktu pasien dirawat.
4= Ada catatan rujukan dengan kondisi pasien keluar dan rekap waktu pasien dirawat.
5= Ada catatan rujukan dengan kondisi pasien keluar dan rekap waktu pasien dirawat, serta dibuat dalam waktu kurang dari 14 hari.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rekam medis.
- O : –
- W : –

Skor : ☐

K.5.26. Bila dilakukan otopsi diagnosis patologi sudah dicantumkan paling lambat 72 jam kemudian dan rekam medis dilengkapi paling lambat 1 bulan setelah kematian.

Skor :
0= Tidak ada kebijaksanaan mengenai otopsi diagnosa.
1= Ada kebijakan otopsi tidak tertulis.
2= Ada catatan otopsi diagnosa patologi tertulis.
3= Ada formulir catatan otopsi diagnosa patologi.
4= Ada prosedur tertulis untuk permintaan otopsi diagnosa patologi.
5= Ada catatan persetujuan otopsi diagnosis patologi yang disesuaikan dalam 72 jam dan ada kelengkapan lain dibuat kurang satu bulan setelah kematian.

DISPERPUSIP JATIM

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Catatan otopsi.
- O : --
- W : --

Skor : ☐

Std. 6. PENGEMBANGAN STAF DAN PROGRAM PENDIDIKAN.

Semua staf mempunyai kesempatan untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan yang berguna untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

K.6.1. Ada program orientasi yang terstruktur bagi pegawai baru di unit rekam medis agar dapat memahami tugas pekerjaan dan tanggung jawabnya.

Skor :
0= Tidak ada program dan tidak ada kegiatan.
1= Kegiatan dilakukan secara individual oleh petugas rekam medis, tak ada program.
2= Kegiatan dilakukan dengan prakarsa kepala unit rekam medis, jadwal tidak terstruktur .
3= Kegiatan dilakukan dengan prakarsa kepala unit rekam medis, disertai program dan kegiatan terstruktur oleh kepala unit rekam medis sendiri.
4= Kegiatan dilakukan dengan prakarsa kepala unit rekam medis, disertai program dan kegiatan terstruktur oleh kepala unit rekam medis sendiri dengan mengacu pada program tertulis dari pimpinan rumah sakit.
5= Kegiatan dilakukan dengan prakarsa kepala unit rekam medis, disertai program dan kegiatan terstruktur oleh kepala unit rekam medis sendiri dengan mengacu pada program tertulis dari pimpinan rumah sakit, lengkap dengan program orientasi bagi tenaga yang bekerja diluar unit rekam medis.

DO :
- *Kegiatan/jadwal terstruktur adalah* kegiatan/jadwal yang dilaksanakan berdasarkan rencana kerja secara tertulis.
- *Tenaga yang bekerja di luar unit rekam medis adalah* tenaga yang berkaitan dengan rekam medis misalnya perawat.

CP :
- D : Kebijakan pimpinan rumah sakit untuk program orientasi, jadwal tertulis.
- O : --
- W : wawancara terhadap petugas rekam medis dan tenaga di luar unit rekam medis (perawat, dokter dll.)

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.6.2. Ada mekanisme identifikasi pengembangan staf dan kebutuhan pendidikan yang berkaitan dengan peningkatan prestasi.

Skor :
0= Tidak ada pengembangan staf.
1= Ada identifikasi pengembangan.
2= Ada kebutuhan pendidikan.
3= Ada keduanya belum terprogram.
4= Ada keduanya terprogram.
5= Ada program dan diarahkan untuk meningkatkan prestasi.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rencana dan Jadwal diklat.
- O : --
- W : --

Skor : [ ]

K.6.3. Ada kesempatan bagi semua staf untuk mengikuti pelatihan/pendidikan berkelanjutan, orientasi yang berkaitan dengan upaya peningkatan kemampuan mengelola rekam medis di rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada program kegiatan, tidak pernah ada kegiatan untuk meningkatkan mutu.
1= Tidak ada program kegiatan di unit, ada kegiatan untuk meningkatkan mutu secara individual/ sendiri-sendiri.
2= Ada kegiatan untuk meningkatkan mutu yang dikoordinasi oleh kepala unit.
3= Ada program dari kepala unit rekam medis, yang memberikan kesempatan kepada semua staf.
4= Ada program dari pimpinan rumah sakit, tetapi tidak dilaksanakan secara teratur.
5= Ada program dari pimpinan rumah sakit dan teratur dilaksanakan.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Kebijakan pimpinan rumah sakit tentang program pelatihan, pendidikan berkelanjutan dan orientasi, dokumen perencanaan kebutuhan tenaga rekam medis; laporan pelaksanaan kegiatan.
- O : --
- W: Petugas rekam medis.

Skor : [ ]

K.6.4. Staf profesional perlu dibantu untuk dapat menghadiri pertemuan dan program profesi.

Skor :
0= Tidak ada bantuan untuk staf profesional untuk menghadiri pertemuan dan program profesi.
1= Ada bantuan untuk kegiatan di dalam rumah sakit.
2= Ada bantuan hanya untuk kegiatan lingkup kabupaten/kotamadya.

DISPERPUSIP JATIM

3= Ada bantuan hanya untuk kegiatan lingkup propinsi.
4= Ada bantuan hanya untuk kegiatan lingkup nasional.
5= Ada bantuan untuk kegiatan lingkup internasional.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : Rencana dan Pelaksanaan diklat.
- O : --
- W : Apakah ada petugas yang pernah diberi ilmu / dibantu dalam mendapatkan pendidikan ditempat-tempat tertentu.

Skor : ☐

Std. 7. EVALUASI DAN PENGENDALIAN MUTU.

Adanya prosedur baku untuk menilai kualitas pelayanan dan mengoreksi, masalah yang ada

K.7.1. Ada bukti tertulis staf rekam medis ikut berperan aktif dalam program pengendalian mutu pelayanan rumah sakit.

Skor :
0= Tidak ada program pengendalian mutu rumah sakit.
1= Tidak ada program tertulis, staf rekam medis tidak berperan aktif.
2= Ada program tertulis, staf rekam medis tidak berperan aktif.
3= Ada program tertulis, staf rekam medis berperan aktif, ada panitia rekam medis.
4= Beberapa staf rekam medis menjadi anggota berbagai panitia/pokja/komite dalam bidang pengendalian mutu rumah sakit, tidak berperan aktif.
5= Beberapa staf rekam medis menjadi anggota berbagai panitia/pokja/komite dalam bidang pengendalian mutu rumah sakit berperan aktif.

DO :
- *Berperan aktif adalah* duduk dalam keanggotaan, panitia/pokja, komite dan aktif mengikuti rapat.
- *Program pengendalian mutu adalah* kegiatan yang berkaitan dengan upaya peningkatan mutu rumah sakit.

CP : D = Kebijakan pimpinan RS tentang program pengendalian mutu, notulen rapat.

O = Pengecekan notulen rapat.

W = Terhadap petugas rekam medis.

Skor : ☐

DISPERPUSIP JATIM

K.7.2. Ada mekanisme/prosedur untuk memonitor dan melakukan evaluasi pengelolaan rekam medis di rumah sakit.

Skor :

0= Tidak ada mekanisme.
1= Tidak ada mekanisme, tetapi ada evaluasi yang dilakukan secara individual oleh staf unit rekam medis.
2= Tidak ada mekanisme, evaluasi dilakukan tidak teratur oleh kepala unit rekam medis.
3= Ada mekanisme/prosedur tertulis dari Direktur rumah sakit tentang monitoring dan evaluasi pengelolaan rekam medis.
4= Ada mekanisme/prosedur tertulis dari Direktur rumah sakit tentang monitoring dan evaluasi pengelolaan rekam medis, disertai hasil evaluasi secara tertulis dengan tindak lanjutnya.
5= Ada mekanisme/prosedur tertulis dari Direktur rumah sakit tentang monitoring dan evaluasi pengelolaan rekam medis, disertai hasil evaluasi secara tertulis dengan tindak lanjutnya; unit rekam medis dijadikan model untuk tempat pelatihan bagi tenaga rekam medis bagi rumah sakit lain.

DO : Cukup jelas.

CP :
- D : - Panduan mekanisme/prosedur monitoring/evaluasi pengelolaan rekam medis.
  - Bukti tertulis hasil evaluasi.
  - Bukti tertulis bahwa RS dipakai menjadi tempat pelatihan rekam medis rumah sakit lain.
- O : –
- W : Petugas rekam medis.

Skor : ☐

K.7.3. Pengendalian mutu meliputi hal-hal sebagai berikut:

a. *Pemantauan:* Pengumpulan informasi rutin mengenai aspek pelayanan yang penting.
b *Analisis* : Penilaian berkala untuk identifikasi masalah penting dalam pelayanan untuk perbaikan.
c. *Tindakan* : Bila ada masalah, tindakan penyelesaian dilakukan dan dicatat.
d. *Evaluasi* : Efektivitas, tindakan dinilai untuk peningkatan jangka penjang.
e. *Umpan balik* : Hasil kegiatan disebarluaskan kepada staf, secara teratur.

Skor :

0= Tidak ada program peningkatan mutu.
1= Ada pemantauan saja.
2= Ada pemantauan, ada analisa.
3= Ada pemantauan, ada analisa, ada tindakan.
4= Ada pemantauan, ada analisa, ada tindakan, ada evaluasi.
5= Ada pemantauan, ada analisa, ada tindakan, ada evaluasi, ada umpan balik dan diinformasikan.

DO : Cukup jelas.

DISPERPUSIP JATIM

CP :
- D : Bukti tertulis kegiatan.
- O : Pelaksanaan PDCA
- W : –

Skor : ☐

K.7.4. Dokumentasi yang tepat mengenai kegiatan disimpan dan kerahasiaan pasien dan staf medis tetap dijaga.

Skor :
0= Tidak ada dokumentasi.
1= Ada dokumentasi kegiatan.
2= Ada dokumentasi kegiatan dan disimpan dengan baik.
3= Ada dokumentasi kegiatan dan disimpan dengan baik, ditambah dengan rahasia pasien atau rahasia staf medik dijaga/dicatat.
4= Ada dokumentasi kegiatan dan disimpan dengan baik, ditambah dengan rahasia pasien dan rahasia staf medik dijaga/dicatat.
5= Ada dokumentasi kegiatan dan disimpan dengan baik, ditambah dengan rahasia pasien dan rahasia staf medik dijaga/dicatat dan tidak bisa terbaca orang lain yang tidak berhak.

DO : –

CP :
- D : Ketentuan tentang menjaga kerahasiaan pasien dan dokter.
- O : –
- W : Panitia / Tim Rekam Medis.

Skor : ☐

Catatan:

DO = Definisi operasional.
CP = Cara Pembuktian.
D = Dokumentasi.
O = Observasi.
W = Wawancara.

>> ms <<

DISPERPUSIP JATIM

Tabel 1e

Rangkuman Penilaian Masing–masing Standar
5. Rekam Medis
"Self Assessment"

RS:

No	Standar	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor							Jumlah Skor *	% Pencapaian Standar
		5	4	3	2	1	0	Jumlah		
1	Falsafah dan Tujuan							3		
2	Administrasi dan Pengelolaan							7		
3	Staf dan Pimpinan							1		
4	Fasilitas dan Peralatan							4		
5	Kebijakan dan Prosedur							26		
6	Pengembangan Staf dan Program Pendidikan							4		
7	Evaluasi dan Pengendalian Mutu							4		
	Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor **							49		
	Jumlah Skor ***								X = ...	
	% Pencapaian untuk seluruh Standar Pelayanan Rekam Medis ****									

Keterangan:

* Diisi dengan penjumlahan skor yang di dapat untuk masing–masing standar.
Misal : Falsafah dan Tujuan ada 3 kriteria yang diberi skor, terdiri dari 2 kriteria yang mendapat skor 5 dan 1 kriteria yang mendapat skor 3, maka jumlah skor Falsafah dan Tujuan = { (2x5) + (1x3) } = 13

** Diisi dengan jumlah kriteria yang diberikan skor yang sesuai. Bila dalam kelompok Staf dan Pimpinan ada 2 kriteria yang mendapat skor 5, maka pada kolom "skor 5" diisi dengan angka 2, bukan angka 10.

*** Diisi dengan jumlah skor yang diperoleh, yaitu: Perkalian "Jumlah Kriteria yang Mendapat Skor" pada kolom diatasnya dengan skor yang sesuai. Misalnya bila jumlah kriteria yang mendapat skor 4 untuk seluruh standar Pelayanan Rekam Medis ada 15 kriteria, maka skor yang dimasukkan dalam kolom ini adalah 15 x 4 = 60

**** Diisi dengan menggunakan rumus:

$$\frac{X}{\text{Jumlah Kriteria seluruhnya} \times 5} \times 100\ \% \quad = \ldots\ldots\ \% = \frac{X}{49 \times 5} \times 100\ \% = \ldots\ldots\ \%\ (2\ \text{desimal}).$$

DISPERPUSIP JATIM