



PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA (PERSI)

# **INSTRUMEN PENILAIAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN (RSRKP)**

(Acuan: Versi WHO Patient Safety Assessment Manual, Third Edition, 2020)



Tim Penyusun:

Nico Lumenta, Bambang Wibowo, Sutoto, Bambang Tutuko, Amelia Martina,  
May Hizrani, Rita Sekarsari, Santi Anugrahsari, Yanuar Jak, Eka Viora





# **INSTRUMEN PENILAIAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN (RSRKP)**

(Acuan: Versi WHO Patient Safety Assessment Manual,  
Third Edition, 2020)

## **Tim Penyusun:**

Nico Lumenta, Bambang Wibowo, Sutoto, Bambang Tutuko, Amelia Martina,  
May Hizrani, Rita Sekarsari, Santi Anugrahsari, Yanuar Jak, Eka Viora

# **INSTRUMEN PENILAIAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN (RSRKP)**

(Acuan: Versi WHO Patient Safety Assessment Manual, Third Edition, 2020)

©2025 Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia

17,5 cm x 25 cm  
x + 156 halaman

**Cetakan 1:** Oktober 2025

**ISBN:**

---

## **Hak Cipta Dilindungi Undang-undang**

Dilarang memperbanyak, mencetak dan menerbitkan sebagai atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seizin penulis dan penerbit.

---

### **Diterbitkan oleh:**

Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)  
Crown Palace Blok E/6. Jl. Prof. Soepomo, SH No. 231 Tebet, Jakarta Selatan  
Telp.: 021-83788722/23. Fax: 021-83788724/25. Email: [persi@pacific.net.id](mailto:persi@pacific.net.id)  
Website: [www.persi.or.id](http://www.persi.or.id)

# KATA PENGANTAR

## I. Pendahuluan: Mandat Moral dan Strategis Keselamatan Pasien

### 1.1. Deklarasi Filosofis Keselamatan Pasien sebagai Inti Mutu

Keselamatan pasien (*Patient Safety*) telah lama melampaui batas-batasnya sebagai sekadar prinsip etika atau kewajiban administratif. Dalam konteks sistem pelayanan kesehatan modern yang semakin kompleks dan berorientasi pada hasil, keselamatan pasien harus diakui sebagai **fondasi inti dari mutu pelayanan kesehatan** (*Patient safety is the core foundation of healthcare quality, ISQua 2025*). Mutu yang tidak aman tidak dapat dikategorikan sebagai mutu sejati; *Safe Care is the Right Care*.

Filosofi ini berakar kuat pada janji moral tertinggi dalam profesi kesehatan, yang diabadikan dalam adagium klasik *Primum, non nocere*—"Utamakan, jangan merugikan". Ketika individu mencari pertolongan medis, harapan akan keselamatan adalah hak fundamental yang melekat. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) secara tegas memposisikan keselamatan pasien sebagai hak asasi setiap individu, dan fondasi esensial bagi pembangunan sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas, berkeadilan, dan berkelanjutan.

### 1.2. Urgensi Global dan Kompleksitas Tantangan Nasional

Meskipun telah banyak inisiatif dikembangkan, data global secara konsisten menunjukkan bahwa insiden yang seharusnya dapat dicegah masih terjadi dalam jumlah yang mengkhawatirkan. Diperkirakan sekitar 10% pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami kejadian merugikan (*adverse events*), bahkan di beberapa wilayah, angka ini dilaporkan mencapai 18%. Kejadian ini, yang sebagian besar dapat dihindari, menimbulkan beban klinis, finansial (melalui litigasi, klaim, dan perpanjangan masa inap), serta kerusakan citra institusi yang parah.

Dalam sistem kesehatan Indonesia yang dinamis, keselamatan pasien tetap menjadi tantangan mendesak yang memerlukan pendekatan yang holistik, sistematis, dan berbasis bukti. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) terus terjadi, diperparah oleh kompleksitas sistem, variasi implementasi standar, dan keterbatasan sumber daya. Untuk mengatasi kelemahan sistemik ini, dibutuhkan kerangka kerja yang tidak hanya berfokus pada kepatuhan prosedural, tetapi juga pada penguatan struktur tata kelola.

Kegagalan dalam mencapai *zero harm* yang dapat dihindari seringkali mengindikasikan kelemahan fundamental dalam **Empat Pilar Tata Kelola yang Baik (Good Governance)** rumah sakit: Tata Kelola Rumah Sakit/Korporat, Tata Kelola Klinis, Tata Kelola Asuhan Pasien (melalui *Patient Centered Care*), dan Tata Kelola Etik. Instrumen ini secara strategis dirancang untuk mendorong pimpinan rumah sakit (Domain A) agar membangun **organisasi berkeandalan tinggi (High-Reliability Organization)** dengan mengintegrasikan keselamatan sebagai fungsi manajemen inti (Strategi 2.2 GPSAP), memastikan akuntabilitas dan alokasi sumber daya yang memadai.

## II. RSRKP: Inisiatif Pionir Indonesia dan Integrasi Tiga Pilar Standar

### 2.1. Terobosan PERSI-IKPRS di Kancah Global

Menyadari tantangan tersebut, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) bersama Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS) —sejak pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Nasional pada tahun 2005— mengambil langkah proaktif dengan mengembangkan Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (SPRR) dan Instrumen Penilaiannya.

Penerbitan buku **INSTRUMEN PENILAIAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN (RSRKP)** pada tahun 2025 ini merupakan inisiatif monumental. PERSI-IKPRS memposisikan inisiatif ini sebagai terobosan pionir Indonesia di tingkat global. Instrumen ini diakui sebagai **standar dan alat penilaian pertama di dunia** yang secara eksplisit menyatukan tiga kerangka kerja utama untuk menciptakan sistem keselamatan pasien yang holistik, adaptif, dan relevan.

### 2.2. Pilar Integrasi RSRKP: Sinergi untuk Keandalan Sistem

Instrumen Penilaian RSRKP ini berfungsi sebagai *jembatan strategis* bagi rumah sakit di Indonesia. Kerangka kerjanya secara simultan merespons tuntutan mutu global dan kewajiban kepatuhan domestik, melalui integrasi yang cermat terhadap tiga pilar standar:

- A. WHO Patient Safety Friendly Hospital Framework (PSFHF) 2020**  
Kerangka kerja dari WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Patient Safety Assessment Manual, Third Edition, 2020, dijadikan sebagai acuan dasar dalam merumuskan domain dan standar struktural. Penggunaan acuan ini memastikan bahwa Standar RSRKP mengadopsi metodologi yang telah diuji dan diakui secara internasional.
- B. WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021-2030**  
Instrumen RSRKP diperkuat secara signifikan dengan menautkan kriteria-kriterianya pada strategi Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021–2030. Keterkaitan ini menyelaraskan rumah sakit Indonesia dengan visi global WHO, yang bertujuan menghilangkan bahaya yang dapat dihindari (*Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*) melalui pendekatan 7 tujuan strategis dan 35 aksi spesifik.
- C. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan 2024 (STARKES 2024)**  
Untuk memastikan relevansi dan efisiensi dalam konteks regulasi nasional, Standar RSRKP secara eksplisit disesuaikan dan dikaitkan dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemenkes 2024 (Starkes 2024). Penyesuaian kriteria ini, yang terlihat jelas dalam tautan referensi ke standar TKRS, PMKP, dan SKP, menghasilkan efisiensi regulasi yang optimal. Rumah sakit yang berfokus pada RSRKP secara otomatis juga mempersiapkan dan memperkuat kepatuhan terhadap standar akreditasi nasional. Penggabungan tiga kerangka kerja ini menjadikan Standar RSRKP *lebih maju, holistik, dan kontekstual* daripada versi aslinya, memberikan rumah sakit strategi *win-win* untuk mengoptimalkan alokasi sumber daya (Strategi 1.2 GPSAP) demi mencapai keunggulan mutu nasional dan global.

Tabel berikut menyajikan ringkasan strategis dari integrasi tiga pilar standar tersebut:

Integrasi Kerangka Kerja Global dan Nasional dalam RSRKP:

Kerangka Kerja	Sumber Acuan Primer	Peran dalam RSRKP	Implikasi Strategis
WHO PSFHF (2020)	WHO Patient Safety Assessment Manual, 3rd Ed.	Dasar dari 5 Domain dan 21 Standar	Menetapkan dimensi praktik klinis, lingkungan, dan keterlibatan pasien sesuai praktik terbaik global.



WHO GPSAP (2021-2030)	Global Patient Safety Action Plan, 7 Strategi	Penguatan Signifikan: Kriteria RSRKP diselaraskan dengan strategi “eliminating avoidable harm” WHO.	Menyediakan visi strategis menuju <i>Zero Avoidable Harm</i> dan memposisikan RS Indonesia setara dengan agenda global.
STARKES (2024)	Standar Akreditasi RS Kemenkes 2024	Kontekstualisasi Nasional: Kriteria disesuaikan agar RS dapat memenuhi standar akreditasi dan RSRKP secara simultan.	Menjadi jembatan kepatuhan regulasi nasional terkini, memaksimalkan efisiensi upaya peningkatan mutu RS.

### III. Struktur Instrumen: Pilar Menuju Budaya Keselamatan Berkelanjutan

#### 3.1. Arsitektur 5 Domain dan 21 Standar

Buku Instrumen Penilaian ini menyajikan kerangka kerja yang komprehensif, terdiri dari 21 Standar dan 134 Kriteria. Seluruh standar ini dikelompokkan dalam **lima domain utama** yang mencerminkan elemen kritis keselamatan pasien, dari tingkat strategis hingga operasional.

1. Domain A: Kepemimpinan dan Manajemen: (6 Standar, 36 Kriteria)  
Domain ini memastikan bahwa pimpinan rumah sakit memiliki komitmen kuat dan menerapkan kebijakan keselamatan yang berkelanjutan. Kriteria ini menyentuh aspek strategis seperti akuntabilitas Direksi (7 Kriteria Kritis), alokasi anggaran, sistem tata kelola etis, dan pengukuran budaya keselamatan pasien tahunan.
2. Domain B: Keterlibatan Pasien dan Masyarakat: (7 Standar, 31 Kriteria)  
Domain ini krusial untuk menjadikan pasien sebagai mitra aktif. Fokusnya adalah pada hak pasien, pelaksanaan informed consent yang jelas, edukasi pasien tentang keselamatan, transparansi informasi, serta pengungkapan insiden kepada pasien dan pengasuhnya.
3. Domain C: Praktik Klinis Berbasis Bukti yang Aman: (4 Standar, 40 Kriteria)  
Sebagai domain dengan kriteria terbanyak (40) dan Kriteria Kritis terbanyak (14), Domain C menyasar eliminasi bahaya dalam prosedur berisiko tinggi (Strategi 3 GPSAP). Kriteria ini mencakup penerapan daftar pemeriksaan keselamatan bedah (SKP 4), pencegahan infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs), manajemen obat yang aman (Medication Without



Harm), serta prosedur respons cepat terhadap penurunan kondisi klinis.

4. Domain D: Lingkungan yang Aman: (2 Standar, 22 Kriteria)  
Domain ini berfokus pada infrastruktur yang andal (Strategi 2 GPSAP). Kriteria mencakup ketersediaan peralatan esensial yang berfungsi, program pemeliharaan preventif, kesiapsiagaan kebakaran, rencana tanggap darurat, dan sistem pengelolaan limbah yang aman (termasuk limbah tajam, biologis, dan radiologi).
5. Domain E: Pembelajaran Berkelanjutan: (2 Standar, 5 Kriteria)  
Domain ini mendefinisikan komitmen organisasi terhadap Lifelong Learning (Strategi 5 dan 6 GPSAP). Fokusnya adalah integrasi keselamatan pasien dalam program orientasi dan pengembangan profesional staf, serta pelaksanaan penelitian (prospektif/retrospektif) dan proyek peningkatan mutu (QI) secara berkelanjutan.

### 3.2. Diferensiasi Kriteria: Kritis, Inti, dan Pengembangan (Model Kedewasaan)

Model RSRKP menggunakan 134 kriteria yang diklasifikasikan berdasarkan tingkat prioritas dan kedalaman implementasi, membentuk sebuah model kedewasaan organisasi (*Maturity Model*).

Ringkasan Struktural Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP):

Domain Utama (5)	Jumlah Standar	Kriteria Kritis (Cr)	Kriteria Inti (Co)	Kriteria Pengembangan (D)	Total Kriteria
A. Kepemimpinan dan Manajemen	6	7	26	3	36
B. Keterlibatan Pasien dan Masyarakat	7	2	22	7	31
C. Praktik Klinis Berbasis Bukti yang Aman	4	14	24	2	40
D. Lingkungan yang Aman	2	1	20	1	22
E. Pembelajaran Berkelanjutan	2	1	2	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>25</b>	<b>94</b>	<b>15</b>	<b>134</b>

## Kriteria Kritis (Cr - 25): Pilar Keselamatan Mutlak

Kriteria ini mencakup persyaratan dasar yang **wajib 100% dipenuhi** oleh rumah sakit untuk dapat diakui dalam Program Sertifikasi RSRKP (semua tingkat pencapaian). Penting untuk diperhatikan bahwa sebagian besar kriteria kritis (14 kriteria) berada di Domain C, menandakan bahwa mitigasi risiko dalam prosedur klinis berisiko tinggi (seperti rekonsiliasi obat, keselamatan darah, dan pencegahan HAIs) adalah area non-negotiable untuk keselamatan pasien.

## Kriteria Pengembangan (D - 15): Menuju Keunggulan dan Inovasi

Kriteria Pengembangan dirancang untuk mendorong rumah sakit bergerak melampaui kepatuhan minimum (*compliance*) menuju keunggulan (*excellence*). Jumlah Kriteria Pengembangan tertinggi (7 kriteria) berada di Domain B, menunjukkan bahwa adopsi penuh partisipasi pasien dan masyarakat—seperti pelibatan mereka dalam tata kelola kebijakan, co-design proyek perbaikan mutu, atau penyediaan akses ke rekam medis dengan ruang klarifikasi <sup>1</sup>—merupakan indikator kedewasaan budaya keselamatan.

Kebutuhan untuk memenuhi kriteria pengembangan, seperti penggunaan teknologi *barcode* untuk identifikasi pasien dan sampel darah atau pelaksanaan penelitian prospektif/retrospektif tahunan (Domain E), mendorong investasi pada solusi inovatif dan sistem pelaporan yang berfokus pada data. Hal ini secara langsung mendukung Strategi 6 GPSAP (Menggunakan informasi untuk mengurangi risiko) dan Strategi 4 GPSAP (Keterlibatan pasien).

## IV. Visi Sertifikasi RSRKP: Pengakuan Prestisius dan Branding Mutu

### 4.1. Program Sertifikasi dan Metodologi Penilaian

Program Sertifikasi RSRKP adalah upaya institusional untuk meningkatkan akuntabilitas dan transparansi rumah sakit terhadap keselamatan pasien. Tujuan utamanya adalah memastikan keselamatan pasien menjadi inti strategi manajemen, meningkatkan akuntabilitas melalui evaluasi sistematis, serta menyelaraskan RS dengan standar global WHO dan nasional Starkes 2024.

Buku Instrumen Penilaian ini sekaligus berfungsi sebagai alat **penilaian mandiri** (*self-assessment*), memungkinkan rumah sakit untuk mengukur kesiapan internal dan mengidentifikasi area perbaikan secara proaktif, sejalan dengan tujuan WHO GPSAP.

## Metodologi Tinjauan Sejawat (Peer Review)

Penilaian eksternal dilaksanakan melalui metode **tinjauan sejawat (peer review)** oleh Asesor PERSI yang kompeten.<sup>1</sup> Penilaian di lapangan berlangsung selama 2–3 hari dan didasarkan pada prinsip keadilan, profesionalisme, dan objektivitas.

Asesor diwajibkan melakukan **triangulasi data** untuk mencapai tingkat kepastian yang tinggi dalam menentukan tingkat pencapaian. Triangulasi bukti ini meliputi:

1. **Tinjauan Dokumen:** Verifikasi kebijakan, pedoman, dan prosedur.
2. **Wawancara:** Diskusi mendalam dengan pimpinan, staf, dan pasien/keluarga.
3. **Observasi:** Pengamatan lingkungan fisik dan praktik klinis (seperti kebersihan tangan, jalur evakuasi, dan identifikasi pasien).

## 4.2. Manfaat Ganda Sertifikat RSRKP: Akuntabilitas dan Reputasi

Rumah sakit yang memenuhi standar akan memperoleh **Sertifikat RSRKP** dari PERSI. Sertifikat ini membawa manfaat strategis ganda:

### A. Pengakuan Prestisius dan Reputasi

Sertifikat RSRKP adalah pengakuan prestisius yang menyatakan bahwa rumah sakit telah melampaui standar dasar keselamatan pasien. Sertifikat ini berfungsi sebagai *branding tool* yang efektif, memperkuat **citra RS sebagai institusi yang aman dan terpercaya** di mata masyarakat, mitra asuransi, regulator, dan calon tenaga kesehatan berkualitas. Hal ini secara langsung meningkatkan kepercayaan publik, kepuasan, dan daya saing.

### B. Akuntabilitas dan Peningkatan Kualitas Berkelanjutan

Sertifikasi RSRKP merupakan pernyataan akuntabilitas publik dan komitmen terhadap *zero harm*. Program ini mendorong rumah sakit untuk membangun budaya keselamatan yang berorientasi pembelajaran, di mana insiden dijadikan bahan analisis sistemik untuk mencegah pengulangan (Strategi 6 GPSAP).

## 4.3. Skala Pencapaian: Tingkat Kedalaman Komitmen

RSRKP menggunakan model 4-tingkat pencapaian (Dasar, Madya, Utama, Paripurna), di mana setiap tingkat mencerminkan kedalaman adopsi standar, terutama Kriteria Pengembangan.

Skala Penilaian RSRKP (4 Tingkat Pencapaian):

Tingkat Pencapaian	Kriteria Kritis (25)	Kriteria Inti (94)	Kriteria Pengembangan (15)
Tingkat 1 / Dasar	100%	Minimal 50 %	Minimal 50%
Tingkat 2 / Madya	100%	60–89%	60%
Tingkat 3 / Utama	100%	90%	70%
Tingkat 4 / Paripurna	100%	90%	80%

Pencapaian Tingkat Paripurna (Tingkat 4) memerlukan pemenuhan 80% Kriteria Pengembangan, yang menyiratkan bahwa rumah sakit telah sepenuhnya mengintegrasikan inovasi dan pembelajaran berkelanjutan ke dalam sistem tata kelola dan operasionalnya. Sertifikat ini memiliki masa berlaku empat tahun, dengan proses monitoring dan evaluasi rutin yang dilakukan setiap dua tahun, menegaskan bahwa keselamatan adalah proses yang harus dipertahankan secara konsisten.

V. Epilog: Ajakan Kolaborasi dan Komitmen Berkelanjutan

5.1. Apresiasi dan Ucapan Terima Kasih

Penyusunan Instrumen Penilaian Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP) ini terwujud berkat kolaborasi dan dedikasi mendalam dari para ahli di bidang kebijakan kesehatan dan keselamatan pasien. PERSI dan IKPRS menyampaikan apresiasi setinggi-tingginya kepada Tim Penyusun (Bambang Wibowo, Sutoto, Nico Lumenta, Bambang Tutuko, Amelia Martina, May Hizrani, Rita Sekarsari, Santi Anugrahsari, Yanuar Jak, Eka Viora), yang telah menciptakan instrumen yang berbasis bukti, holistik, dan adaptif.

Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada seluruh jajaran manajemen rumah sakit, tenaga kesehatan, regulator, akademisi, dan masyarakat. Keberhasilan inisiatif RSRKP sepenuhnya bergantung pada sinergi seluruh pemangku kepentingan dalam mewujudkan budaya keselamatan bersama.

5.2. Keselamatan Pasien sebagai Budaya yang Hidup

Buku Instrumen Penilaian ini harus dipandang sebagai kompas strategis, bukan sekadar daftar periksa. Keberhasilan RSRKP terletak pada **transformasi budaya**, yaitu menjadikan Keselamatan Pasien sebagai pola pikir dan aturan dasar dalam perencanaan dan pemberian layanan. Budaya keselamatan yang kuat dan tidak menghukum (*Just Culture*) tumbuh dari *lessons learned* sehari-

hari, sistem pelaporan yang mendukung (Strategi 6.1 GPSAP), dan komitmen pimpinan yang secara rutin melakukan *ronde-keliling keselamatan pasien* untuk mengidentifikasi risiko sistemik.

Instrumen ini adalah jembatan yang menghubungkan visi global WHO dengan praktik harian di setiap unit pelayanan. Dengan mengintegrasikan standar global dan nasional, RSRKP memastikan setiap keputusan dan tindakan operasional selaras dengan prinsip Keselamatan Pasien, yang pada akhirnya memperkuat sistem kesehatan nasional dan menunaikan janji moral tertinggi kepada pasien.

### 5.3. Undangan untuk Gerakan RSRKP

Kami percaya bahwa setiap rumah sakit di Indonesia memiliki potensi untuk menjadi lebih aman. Tidak ada rumah sakit yang terlalu kecil atau terlalu besar untuk memulai gerakan ini. Yang dibutuhkan adalah keberanian untuk melakukan penilaian diri, menyusun langkah perbaikan, dan bergerak menuju perubahan budaya secara adaptif dan berkelanjutan.

Kami mengundang seluruh pemimpin dan praktisi rumah sakit untuk bergabung dalam **Gerakan RSRKP**. Jadikan Instrumen Penilaian ini sebagai peta jalan strategis untuk mencapai Tingkat Paripurna, yang merupakan pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar internasional dalam hal keselamatan pasien.

Bersama, kita wujudkan layanan rumah sakit yang aman, berkualitas, dan berkelanjutan. Mari kita jadikan keselamatan pasien bukan hanya prioritas, tetapi budaya yang hidup dalam setiap sudut rumah sakit di Indonesia.

PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA (PERSI)

Oktober 2025  
Jakarta, Indonesia.

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	I
DAFTAR ISI .....	X
BAB I      PENDAHULUAN .....	1
BAB II      INSTRUMEN PENILAIAN PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN .....	6
BAB III     PROSES PENILAIAN PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN .....	123
BAB IV     FAQ (FREQUENTLY ASKED QUESTIONS) PROGRAM SERTIFIKASI RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN (RSRKP) .....	146
BAB V      PENUTUP .....	150
DAFTAR PUSTAKA .....	154

# Bab I

## PENDAHULUAN

### **"PERSI, Inisiatif Global Pertama Keselamatan Pasien: Pengembangan Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RS-RKP)"**

Keselamatan pasien telah menjadi elemen utama dalam transformasi sistem kesehatan global. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) menegaskan bahwa keselamatan pasien bukan hanya hak fundamental setiap individu, tetapi juga merupakan fondasi dari sistem pelayanan kesehatan yang berkualitas dan berkelanjutan. Sayangnya, meskipun berbagai inisiatif telah dikembangkan, insiden yang dapat dicegah masih terjadi dalam jumlah signifikan. Data global menunjukkan bahwa sekitar 10% pasien di rumah sakit mengalami kejadian merugikan, bahkan di beberapa wilayah angkanya meningkat hingga 18%. Sebagian besar insiden ini sesungguhnya dapat dicegah.

### **Urgensi dan Tujuan Standar Pelayanan RSRKP**

Dalam konteks Indonesia, keselamatan pasien tetap menjadi tantangan yang perlu diselesaikan dengan pendekatan sistematis dan berbasis bukti. Sistem kesehatan kita berkembang pesat, tetapi kejadian tidak diharapkan (KTD) masih sering terjadi di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Menyadari urgensi ini, **Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)** bersama **Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS)** mengembangkan **Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (SPRR)** yang berorientasi pada model *"Patient Safety Friendly Hospital Framework"*, mengacu pada *WHO Patient Safety Assessment Manual, Third Edition, 2020*.



Namun, **Instrumen Penilaian SPRR** yang disusun dengan penguatan signifikan dibandingkan versi WHO PSFHF, yaitu link kepada WHO GPSAP 2021-2030 dan Starkes 2024. Dokumen ini bukan sekadar instrumen penilaian biasa, melainkan telah berkembang sebagai suatu acuan (standar) keselamatan pasien rumah sakit Indonesia, yang terdiri dari 21 standar dan 134 kriteria yang komprehensif.

### **Tujuan dari standar**

1. Membangun budaya keselamatan pasien sebagai bagian dari sistem manajemen rumah sakit.
2. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap keselamatan pasien melalui evaluasi sistematis dan penerapan intervensi berbasis bukti.
3. Menyediakan kerangka kerja penilaian mandiri, sehingga rumah sakit dapat mengidentifikasi area perbaikan secara berkelanjutan.
4. Membantu rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi nasional serta menyelaraskan dengan standar global WHO.
5. Meningkatkan transparansi dan keterlibatan pasien serta masyarakat dalam upaya peningkatan keselamatan layanan kesehatan.

Pendekatan ini selaras dengan kebijakan global WHO, khususnya WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021-2030, yang bertujuan menghapus bahaya yang dapat dihindari dalam pelayanan kesehatan secara global. Selain itu, standar ini juga terkait erat dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemkes 2024 (Starkes 2024), yang merupakan regulasi nasional utama dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien di Indonesia.

### **Struktur Standar Pelayanan RSRKP**

Standar Pelayanan RS-RKP beserta Instrumen Penilaiannya merupakan inisiatif pionir PERSI (Indonesia) sebagai standard and assessment tool pertama di tingkat global yang menyatukan tiga kerangka kerja utama:

1. WHO Patient Safety Friendly Hospital Framework (PSFHF) 2020 dari WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean sebagai dasar acuan.
2. WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021–2030 dengan struktur “7 X 5 Matrix” yang mencakup 7 tujuan strategis dan 35 aksi spesifik untuk menghapus bahaya yang dapat dihindari dalam layanan kesehatan.
3. Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan 2024 (STARKES 2024) sebagai regulasi nasional terkini.

Kombinasi ketiga kerangka ini menjadikan Standar RS-RKP lebih maju, holistik, dan kontekstual bagi rumah sakit Indonesia. Jika versi asli WHO PSFHF dari Timur Tengah berfokus pada penilaian keselamatan pasien secara umum, PERSI-IKPRS memperluas cakupannya dengan:

- Mengintegrasikan prinsip GPSAP 2021–2030 untuk menyelaraskan dengan agenda global.

- Menyesuaikan kriteria penilaian dengan STARKES 2024 agar RS dapat sekaligus mempersiapkan akreditasi nasional.
- Menambahkan dimensi *developmental criteria* untuk mendorong perbaikan berkelanjutan.

Dengan pendekatan ini, Standar Pelayanan RS-RKP tidak hanya menjadi alat penilaian, tetapi juga jembatan strategis bagi rumah sakit Indonesia untuk memenuhi standar internasional (WHO) dan nasional (STARKES) secara simultan. Inisiatif ini menegaskan posisi Indonesia sebagai pelopor dalam mengembangkan sistem keselamatan pasien yang adaptif, berbasis bukti, dan berorientasi pada kebutuhan lokal.

Untuk memastikan implementasi yang sistematis dan berbasis bukti, Instrumen Penilaian SPRR (Standar Pelayanan RSRKP) dirancang dalam lima domain utama yang mencerminkan elemen kritis dalam keselamatan pasien:

1. **Kepemimpinan dan Manajemen** - memastikan bahwa kepemimpinan rumah sakit memiliki komitmen kuat terhadap keselamatan pasien dan menerapkan kebijakan keselamatan yang berkelanjutan.
2. **Keterlibatan Pasien dan Masyarakat** - Meningkatkan peran aktif pasien dan keluarganya dalam pengambilan keputusan yang berorientasi pada keselamatan pasien.
3. **Praktik Klinis yang Aman Berbasis Bukti** - Memastikan bahwa setiap prosedur medis dan klinis dijalankan sesuai dengan standar evidence-based practice untuk meminimalkan risiko kesalahan medis.
4. **Lingkungan yang Aman** - Mengelola infrastruktur, fasilitas, alat medis, serta sistem pengendalian infeksi dan mitigasi risiko di rumah sakit.
5. **Pembelajaran Berkelanjutan** - Mengembangkan kompetensi tenaga kesehatan serta memperkuat sistem evaluasi dan inovasi keselamatan pasien.

Setiap standar dalam dokumen ini dilengkapi dengan maksud dan tujuan, yang memberikan pemahaman mendalam mengenai latar belakang dan manfaat penerapannya. Dengan struktur ini, rumah sakit di Indonesia dapat menerapkan pendekatan sistematis dan progresif dalam meningkatkan keselamatan pasien.

## Proses Penilaian dan Implementasi

Dalam implementasinya, Instrumen Penilaian SPRR mengadopsi pendekatan penilaian berbasis tinjauan sejawat (peer review) oleh asesor yang kompeten, sesuai dengan kerangka kerja WHO *Patient Safety Friendly Hospital Framework (PSFHF)*. Penilaian ini bukan sekadar evaluasi kepatuhan terhadap standar, tetapi juga sebagai mekanisme perbaikan berkelanjutan bagi rumah sakit.

Rumah sakit dapat menggunakan standar ini sebagai alat penilaian mandiri (self-assessment), sekaligus sebagai panduan untuk memenuhi standar akreditasi nasional (Starkes 2024) dan global (WHO-GPSAP 2021-2030).

Proses penilaian akan berlangsung selama 2-3 hari, dan rumah sakit yang memenuhi standar akan mendapatkan **Sertifikat RSRKP** sebagai pengakuan prestisius atas komitmennya terhadap keselamatan pasien. Sertifikat ini bukan sekadar sertifikat, tetapi menjadi atribut penting yang memperlihatkan bahwa rumah sakit tidak hanya berfokus pada layanan medis, tetapi juga memiliki komitmen tinggi terhadap keselamatan pasien. Dengan memperoleh Sertifikat PERSI RSRKP, rumah sakit secara langsung membangun citra sebagai rumah sakit yang aman dan terpercaya, yang akan meningkatkan kepercayaan pasien serta masyarakat luas.

Dengan demikian, implementasi standar ini melibatkan seluruh pemangku kepentingan: manajemen rumah sakit, tenaga medis, tenaga kesehatan lainnya, serta pasien dan keluarga.

## Peran PERSI dalam Keselamatan Pasien

Sebagai organisasi yang menaungi rumah sakit di Indonesia, PERSI, bersama IKPRS memiliki komitmen kuat dalam meningkatkan mutu dan *safety* layanan kesehatan. Standar Pelayanan RSRKP ini dikembangkan bukan hanya sebagai adopsi dari pedoman WHO, tetapi juga mempertimbangkan realitas dan tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit di Indonesia.

Tantangan tersebut mencakup perubahan regulasi, keterbatasan sumber daya, hingga kompleksitas dalam implementasi kebijakan keselamatan pasien. Oleh karena itu, keberhasilan penerapan standar ini bergantung pada sinergi seluruh pemangku kepentingan, termasuk manajemen rumah sakit, tenaga kesehatan, akademisi, regulator, dan masyarakat.

## Harapan dan Langkah ke Depan

Kami berharap bahwa **Instrumen Penilaian SPRR (Standar Pelayanan RS Ramah Keselamatan Pasien)** dapat menjadi pedoman utama bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar keselamatan pasien di Indonesia. Lebih dari sekadar alat evaluasi, instrumen ini harus diintegrasikan dalam sistem pelayanan kesehatan sebagai bagian dari transformasi menuju perawatan yang lebih aman, berkualitas, dan berkelanjutan.

Dengan berlandaskan pada **WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021-2030** serta **Standar Akreditasi Rumah Sakit 2024**, rumah sakit di Indonesia memiliki landasan yang kuat untuk membangun budaya keselamatan pasien yang lebih terstruktur dan menyeluruh.

Pencapaian **Sertifikat PERSI RSRKP** bukan hanya sekadar prestasi, tetapi juga pengakuan bahwa rumah sakit telah memenuhi standar internasional dalam hal keselamatan pasien. Sertifikat ini menjadi simbol komitmen rumah sakit dalam menyediakan layanan yang aman, kompeten, dan terpercaya, sekaligus meningkatkan reputasi di mata pasien, keluarga, serta pemangku kepentingan lainnya.

Namun, perlu diingat bahwa keselamatan pasien adalah proses yang terus berkembang. *Lessons learned* dalam keselamatan pasien tidak hanya diperoleh dari kebijakan atau audit formal, tetapi juga dari pengalaman nyata dalam praktik sehari-hari di rumah sakit. Oleh karena itu, penting bagi setiap rumah sakit untuk tetap fleksibel dan adaptif dalam menghadapi tantangan baru serta terus menyempurnakan sistem keselamatan yang diterapkan.

Kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan instrumen ini. Semoga upaya ini dapat memberikan dampak nyata dalam menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD), meningkatkan kualitas layanan kesehatan, serta memperkuat sistem kesehatan nasional.

Mari kita bersama-sama membangun budaya keselamatan pasien sebagai **prioritas utama** dalam pelayanan kesehatan di Indonesia!

\*\*\*\*\*

## **Bab II**

# **INSTRUMEN PENILAIAN PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN**

### **1. Domain A: Kepemimpinan dan Manajemen.**

6 Standar, 36 Kriteria, 7 Kritisal (Cr-7), 26 Inti (Co-26), 3 Perkembangan (D-3).

#### **Standar A.1.: Kepemimpinan dan Tata Kelola Berkomitmen pada Keselamatan Pasien**

**Cr-3, Co-4, D-1**

#### **Maksud dan Tujuan**

Keselamatan pasien merupakan prinsip fundamental dalam tata kelola rumah sakit yang efektif. Kepemimpinan yang berkomitmen pada keselamatan pasien berperan dalam menciptakan budaya keselamatan yang berkelanjutan, memastikan bahwa keselamatan pasien menjadi bagian integral dari strategi dan operasional rumah sakit. Rumah sakit harus memiliki rencana strategis yang jelas dengan keselamatan pasien sebagai prioritas utama, termasuk kebijakan tata kelola yang mendukung pengambilan keputusan berbasis data dan bukti.

Selain itu, kepemimpinan harus secara aktif mempromosikan budaya keselamatan melalui kegiatan seperti visit-keliling keselamatan pasien secara berkala, mengalokasikan sumber daya yang memadai, serta menetapkan sistem tata kelola etis yang mendukung pengambilan keputusan klinis. Penilaian budaya keselamatan pasien secara rutin juga harus dilakukan untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan dan memastikan tindakan korektif yang efektif. Komitmen ini diperkuat dengan keterlibatan kepemimpinan dalam peringatan hari-hari keselamatan pasien untuk meningkatkan kesadaran seluruh staf. Dengan pendekatan ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa setiap keputusan

dan tindakan operasional selaras dengan prinsip-prinsip keselamatan pasien, sehingga meningkatkan kualitas layanan serta mengurangi risiko kejadian yang merugikan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
1-- Cr A.1.1.1 Rumah sakit memiliki rencana strategis dengan keselamatan pasien sebagai prioritas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> 2021-2030 Strategi 1.1: Menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam rencana strategis rumah sakit sejalan dengan Strategi 1.1 WHO yang menekankan pengembangan kebijakan dan rencana aksi keselamatan pasien komprehensif sebagai prioritas utama dalam sistem kesehatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana strategis dengan bukti tujuan keselamatan pasien.</li> <li>2) Operasional dengan bukti kegiatan keselamatan pasien tahunan</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumen yang menunjukkan rencana strategis rumah sakit menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam pelayanan</li> <li>2) Hasil penilaian diri dan/atau penilaian eksternal ditindaklanjuti menggunakan temuan penilaian keselamatan pasien ke dalam rencana aksi untuk perbaikan keselamatan pasien, minimal Indikator Nasional Mutu dan Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMPRS).</li> <li>3) Rencana aksi keselamatan pasien yang terperinci dan memiliki strategi pemantauan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat (Starkes 2024) TKRS 1, PMKP 1, AKP 1, SKP 2.</li> </ul>	1 0,5 0	
2-- Cr A.1.1.2 Terdapat sistem tata kelola/ kepemimpinan korporat dan klinis yang diakui di dalam rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 2.2: Adanya struktur tata kelola korporat dan klinis yang jelas memenuhi Strategi 2.2 WHO, yaitu pengembangan dan penerapan kerangka tata kelola yang baik dalam setiap komponen pelayanan kesehatan demi keselamatan pasien.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bagan organisasi rumah sakit yang menunjukkan hubungan langsung dengan semua unit / bagian</li> <li>2) Deskripsi pekerjaan untuk direktur eksekutif (CEO) / direktur utama dan direktur medis atau setara</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bagan organisasi rumah sakit yang menunjukkan hierarki dan hubungan langsung dengan seluruh unit/ bagian dan manajer klinis.</li> <li>2) Dokumen yang menunjukkan deskripsi pekerjaan direktur eksekutif / direktur utama dan direktur medis, atau setara.</li> <li>3) Dokumen yang menunjukkan peran dan tanggung jawab direktur utama dalam tata kelola korporat dan direktur medis, komite medis dan komite lain dalam tata kelola klinis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat TKRS 1, TKRS 2, TKRS 3.</li> </ul>		
<b>3-- Cr A.1.1.3</b> <b>Kepemimpinan mempromosikan budaya keselamatan pasien dengan melakukan visit-keliling keselamatan pasien setiap bulan untuk mengidentifikasi dan mengambil tindakan terhadap masalah keselamatan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 2.1, 2.3: Keterlibatan pimpinan melalui visitasi keselamatan bulanan menunjukkan komitmen pada budaya keselamatan yang terbuka dan proaktif, selaras dengan Strategi 2.1 WHO yang mendorong budaya transparan dan pembelajaran tanpa saling menyalahkan, serta Strategi 2.3 yang menekankan pentingnya kapasitas kepemimpinan dalam berfokus pada eliminasi bahaya bagi pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jadwal ronde keliling manajemen keselamatan pasien</li> <li>2) Anggota tim ronde keliling.</li> <li>3) Notulen dan tindakan yang diambil.</li> <li>4) Umpan balik kepada staf.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan ronde keliling manajemen keselamatan pasien setiap bulan.</li> <li>2) Bukti ronde keliling manajemen keselamatan pasien untuk mempromosikan budaya keselamatan pasien, mempelajari risiko dalam sistem, dan bertindak atas peluang perbaikan keselamatan pasien.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	



	<p>3)) Perbaikan dilakukan berdasarkan temuan.</p> <p>4) Umpan balik dikirim kepada staf yang menyarankan perbaikan atau mengidentifikasi peluang perbaikan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lihat TKRS 4, PMKP 1.</li> </ul>		
<p><b>4-- Co A.1.2.1</b> Kepemimpinan menyediakan sumber daya, termasuk anggaran tahunan untuk kegiatan keselamatan pasien berdasarkan rencana aksi yang terperinci</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 1.2: Penyediaan sumber daya dan anggaran khusus untuk keselamatan pasien ini sejalan dengan Strategi 1.2 WHO, yang menyerukan mobilisasi dan alokasi sumber daya memadai untuk penerapan program keselamatan pasien di semua tingkat.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Anggaran rumah sakit yang menunjukkan alokasi untuk keselamatan pasien.</li> <li>2) Sumber daya keuangan untuk program PPI; pelatihan staf.</li> </ul> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Sumber daya dialokasikan untuk aktivitas keselamatan pasien berdasarkan rencana tindakan terperinci ( misalnya TOR perencanaan program PPI, pelatihan staf adalah untuk keselamatan pasien)</li> </ul> </li> <li>■ Lihat TKRS 1, TKRS 5, KPS 8, PPI 1, PPI 11, PPI 11.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>5-- Co A.1.2.2</b> Kepemimpinan menyediakan kerangka manajemen etis yang mendukung pengambilan keputusan dalam pelayanan klinis dan pengelolaan penelitian.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 2.2: Penyediaan kerangka manajemen etis dalam pengambilan keputusan klinis dan penelitian mendukung tata kelola yang baik, selaras dengan Strategi 2.2 WHO yang menekankan penerapan kerangka tata kelola efektif di setiap komponen sistem kesehatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan: <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Kode etik, misalnya, terkait penelitian, resusitasi, persetujuan, dan kerahasiaan.</li> <li>2) Kebijakan dukungan etis untuk keputusan klinis yang sulit.</li> <li>3) Kebijakan tentang etika penelitian.</li> </ul> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Kode etik, misalnya, terkait penelitian, resusitasi, persetujuan, dan kerahasiaan.</li> <li>2) Proses pemantauan kepatuhan terhadap kode etik.</li> </ul> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>3) Kebijakan atau prosedur untuk menerapkan kode etik.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan atau penerapan kode etik.</li> <li>5) Rapat Komite Etik diadakan secara berkala.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lihat TKRS 12, TKRS 15, Pedoman Makersi.</li> </ul>		
<b>6-- Co A.1.2.3</b> <b>Kepemimpinan</b> <b>menilai budaya</b> <b>keselamatan pasien</b> <b>setiap tahun dengan</b> <b>rencana aksi hasil</b> <b>penilaian ditinjau</b> <b>setiap tiga bulan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 2.1: Evaluasi rutin terhadap budaya keselamatan pasien dan peninjauan berkala rencana tindak lanjut mencerminkan Strategi 2.1 WHO, yang mendorong budaya keselamatan terbuka dengan pembelajaran berkesinambungan untuk perbaikan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Proses penilaian budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner, misalnya, kuesioner dari Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien (Kep Dirjen Yankes no HK.02.02/D/43463/ 2024), <i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</i> untuk penilaian budaya keselamatan pasien.</li> </ul> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Proses penilaian budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner, misalnya, kuesioner Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien (Kep Dirjen Yankes no HK.02.02/D/43463/ 2024), AHRQ untuk penilaian budaya keselamatan pasien sebelum dan selama implementasi program keselamatan pasien.</li> <li>2) Data kinerja dan kegiatan perbaikan dilaporkan kepada pimpinan setiap tiga bulan.</li> <li>3) Proses untuk menganalisis data yang dikumpulkan dan penerapan rencana tindakan untuk perbaikan.</li> </ul> </li> <li>■ Lihat TKRS 13, PMKP 10.</li> </ul>	1 0,5 0	

<p>7-- Co A.1.2.4 Setiap tahun, kepemimpinan mengakui dan merayakan Hari Kebersihan Tangan WHO (5 Mei) dan Hari Keselamatan Pasien Nasional (21 Agustus), Hari Keselamatan Pasien Sedunia (17 September).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 1.5: Peringatan rutin hari-hari keselamatan pasien (seperti Hari Kebersihan Tangan dan Hari Keselamatan Pasien Sedunia) meningkatkan kesadaran keselamatan di seluruh rumah sakit, sesuai dengan Strategi 1.5 WHO yang mendorong peningkatan kesadaran publik dan politik mengenai keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti kegiatan keselamatan pasien di rumah sakit dan/atau di komunitas pada 5 Mei, 21 Agustus, 17 September.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit terlibat dalam berbagai kegiatan dan Hari Kebersihan Tangan Sedunia, Hari Keselamatan Pasien Nasional, Hari Keselamatan Pasien Sedunia; dan rumah sakit memastikan keterlibatan masyarakat dalam berbagai kegiatan.</li> <li>2) Pimpinan berorientasi pada pedoman kebersihan tangan WHO dan standar keselamatan pasien, dan masing-masing mengakui Hari Sedunia masing-masing.</li> <li>3) Menghargai dan memberi penghargaan kepada para staf atau unit kerja sesuai dengan kebijakan rumah sakit dalam hal memastikan dan mengikuti pedoman dan standar WHO untuk keselamatan pasien</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 1, SKP 5.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p>8-- <b>D A.1.3.1 Rencana strategis rumah sakit memiliki pernyataan misi, visi, dan nilai yang menunjukkan budaya keselamatan pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 1.1: Adanya misi, visi, dan nilai rumah sakit yang mengedepankan budaya keselamatan pasien sejalan dengan Strategi 1.1 WHO, yang menekankan keselamatan pasien sebagai pola pikir dan aturan dasar dalam perencanaan dan pemberian layanan kesehatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana strategis dengan pernyataan misi, visi, dan nilai-nilai.</li> <li>2) Bukti keselamatan pasien dalam pernyataan.</li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumen yang menunjukkan misi, visi, dan nilai rumah sakit dalam pernyataan yang jelas.</li> <li>2) Bukti yang mencerminkan pertimbangan keselamatan pasien dalam pernyataan ini</li> </ol> </li> <li>■ Lihat TKRS 1, TKRS 2.</li> </ul>		
--	--	--	--

## **Standard A.2: Rumah Sakit Memiliki Program Keselamatan Pasien Cr-1, Co-7, D-1**

### **Maksud dan Tujuan**

Program keselamatan pasien di rumah sakit dirancang untuk mengurangi risiko kejadian yang tidak diharapkan dan meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara menyeluruh. Untuk mencapai tujuan ini, rumah sakit harus memiliki struktur yang jelas dengan penunjukan staf senior yang bertanggung jawab dalam pengelolaan keselamatan pasien. Program ini mencakup pembentukan badan atau komite multidisipliner yang berperan dalam pengelolaan risiko dan penerapan kebijakan keselamatan.

Sebagai bagian dari implementasi, program keselamatan pasien harus mencakup audit berkala, pelaporan insiden, serta analisis proaktif terhadap risiko keselamatan. Manajemen risiko harus diterapkan secara menyeluruh untuk mengidentifikasi dan mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), termasuk dengan pendekatan Failure Mode and Effects Analysis (FMEA). Selain itu, rumah sakit wajib menyelenggarakan rapat morbiditas dan mortalitas (M&M) sebagai forum pembelajaran dari insiden keselamatan pasien.

Komunikasi yang efektif antara staf juga menjadi elemen kunci dalam keberhasilan program ini, termasuk penerapan strategi komunikasi yang standar, seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Selanjutnya, rumah sakit harus secara aktif menyebarkan laporan keselamatan pasien baik secara internal maupun eksternal untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas. Dengan penerapan program ini secara konsisten, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien, tenaga kesehatan, dan seluruh stakeholder rumah sakit.

Kriteria	Keterangan	Skor	
9-- Cr A.2.1.1 Kepemimpinan memastikan adanya staf senior berkualitas yang ditunjuk dengan tanggung jawab, akuntabilitas, dan wewenang untuk keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 2.3: Penunjukan staf senior khusus yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien selaras dengan Strategi 2.3 WHO, yang menekankan pengembangan kapasitas kepemimpinan klinis dan manajerial di semua tingkat untuk memastikan fokus kuat pada eliminasi bahaya yang dapat dicegah.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deskripsi pekerjaan untuk koordinator keselamatan pasien atau setara.</li> <li>2) Struktur organisasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) SOTK dan uraian tugas untuk koordinator keselamatan pasien atau yang setara</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 1.</li> </ul>	1 0,5 0	
10--Co A.2.2.1 Rumah sakit memiliki badan/komite internal multidisipliner untuk membimbing semua aspek keselamatan dan risiko dalam rumah sakit.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2.2: Pembentukan komite keselamatan pasien multidisipliner di internal rumah sakit sesuai dengan Strategi 2.2 WHO, yang menganjurkan adanya kerangka tata kelola yang efektif dalam setiap komponen sistem kesehatan untuk membimbing aspek keselamatan dan manajemen risiko.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketentuan referensi untuk badan/komite multidisipliner terkait keselamatan dan risiko.</li> <li>2) Risalah rapat dua bulanan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penetapan direktur untuk bertanggungjawab dalam pengelolaan keselamatan pasien dan risiko dalam rumah sakit</li> <li>2) Risalah rapat yang membahas aspek keselamatan yang melibatkan multidisiplin</li> <li>3) Notifikasi untuk tim/komite internal keselamatan pasien multidisiplin.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 1.</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>11--Co A.2.2.2</b> <b>Program</b> <b>keselamatan pasien</b> <b>memiliki jadwal</b> <b>audit triwulanan</b> <b>dan menggunakan</b> <b>hasilnya untuk</b> <b>meningkatkan</b> <b>layanan pasien.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.3: Pelaksanaan audit keselamatan pasien triwulanan dan pemanfaatan hasilnya untuk perbaikan layanan sejalan dengan Strategi 6.3 WHO, yang menekankan penguatan pemantauan keselamatan pasien serta penggunaan data insiden untuk mendorong peningkatan keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jadwal audit tiga bulanan baik klinis maupun manajemen.</li> <li>2) Peningkatan yang dilaksanakan berdasarkan temuan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Audit keselamatan pasien keselamatan pasien setiap triwulan.</li> <li>2) Proses untuk menilai praktik keselamatan selama pelaksanaan program keselamatan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 2, PMKP 6.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>12--Co A.2.2.3 Manajer</b> <b>keselamatan pasien</b> <b>mengembangkan</b> <b>laporan tentang</b> <b>berbagai kegiatan</b> <b>risiko dan</b> <b>menyebarkannya</b> <b>kepada semua staf</b> <b>setiap tiga bulanan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.1: Pembuatan laporan risiko keselamatan setiap triwulanan dan distribusinya ke seluruh staf mendukung transparansi dan pembelajaran bersama, sesuai dengan Strategi 6.1 WHO yang mendorong pembentukan sistem pelaporan dan pembelajaran insiden keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan kegiatan risiko triwulanan disampaikan kepada staf rumah sakit.</li> <li>2) Laporan yang mencakup tindakan yang dilakukan dalam rencana tindakan keselamatan pasien, data statistik terkait dengan program manajemen risiko.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan triwulanan yang disampaikan kepada dewan pengawas rumah sakit.</li> <li>2) Laporan yang mencakup tindakan yang dilakukan dalam rencana tindakan keselamatan pasien, hambatan yang dihadapi, masalah keselamatan pasien baru yang perlu ditangani, data statistik tentang frekuensi iatrogenik dan pelajaran yang didapat.</li> <li>3) Akses staf ke laporan keselamatan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat TKRS 14, PMKP 11.</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>13--Co A.2.2.4 Risiko terkait keselamatan dikelola secara proaktif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.1: Pengelolaan risiko keselamatan secara proaktif mencerminkan Strategi 3.1 WHO, yang menggaris bawahi pentingnya mengidentifikasi prosedur klinis yang rawan risiko dan mengambil langkah pencegahan untuk mengurangi risiko tersebut sejak awal.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Prosedur fokus pada mitigasi risiko ancaman sebelum terjadi.</li> <li>2) Sistem pelaporan untuk KNC</li> <li>3) Jadwal audit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar risiko / <i>risk register</i>.</li> <li>2) Laporan KNC</li> <li>3) Perbaikan yang diterapkan berdasarkan temuan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 11, TKRS 14.</li> </ul>	1 0,5 0	
14- Co A.2.2.5 Kerangka manajemen risiko digunakan untuk mengidentifikasi dan mengurangi KTD serta risiko keselamatan lainnya bagi pasien, pengunjung, dan staf	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.1, 5.5: Penerapan kerangka manajemen risiko untuk mengenali dan mengurangi kejadian tidak diharapkan serta risiko lain bagi pasien, pengunjung, dan staf sejalan dengan Strategi 3.1 WHO yang berfokus pada identifikasi dan pengurangan risiko dalam proses klinis, serta Strategi 5.5 yang menekankan penciptaan lingkungan kerja yang aman bagi seluruh staf.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program Manajemen Risiko</li> <li>2) Sistem pelaporan dan pelacakan IKP.</li> <li>3) Daftar risiko yang mencakup daftar semua risiko yang diprioritaskan, tanggung jawab yang ditetapkan, dan rencana mitigasi yang relevan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program manajemen risiko (rencana, kebijakan, dan daftar) digunakan di dalam rumah sakit.</li> <li>2) Sistem pelaporan IKP</li> <li>3) Orang yang ditunjuk yang bertanggung jawab utama untuk mengoordinasikan implementasi dan pemantauan rencana dan kebijakan manajemen risiko</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 9, PMKP 11, TKRS 14.</li> </ul>	1 0,5 0	



<b>15--Co A.2.2.6 Rumah sakit mengadakan rapat morbiditas dan mortalitas (M &amp; M) minimal setiap bulan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.1: Penyelenggaraan rapat morbiditas dan mortalitas secara berkala memungkinkan pembelajaran dari kasus-kasus klinis, sesuai dengan Strategi 6.1 WHO yang mendorong adanya sistem pelaporan dan pembelajaran insiden untuk meningkatkan keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ketentuan referensi untuk komite M&amp;M atau Komite Medis.</li> <li>2) Contoh tinjauan kasus dan tindakan yang diambil.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Komite medis atau unit/bidang yang ditetapkan rumah sakit untuk membahas morbiditas dan mortalitas</li> <li>2) Risalah rapat terkait morbiditas dan mortalitas</li> <li>3) Rapat diadakan secara rutin dan setidaknya setiap bulan sekali</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 8, PMKP 9.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>16--Co A.2.2.7 Manajer keselamatan pasien mengembangkan dan menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi di antara semua staf</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 2.4: Pengembangan prosedur untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antarstaf menanggulangi faktor manusia dalam sistem, selaras dengan Strategi 2.4 WHO yang menganjurkan penerapan prinsip ergonomi/faktor manusia untuk meningkatkan keandalan dan ketahanan praktik klinis.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan / Pedoman / Panduan Komunikasi.</li> <li>2) Serah terima klinis dengan metode SBAR</li> <li>3) Perintah telepon</li> <li>4) Hasil kritis.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit memiliki sistem komunikasi efektif.</li> <li>2) Ada formulir yang digunakan untuk serah terima klinis dan sistem rujukan, termasuk penggunaan metode SBAR (Situasi, Latar Belakang, Penilaian, dan Rekomendasi) atau metode lain.</li> <li>3) Sistem rujukan hasil kritis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat SKP 2.</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>17--D A.2.3.1 Manajer keselamatan pasien mengembangkan laporan tentang berbagai kegiatan keamanan/risk dan menyebarkannya secara eksternal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.3: Penyebaran laporan keselamatan pasien ke eksternal mencerminkan transparansi dan dukungan terhadap pengawasan keselamatan di tingkat sistem kesehatan yang lebih luas, sebagaimana diamanatkan dalam Strategi 6.3 WHO yang mendorong pemantauan bersama atas insiden keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan tentang berbagai kegiatan keselamatan pasien disebarakan secara eksternal kepada Kementerian Kesehatan atau organisasi terkait lainnya setidaknya setiap tahun.</li> <li>2) Laporan survei RSRKP yang dibandingkan dengan rumah sakit lain.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan tentang insiden keselamatan (sentinel) secara eksternal kepada Kementerian Kesehatan, setidaknya setiap ada kejadian</li> <li>2) Laporan yang dapat mencakup tindakan yang telah dilakukan dalam rencana aksi keselamatan pasien, hambatan yang dihadapi, masalah keselamatan pasien baru yang perlu ditangani, dan data statistik tentang frekuensi iatrogenik, dan mengkomunikasikan pelajaran yang didapat</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 8, PMKP 9.</li> </ul>	1 0,5 0	
---	--	---------------	--

### Standard A.3: Rumah Sakit Menggunakan Data untuk Meningkatkan Kinerja Keselamatan

Cr-0, Co-2, D-1

#### Maksud dan Tujuan

Penggunaan data dalam keselamatan pasien merupakan elemen krusial untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan mengurangi risiko kejadian tidak diharapkan. Rumah sakit harus memiliki sistem yang memungkinkan pengumpulan, analisis, dan penggunaan data keselamatan pasien secara sistematis untuk mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti.

Manajer keselamatan pasien bertanggung jawab dalam menyusun laporan berbasis data, mengevaluasi tren keselamatan, serta merancang dan melaksanakan program perbaikan yang berkelanjutan. Rumah sakit juga harus memiliki indikator keselamatan pasien yang terukur dan dibandingkan secara berkala, baik secara internal maupun dengan standar nasional atau internasional.

Benchmarking terhadap data keselamatan pasien harus dilakukan untuk menilai efektivitas strategi yang diterapkan, termasuk membandingkan data sebelum dan sesudah intervensi program keselamatan. Data ini juga digunakan untuk mengembangkan rencana aksi yang sesuai dengan kebutuhan spesifik rumah sakit. Dengan pendekatan ini, rumah sakit dapat meningkatkan transparansi, memperkuat budaya keselamatan pasien, serta memastikan bahwa upaya perbaikan kualitas dilakukan secara berkelanjutan dan berbasis pada informasi yang valid serta akurat.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>18--Co A.3.2.1</b> <b>Manajer keselamatan pasien bertindak berdasarkan langkah-langkah dan hasil melalui rencana aksi dan kegiatan peningkatan keselamatan pasien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP 2021-2030</i> Strategi 6.1: Tindakan proaktif berdasarkan data dan hasil keselamatan pasien melalui rencana aksi dan kegiatan perbaikan sesuai dengan Strategi 6.1 WHO, yang menggaris bawahi penggunaan pembelajaran dari insiden dan data keselamatan untuk melakukan tindakan perbaikan demi peningkatan keselamatan pasien secara berkesinambungan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deskripsi pekerjaan untuk koordinator keselamatan pasien atau setara.</li> <li>2) Struktur organisasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Surat Keputusan Direktur Utama untuk koordinator keselamatan pasien atau yang setara</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 1.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>19--Co A.3.2.2</b> <b>Manajer keselamatan pasien memiliki seperangkat ukuran proses dan output yang menilai kinerja dengan fokus khusus pada keselamatan pasien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.3: Penggunaan indikator kinerja proses dan keluaran yang berfokus pada keselamatan pasien sejalan dengan Strategi 6.3 WHO, yang mendukung pengembangan sistem pemantauan untuk mengukur besaran insiden cedera dalam pelayanan kesehatan dan menilai kinerja keselamatan sebagai dasar perbaikan.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).</li> <li>2) Profil indikator keselamatan pasien.</li> <li>3) Target terkait dengan SKP.</li> <li>4) Indikator kinerja utama (KPI).</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan pengukuran indikator mutu sasaran keselamatan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 2, PMKP 3.</li> </ul>		
<b>20--D A.3.3.1</b> <b>Rumah sakit</b> <b>membandingkan</b> <b>data indikator</b> <b>keselamatan pasien</b> <b>dari waktu ke waktu,</b> <b>dan/atau dengan</b> <b>RSRKP lainnya, dan/</b> <b>atau praktik terbaik</b> <b>internasional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 6.3, 7.4: Membandingkan indikator keselamatan pasien secara tren waktu maupun dengan rumah sakit lain atau standar internasional selaras dengan Strategi 6.3 WHO, yang mendorong analisis data keselamatan untuk memahami dan mengurangi <i>harm</i>, serta Strategi 7.4 yang memajukan inisiatif lintas institusi/geografis dengan berbagi dan membandingkan kinerja demi peningkatan keselamatan pasien secara global.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan data <i>benchmark</i> dari waktu ke waktu yang menunjukkan korelasi dengan praktik internasional terbaik dan/atau peserta RSRKP lainnya.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses di mana rumah sakit membandingkan data indikator keselamatan secara priodik (misalnya sebelum dan sesudah implementasi program peningkatan keselamatan), dengan rumah sakit ramah lainnya, dengan praktik terbaik dan dengan standar (misalnya kebersihan tangan WHO).</li> <li>2) Laporan <i>benchmark</i>.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 3, PMKP 4.</li> </ul>	1 0,5 0	

# Standar A.4: Rumah Sakit Memiliki Peralatan dan Persediaan Esensial yang Berfungsi untuk Menyampaikan Layanannya

Cr-1, Co-3, D-0

## Maksud dan Tujuan

Ketersediaan dan fungsi optimal peralatan serta persediaan medis esensial merupakan faktor utama dalam mendukung pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Rumah sakit harus memastikan bahwa semua peralatan medis dan sarana penunjang yang digunakan dalam pelayanan pasien telah memenuhi standar operasional, selalu dalam kondisi baik, dan tersedia sesuai kebutuhan klinis.

Untuk mencapai tujuan ini, rumah sakit harus memiliki sistem pemeliharaan preventif yang terjadwal dan terdokumentasi dengan baik, termasuk proses inspeksi, pengujian, serta kalibrasi alat secara berkala. Prosedur perbaikan dan penggantian peralatan yang rusak juga harus ditetapkan untuk memastikan layanan tidak terganggu. Selain itu, rumah sakit perlu menerapkan sistem manajemen inventaris yang efektif untuk memastikan bahwa stok peralatan dan persediaan medis selalu mencukupi dan tidak mengalami kedaluwarsa.

Pelatihan bagi staf dalam penggunaan peralatan medis sangat penting untuk memastikan bahwa alat digunakan dengan benar dan aman. Rumah sakit juga harus memiliki mekanisme pelaporan jika terjadi permasalahan teknis dalam penggunaan peralatan, serta sistem komunikasi yang memungkinkan tindak lanjut cepat terhadap peralatan yang tidak berfungsi. Dengan langkah-langkah ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa layanan yang diberikan kepada pasien selalu dalam kondisi optimal dan bebas dari risiko yang dapat membahayakan keselamatan pasien serta tenaga medis.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>21--Cr A.4.1.1</b> <b>Kepemimpinan memastikan ketersediaan peralatan dan persediaan esensial yang berfungsi di setiap unit</b>	■ Link ke <i>WHO GPSAP 2021-2030</i> Strategi 3.4: Jaminan ketersediaan dan berfungsinya seluruh peralatan serta bahan esensial di setiap unit sejalan dengan Strategi 3.4 WHO, yang berfokus memastikan keamanan peralatan medis dan pasokan kesehatan, sehingga mencegah bahaya bagi pasien akibat kegagalan atau ketiadaan peralatan.	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengidentifikasi peralatan dan persediaan esensial yang diperlukan sesuai dengan layanan pasien yang ditawarkan.</li> <li>2) Daftar aset untuk semua peralatan.</li> <li>3) Ketersediaan peralatan resusitasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengidentifikasi dan memelihara peralatan esensial yang berfungsi sesuai dengan layanan yang ditawarkan dan kebutuhan pasien.</li> <li>2) Ketersediaan peralatan resusitasi untuk dukungan hidup dasar dan lanjutan serta distribusi sesuai kebutuhan pasien.</li> <li>3) Proses untuk mengevaluasi apakah peralatan berfungsi secara berkelanjutan.</li> <li>4) Proses untuk mengukur ketersediaan dan kepatuhan terhadap standar peralatan esensial yang berfungsi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 1, MFK 7, PAP 2.6.</li> </ul>		
<b>22--Co 4.2.1</b> <b>Terdapat program pemeliharaan preventif untuk memeriksa, menguji, dan mengkalibrasi semua peralatan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.4: Pelaksanaan program pemeliharaan preventif (pemeriksaan, pengujian, kalibrasi) untuk semua peralatan mendukung Strategi 3.4 WHO yang menjamin keamanan dan keandalan peralatan medis melalui perawatan rutin, sehingga mencegah malfungsi yang dapat membahayakan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program pemeliharaan preventif yang terdokumentasi dengan orang yang bertanggung jawab ditunjuk.</li> <li>2) Prosedur pemeliharaan preventif untuk peralatan, termasuk pengujian kalibrasi.</li> <li>3) Jadwal untuk pengujian rutin dan kalibrasi mesin.</li> <li>4) Laporan pemeliharaan peralatan preventif.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan pemeliharaan peralatan preventif.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur pemeliharaan preventif yang relevan untuk peralatan, termasuk kebijakan kalibrasi.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam kebijakan dan prosedur pemeliharaan preventif peralatan, termasuk kalibrasi.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur pemeliharaan preventif peralatan, termasuk kalibrasi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 3, MFK 4.</li> </ul>		
23--Co 4.2.2 Terdapat sistem untuk memperbaiki atau mengganti peralatan yang rusak (berfungsi tidak baik), termasuk penarikan atau pemberitahuan bahaya	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.4: Adanya sistem untuk segera memperbaiki atau mengganti peralatan yang rusak, termasuk mekanisme penarikan dan pemberitahuan bahaya, selaras dengan Strategi 3.4 WHO yang memastikan peralatan medis terjaga keamanannya dengan menangani alat yang bermasalah secara cepat demi melindungi pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : Prosedur untuk mengganti peralatan.               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk mengkomunikasikan pemberitahuan bahaya kepada staf terkait.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur pemeliharaan peralatan korektif.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam kebijakan dan prosedur pemeliharaan peralatan korektif.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk pemeliharaan peralatan korektif.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 4, MFK 5.</li> </ul>	1 0,5 0	



<p><b>24--Co 4.2.3 Rumah sakit memastikan bahwa staf menerima pelatihan yang sesuai untuk semua peralatan penting, termasuk perangkat medis, dan hanya orang yang terlatih dan kompeten yang menangani peralatan khusus</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.4, 5.5: Menjamin bahwa staf dilatih secara memadai untuk menggunakan semua peralatan penting dan hanya petugas terlatih yang menangani peralatan khusus sejalan dengan Strategi 3.4 WHO, yang menitikberatkan keamanan penggunaan perangkat medis oleh tenaga kompeten untuk mencegah kesalahan, serta Strategi 5.5 yang menggarisbawahi lingkungan kerja aman bagi staf melalui pelatihan dan kompetensi yang memadai.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TOR pelatihan untuk pelatihan penggunaan dan pemeliharaan alat :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- pompa infus</li> <li>- peralatan resusitasi</li> <li>- perangkat medis</li> <li>- mesin lifesaving.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk memastikan staf menerima pelatihan yang sesuai untuk peralatan yang ada dan yang baru.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam peralatan yang ada dan yang baru.</li> <li>3) Catatan yang menunjukkan hanya orang yang terlatih dan kompeten yang menangani peralatan khusus.</li> <li>4) TOR pelatihan untuk pelatihan penggunaan seperti dan tidak terbatas pada alat pompa infus dan peralatan resusitasi</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan dan staf menerima pelatihan yang sesuai untuk standar peralatan yang ada dan yang baru.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 6.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
---	--	------------------------	--

**Standar A.5: Kepemimpinan memastikan penyediaan staf yang kompeten, termasuk praktisi independen dan sukarelawan, untuk memberikan perawatan yang aman setiap saat.**

**Cr-2, Co-6, D-0**

### **Maksud dan Tujuan**

Sumber daya manusia yang kompeten merupakan faktor utama dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan aman bagi pasien. Rumah sakit harus memiliki sistem yang menjamin ketersediaan tenaga kesehatan yang cukup, memiliki kompetensi yang sesuai, serta diberikan dukungan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan mereka.

Kepemimpinan bertanggung jawab dalam memastikan bahwa setiap tenaga kesehatan, baik yang bekerja tetap maupun praktisi independen dan sukarelawan, memiliki kualifikasi yang valid serta sesuai dengan standar yang berlaku. Selain itu, rumah sakit harus memiliki kebijakan terkait registrasi, sertifikasi, dan evaluasi kompetensi staf secara berkala. Sistem pemantauan dan penilaian kinerja juga diperlukan untuk mengidentifikasi kebutuhan pengembangan kompetensi, termasuk pelatihan teknis, manajerial, dan komunikasi dalam keselamatan pasien.

Selain aspek kompetensi, kesejahteraan tenaga kesehatan harus diperhatikan dengan menetapkan kebijakan yang memungkinkan staf mendapatkan waktu istirahat yang cukup untuk menghindari kelelahan yang dapat berdampak pada keselamatan pasien. Dengan pendekatan ini, rumah sakit dapat memastikan bahwa tenaga kesehatan yang bertugas selalu dalam kondisi terbaiknya untuk memberikan perawatan yang efektif, profesional, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>25--Cr A.5.1.1</b> <b>Kepemimpinan memastikan penyediaan staf yang kompeten dalam jumlah yang cukup untuk memberikan pelayanan pasien yang aman setiap saat.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> 2021-2030 Strategi 5.5, 1.2: Kepastian tersedianya jumlah staf yang kompeten dan mencukupi untuk memberikan perawatan aman sepanjang waktu sesuai dengan Strategi 5.5 WHO, yang menekankan kondisi kerja yang aman (termasuk kecukupan tenaga untuk mencegah kelelahan dan kesalahan), serta sejalan dengan semangat Strategi 1.2 tentang alokasi sumber daya memadai (SDM) untuk mendukung keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana Sumber Daya Manusia (SDM).</li> <li>2) Orang yang ditunjuk yang bertanggung jawab atas perencanaan SDM.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar tugas untuk staf klinis.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk penetapan surat penugasan klinis (SPK) dan rincian kewenangan klinik (RKK) untuk staf klinis.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam kebijakan dan prosedur untuk tingkat staf klinis.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk penetapan SPK dan RKK staf klinis</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 2, KPS 3.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>26--Cr A.5.1.2</b> Ada proses yang ditetapkan untuk memastikan semua staf klinis terdaftar untuk praktik di lembaga yang sesuai.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.3: Proses verifikasi agar seluruh tenaga klinis memiliki registrasi resmi untuk praktik mencerminkan Strategi 5.3 WHO, yang menegaskan bahwa kompetensi inti keselamatan pasien dan kualifikasi harus menjadi bagian dari persyaratan regulasi bagi tenaga kesehatan, sehingga hanya tenaga yang terlatih dan memenuhi standar yang memberikan layanan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk memvalidasi dan mencatat kualifikasi dan lisensi staf, termasuk orang yang bertanggung jawab yang ditunjuk.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<p>2) Berkas personel dengan bukti kualifikasi staf, registrasi dan lisensi profesional (pendaftaran untuk praktik di lembaga yang sesuai).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang dapat diukur: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kualifikasi dan lisensi staf (STR dan SIP dari lembaga yang sesuai).</li> <li>2) Kebijakan atau prosedur untuk mengetahui kualifikasi dan lisensi staf.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf yang dilatih sesuai dengan kualifikasi dan lisensi staf.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap prosedur untuk kualifikasi dan lisensi staf.</li> <li>5) Berkas personel dengan bukti orientasi di unit dimana staf ditempatkan (pendaftaran untuk praktik di lembaga yang sesuai).</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 5, KPS 6.</li> </ul>		
<p><b>27-- Co A.5.2.1</b>  <b>Terdapat sistem yang berlaku untuk memantau tingkat kompetensi yang sedang berlangsung bagi semua staf pelayanan kesehatan, termasuk praktisi independen dan sukarelawan</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.4: Adanya sistem pemantauan kompetensi berkelanjutan bagi seluruh tenaga kesehatan (termasuk praktisi mandiri dan relawan) sejalan dengan Strategi 5.4 WHO, yang mendorong pengaitan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan penilaian kinerja profesional kesehatan, sehingga kompetensi dan praktik aman terus terjaga.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses terstruktur berbasis bukti untuk memantau kompetensi bagi semua profesional perawatan kesehatan, berdasarkan kualifikasi dan pengalaman, untuk menyediakan layanan dan prosedur klinis dan teknis.</li> <li>2) Kerangka acuan bagi staf medis atau komite terkait lainnya.</li> </ol> <p>Risalah rapat komite staf medis.</p> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) OPPE bagi staf medis</li> <li>2) Risalah rapat komite medis.</li> <li>3) Proses terstruktur berbasis bukti untuk memantau kompetensi bagi semua profesional pemberi asuhan, berdasarkan kualifikasi dan pengalaman, untuk menyediakan layanan dan prosedur klinis</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 7, KPS 8.</li> </ul>	<p>1 0,5 1</p>	

<b>28-- Co A.5.2.2 Rumah sakit memiliki program pencegahan kekerasan di tempat kerja.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.5: Penerapan program pencegahan kekerasan di lingkungan kerja sesuai dengan Strategi 5.5 WHO, yang menekankan pentingnya lingkungan kerja yang aman bagi seluruh staf. Dengan melindungi tenaga kesehatan dari risiko kekerasan, rumah sakit turut menjaga kesejahteraan staf dan pada akhirnya keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program pencegahan kekerasan di tempat kerja.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan atau prosedur program pencegahan kekerasan di tempat kerja.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf terkait program pencegahan kekerasan di tempat kerja.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan pencegahan kekerasan di tempat kerja.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 9.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>29-- Co A.5.2.3 Staf diizinkan untuk beristirahat cukup agar dapat berpraktik dengan aman dan mematuhi undang-undang ketenagakerjaan nasional.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.5: Kebijakan yang mengizinkan staf beristirahat cukup sesuai ketentuan hukum ketenagakerjaan sejalan dengan Strategi 5.5 WHO, yang mengutamakan kondisi kerja aman bagi petugas kesehatan. Upaya mencegah kelelahan staf ini penting untuk menjamin mereka dapat berpraktik dengan aman dan meminimalkan risiko kesalahan yang dapat membahayakan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur tentang istirahat bagi staf klinis untuk beristirahat cukup agar dapat berpraktik dengan aman.</li> <li>2) Daftar tugas untuk staf klinis.</li> <li>3) Kepatuhan terhadap undang-undang dan peraturan ketenagakerjaan nasional.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk beristirahat cukup agar dapat berpraktik dengan aman.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan atau prosedur untuk beristirahat cukup agar dapat berpraktik dengan aman.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan atau prosedur untuk beristirahat cukup agar dapat berpraktik dengan aman.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 9.</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>30-- Co A.5.2.4</b>  <b>Siswa dan peserta pelatihan bekerja sesuai kompetensi mereka dan di bawah supervisi yang sesuai</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.5: Menjamin bahwa siswa dan peserta pelatihan bekerja sesuai tingkat kompetensinya dan selalu di bawah supervisi yang memadai mencerminkan Strategi 5.5 WHO tentang lingkungan kerja yang aman. Langkah ini melindungi pasien dengan memastikan petugas yang belum berpengalaman tidak bekerja melampaui kualifikasinya tanpa pengawasan, sehingga keselamatan pasien tetap terjaga.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur bagi siswa dan peserta pelatihan untuk bekerja sesuai kompetensi mereka dan di bawah pengawasan yang sesuai.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur bagi siswa dan peserta pelatihan untuk bekerja sesuai kompetensi mereka dan di bawah pengawasan yang sesuai.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam kebijakan dan prosedur bagi siswa dan peserta pelatihan untuk bekerja sesuai kompetensi mereka dan di bawah pengawasan yang sesuai</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPK 2, PPK 3.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>31-- Co A.5.2.5</b>  <b>Program kesehatan kerja diterapkan untuk semua staf</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 5.5: Pelaksanaan program kesehatan kerja bagi seluruh staf sesuai dengan Strategi 5.5 WHO, yang bertujuan menciptakan lingkungan kerja aman dan sehat bagi petugas kesehatan. Dengan menjaga kesehatan dan keselamatan pekerja (misalnya melalui vaksinasi, pemeriksaan kesehatan rutin), rumah sakit memastikan tenaga kesehatannya tetap fit untuk memberikan perawatan pasien yang aman.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program kesehatan kerja, termasuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- pelatihan untuk lingkungan kerja aman dan sehat bagi petugas kesehatan.</li> <li>- penilaian tempat kerja</li> <li>- dukungan kesehatan mental.</li> </ul> </li> <li>2) Catatan personel dengan bukti catatan kesehatan kerja.</li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catatan kesehatan kerja untuk semua staf.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur program kesehatan kerja.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf terkait lingkungan kerja aman dan sehat bagi petugas kesehatan.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap program kesehatan kerja staf</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 9.</li> </ul>		
<b>32-- Co A.5.2.6 Rumah sakit memiliki sistem yang berlaku untuk memastikan praktik penyuntikan yang aman</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke <i>WHO GPSAP</i> Strategi 3.3: Adanya sistem untuk menjamin praktik penyuntikan yang aman sejalan dengan Strategi 3.3 WHO, yang menitikberatkan penerapan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi berbasis bukti. Praktik penyuntikan aman mencegah infeksi terkait pelayanan kesehatan dan melindungi pasien maupun petugas dari risiko penularan penyakit atau cedera akibat jarum.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- manajemen benda tajam</li> <li>- manajemen cedera tusuk jarum</li> </ul> </li> <li>2) kebijakan dan prosedur penyuntikan yang aman yang mencakup pencegahan penggunaan kembali jarum, mendidik pasien dan keluarga mengenai penularan patogen yang ditularkan melalui darah dan memastikan praktik pembuangan yang aman untuk benda tajam, misalnya tidak menutup kembali jarum, dan kotak pengaman untuk benda tajam</li> <li>3) pedoman penerapan untuk pemasangan jalur sentral berbantuan ultrasonografi.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 1	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan atau prosedur penyuntikan yang aman yang mencakup pencegahan penggunaan kembali jarum di rumah sakit, mendidik pasien dan keluarga mengenai penularan patogen yang ditularkan melalui darah dan memastikan praktik pembuangan yang aman untuk benda tajam, misalnya tidak menutup kembali jarum dan kotak pengaman untuk benda tajam.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf tentang kebijakan atau prosedur penyuntikan yang aman.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan atau prosedur penyuntikan yang aman</li> </ol> </li> <li>■ Lihat SKP 5, PPI 2.</li> </ul>		
--	--	--	--

## Standard A.6: Rumah Sakit Memiliki Kebijakan dan Prosedur Terkait Keselamatan Pasien

Cr-0, Co-4, D-0

### Maksud dan Tujuan

Keselamatan pasien hanya dapat dicapai jika rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur yang jelas serta diterapkan secara konsisten di seluruh lini pelayanan. Kebijakan ini harus mencakup aspek pencegahan, deteksi, dan penanganan risiko keselamatan pasien, serta memastikan bahwa semua tindakan klinis dan non-klinis dilakukan dengan standar terbaik yang berbasis bukti.

Setiap kebijakan harus disusun dengan mempertimbangkan regulasi nasional, standar akreditasi, serta pedoman internasional terkait keselamatan pasien. Prosedur keselamatan pasien harus mencakup berbagai aspek seperti pengelolaan insiden keselamatan pasien (IKP), sistem pelaporan insiden, analisis akar masalah, mitigasi risiko, serta tindak lanjut perbaikan yang berkelanjutan. Selain itu, rumah sakit juga harus menetapkan kebijakan terkait penggunaan peralatan medis, prosedur pengobatan yang aman, serta komunikasi efektif antar tenaga kesehatan untuk mencegah kesalahan medis.

Kebijakan keselamatan pasien harus dikomunikasikan secara luas kepada seluruh staf dan didukung oleh sistem pelatihan serta simulasi berkala agar



dapat diterapkan secara optimal. Dengan pendekatan ini, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan kerja yang aman, meningkatkan budaya keselamatan, serta membangun kepercayaan pasien terhadap layanan yang diberikan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>33-- Co A.6.2.1 Ada proses untuk mengembangkan dan mengendalikan semua dokumen, kebijakan, dan prosedur untuk semua departemen dengan cara yang terkontrol dan konsisten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 1.4: Proses terkontrol untuk pengembangan dan pengendalian dokumen, kebijakan, dan prosedur di seluruh departemen memastikan standarisasi dan konsistensi mutu. Hal ini selaras dengan Strategi 1.4 WHO, yang mendorong penyelarasan kegiatan regulasi, inspeksi, dan akreditasi dengan tujuan peningkatan kinerja keselamatan pasien. Dengan demikian, setiap prosedur dan kebijakan rumah sakit dikendalikan agar sesuai praktik terbaik dan patuh standar demi keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk pengembangan kebijakan.</li> <li>2) Template untuk kebijakan yang seragam.</li> <li>3) Sistem pengendalian dokumentasi/catatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk semua departemen dan layanan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf yang dilatih dalam kebijakan dan prosedur yang relevan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur yang relevan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MRMK 1, MRMK 2.</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>34-- Co A.6.2.2 Rumah sakit memelihara catatan medis standar dengan pengenal unik untuk setiap pasien.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Pemeliharaan rekam medis standar dengan identifikasi unik bagi setiap pasien sejalan dengan Strategi 3.1 WHO, yang menekankan pengurangan risiko dalam prosedur klinis. Identifikasi pasien yang unik merupakan praktik keselamatan dasar untuk mencegah kesalahan identitas, memastikan setiap tindakan dan informasi medis tepat sasaran pada pasien yang benar.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan tentang :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- isi catatan medis</li> <li>- pembuatan pengenal unik pasien</li> <li>- validasi identifikasi pasien.</li> </ul> </li> <li>2) Audit:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- kelengkapan catatan medis</li> <li>- keterbacaan tulisan tangan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk memastikan bahwa setiap pasien memiliki satu catatan medis lengkap dengan pengenal unik.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk catatan medis lengkap.</li> <li>3) Pelatihan catatan staf yang terlatih dalam kebijakan dan prosedur untuk catatan medis lengkap.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk catatan medis lengkap</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MRMK 3.</li> </ul>		
<b>35-- Co A.6.2.3 Rumah sakit menggunakan kode standar untuk diagnosis dan prosedur penyakit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.2: Penggunaan kode standar untuk diagnosis dan prosedur sesuai dengan Strategi 6.2 WHO, yang mendorong pembentukan sistem informasi keselamatan pasien terintegrasi dengan manajemen informasi kesehatan. Kodefikasi standar memungkinkan pencatatan dan analisis data yang konsisten, memudahkan pemantauan insiden keselamatan serta perbandingan kinerja untuk peningkatan mutu layanan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Laporan menggunakan Klasifikasi Penyakit Internasional (ICD), edisi ke-10 atau ke-11.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk menggunakan kode standar untuk penyakit (Klasifikasi Penyakit Internasional [ICD], edisi ke-10 atau ke-11), diagnosis dan prosedur.</li> <li>2) Kode standar untuk penyakit (ICD-10, ICD-11), diagnosis dan prosedur.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk kode standar untuk penyakit.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>4) Catatan pelatihan staf yang terlatih dalam kebijakan dan prosedur untuk kode standar untuk penyakit.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk kode standar untuk penyakit.</li> </ul> <p>■ Lihat MRMK 9.</p>		
<b>36-- Co A.6.2.4 Rumah sakit memastikan bahwa catatan medis aman dan mudah diakses oleh penyedia layanan kesehatan kapan pun dibutuhkan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.5: Jaminan bahwa rekam medis disimpan secara aman namun tetap mudah diakses oleh petugas kesehatan kapan pun diperlukan selaras dengan Strategi 6.5 WHO, yang menganjurkan pengembangan solusi digital untuk meningkatkan keselamatan layanan. Akses cepat dan terjamin terhadap informasi pasien mencegah keterlambatan atau kesalahan dalam penanganan, sehingga mendukung pengambilan keputusan klinis yang aman dan tepat waktu.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Audit ketersediaan catatan medis.</li> </ul> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur akses catatan medis.</li> <li>2) Pelatihan catatan staf yang terlatih dalam kebijakan dan prosedur akses catatan medis.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur akses catatan medis</li> </ul> </li> <li>■ Lihat MRMK 2.2, MRMK 5.</li> </ul>	1 0,5 0	

## **Domain B: Keterlibatan Pasien dan Masyarakat.**

**7 Standar, 31 Kriteria, 2 Kritisal (Cr-2), 22 Inti (Co-22), 7 Perkembangan (D-7).**

**Standar B.1: Ada program untuk melindungi hak-hak pasien yang mencakup keselamatan pasien. Cr-0, Co-4, D-0**

### **Maksud dan Tujuan:**

Rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi dan menegakkan hak-hak pasien sebagai bagian dari upaya memastikan keselamatan pasien. Hak-hak ini mencakup akses ke lingkungan pelayanan yang aman, informasi yang jelas mengenai prosedur medis, serta hak untuk dilibatkan dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Pernyataan hak pasien harus tersedia secara transparan dan mudah diakses oleh semua pasien, keluarga, serta pengasuh di seluruh area rumah sakit.

Selain itu, rumah sakit wajib memasukkan aspek keselamatan pasien dalam pernyataan hak pasien, yang mencakup perlindungan terhadap risiko pelayanan medis, hak atas informasi yang akurat dan lengkap, serta kebebasan untuk menyampaikan keluhan atau menolak terapi tertentu. Rumah sakit juga harus memiliki kebijakan dan prosedur yang terdokumentasi untuk menangani situasi ketika pasien menolak terapi/pengobatan.

Pasien juga memiliki tanggung jawab dalam menjaga keselamatan mereka sendiri, seperti memberikan informasi medis yang benar, mengikuti instruksi perawatan, dan menghormati hak tenaga kesehatan. Dengan adanya program perlindungan hak-hak pasien ini, rumah sakit memastikan bahwa pasien mendapatkan pelayanan yang aman, bermartabat, serta berbasis pada prinsip transparansi dan keadilan dalam sistem kesehatan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
1-- Co B.1.2.1 Rumah sakit memiliki pernyataan hak- hak pasien yang dapat diakses oleh semua pasien, keluarga, dan pengunjung.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.5, 4.1: Pernyataan hak pasien yang terbuka dan mudah diakses meningkatkan literasi dan kesadaran pasien akan hak mereka (termasuk hak atas keselamatan). Hal ini sejalan dengan Strategi 4.5 yang menekankan pemberian informasi kepada pasien untuk memberdayakan mereka dalam perawatan yang aman. Selain itu, keberadaan kebijakan hak pasien ini selaras dengan prinsip Strategi 4.1, yaitu melibatkan perspektif pasien dalam pengembangan kebijakan layanan sehingga hak dan kebutuhan pasien terakomodasi.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan hak pasien harus :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdokumentasi dan disetujui.</li> <li>- Dapat dilihat oleh pasien dan pengasuh di seluruh area rumah sakit.</li> <li>- Didukung oleh kebijakan dan prosedur</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan hak pasien dan keluarga yang tertulis dan telah disetujui.</li> <li>2) Pernyataan tersebut terlihat di seluruh area rumah sakit.</li> <li>3) Hak pasien dan keluarga dikomunikasikan jika diminta.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat (Starkes 2024) HPK 1</li> </ul>	1 0,5 0	
2-- Co B.1.2.2 Keselamatan pasien dimasukkan dalam pernyataan hak pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5, 4.1: Pencantuman aspek keselamatan pasien dalam hak-hak pasien memperjelas bahwa pasien berhak atas perawatan yang aman. Ini mendukung Strategi 4.5 karena memberikan informasi kepada pasien tentang hak mereka atas keselamatan, sehingga pasien lebih percaya diri dan terlibat dalam menjaga keselamatannya. Langkah ini juga sejalan dengan Strategi 4.1, menunjukkan bahwa kebijakan rumah sakit (pernyataan hak pasien) dikembangkan dengan memperhatikan pandangan pasien dan standar global yang menganggap keselamatan pasien sebagai hak fundamental.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan ini harus mencakup hak-hak pasien, termasuk :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lingkungan yang aman, terjamin, dan bersih.</li> <li>- Staf yang kompeten.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan hak pasien dan keluarga yang tertulis dan mencakup keselamatan pasien, termasuk namun tidak terbatas pada :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hak untuk mendapatkan akses layanan rumah sakit.</li> <li>- Hak untuk menghormati keyakinan budaya, spiritual, dan preferensi pribadi pasien.</li> <li>- Hak untuk diinformasikan dan dilibatkan dalam pengambilan keputusan medis.</li> <li>- Hak untuk mengajukan keluhan.</li> <li>- Hak atas keselamatan pasien.</li> <li>- Hak atas keamanan, privasi, dan kerahasiaan.</li> <li>- Hak untuk mengelola rasa sakit.</li> <li>- Hak untuk mengakses informasi tentang layanan dan hasil rumah sakit.</li> <li>- Hak untuk menolak terapi.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 1, TKRS 13</li> </ul>		
<b>3-- Co B.1.2.3 Rumah sakit memiliki proses terdokumentasi untuk menangani situasi ketika pasien menolak terapi/pengobatan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Adanya proses yang jelas saat pasien menolak tindakan menunjukkan penghormatan terhadap otonomi pasien dan melibatkan mereka dalam keputusan perawatan. Ini sejalan dengan Strategi 4.5, di mana WHO mendorong pemberdayaan pasien dalam pengambilan keputusan bersama. Dengan prosedur ini, pasien merasa suaranya didengar dan dilibatkan secara aman dalam menentukan perawatan (misalnya berhak menolak tindakan tertentu setelah mendapat informasi risiko-manfaat).</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan formulir untuk pasien yang menolak terapi/pengobatan yang direkomendasikan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan rumah sakit mengenai pasien yang menolak terapi/pengobatan.</li> <li>2) Dokumentasi kasus penolakan terapi/pengobatan dan alasan di balik keputusan tersebut.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 2.</li> </ul>		
<b>4-- Co B.1.2.4</b> <b>Rumah sakit</b> <b>menginformasikan</b> <b>kepada pasien</b> <b>tentang tanggung</b> <b>jawab mereka</b> <b>selama menerima</b> <b>pelayanan/asuhan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Mengedukasi pasien tentang tanggung jawab mereka sendiri dalam perawatan menjadikan pasien mitra aktif dalam keselamatan. Hal ini selaras dengan Strategi 4.5, yang menganjurkan pemberian informasi dan edukasi kepada pasien agar mereka memahami peran mereka dalam menjaga keselamatan (misalnya memberikan informasi medis yang benar, mengikuti instruksi perawatan). Dengan memahami tanggung jawab, pasien lebih terlibat dalam proses perawatan dan keselamatan dirinya.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan tanggung jawab pasien harus :</li> <li>2) Terdokumentasi dan disetujui.</li> <li>3) Terlihat di seluruh area rumah sakit.</li> <li>4) Tanggung jawab dapat mencakup penyediaan informasi yang akurat kepada penyedia layanan kesehatan, memfasilitasi pemberian layanan kesehatan, dan menghormati hak-hak staf.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pernyataan tanggung jawab pasien dan keluarga yang tertulis dan telah disetujui.</li> <li>2) Pernyataan tanggung jawab tersebut terlihat oleh pasien dan caregiver.</li> <li>3) Tanggung jawab dapat mencakup: Memberikan informasi yang akurat kepada penyedia layanan, memfasilitasi pelaksanaan perawatan, Menghormati hak staf.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 4, KE 6.</li> </ul>	1 0,5 0	

**Standar B.2: Rumah sakit membangun kesadaran kesehatan bagi pasien dan pengasuhnya untuk memberdayakan mereka agar berbagi dalam membuat keputusan yang tepat terkait pelayanan mereka.**

**Cr-1, Co-7, D-2**

### **Maksud dan Tujuan**

Kesadaran kesehatan yang baik memungkinkan pasien dan pengasuhnya untuk berperan aktif dalam proses pengambilan keputusan medis yang tepat. Rumah sakit harus memastikan bahwa pasien diberikan informasi yang jelas, akurat, dan mudah dipahami mengenai kondisi kesehatan, pilihan terapi, serta manfaat dan risikonya. Proses informed consent (persetujuan tindakan medis) harus dilakukan dengan transparan oleh tenaga kesehatan yang terlatih, menggunakan bahasa yang sesuai dengan tingkat pemahaman pasien.

Rumah sakit juga memiliki tanggung jawab dalam memberikan edukasi yang mendukung partisipasi pasien dan keluarga dalam keputusan perawatan. Hal ini dapat dilakukan melalui penyediaan materi edukasi, pelatihan pengasuh, serta keterlibatan dalam kelompok pendukung. Selain itu, rumah sakit harus memastikan bahwa pasien memperoleh informasi lengkap mengenai diagnosis dan perawatannya secara berkala, baik selama rawat inap maupun setelah pemulangan.

Sebagai bagian dari program keselamatan pasien, rumah sakit harus mendorong pasien untuk memahami dan terlibat dalam berbagai inisiatif global seperti *Safe Surgery Saves Lives*, *Clean Care is Safer Care*, dan *Medication Without Harm*. Dengan meningkatkan kesadaran dan literasi kesehatan pasien, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan perawatan yang lebih aman dan meningkatkan hasil klinis yang lebih baik.



Kriteria	Keterangan	Skor	
5-- Cr B.2.1.1 Persetujuan tindakan medis (informed consent) diperoleh sebelum prosedur yang membutuhkan persetujuan tersebut oleh staf yang terlatih, dengan cara dan bahasa yang dipahami oleh pasien atau orang yang diberi wewenang.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.5: Proses <i>informed consent</i> yang benar memastikan pasien mendapat informasi lengkap dengan bahasa yang mudah dipahami sebelum menyetujui tindakan. Ini mencerminkan Strategi 4.5 – WHO menekankan pemberian informasi yang jelas kepada pasien dan pengambilan keputusan bersama. Dengan informed consent, pasien diberdayakan untuk memahami risiko/manfaat dan terlibat dalam keputusan tindakan medis, yang pada akhirnya meningkatkan keselamatan dan kepercayaan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur persetujuan tindakan medis mencakup : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daftar prosedur invasif yang memerlukan persetujuan.</li> <li>- Informasi yang diberikan kepada pasien, termasuk risiko, manfaat, dan potensi efek samping, sebelum prosedur dan sedasi.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur persetujuan tindakan medis.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur persetujuan tindakan medis.</li> <li>3) Daftar prosedur yang memerlukan persetujuan mencakup prosedur invasif, bedah, anestesi, transfusi darah, prosedur berisiko tinggi, pengobatan berisiko tinggi, serta donasi dan transplantasi organ.</li> <li>4) Formulir persetujuan tindakan medis tersedia di departemen terkait.</li> <li>5) Formulir persetujuan yang telah diisi, ditandatangani, diberi tanggal, dan waktu, tersedia di rekam medis pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 5</li> </ul>	1 0,5 0	

	<p><b>Catatan :</b></p> <p>Penilaian Dokumen Tambahan : Edukasi + Informed Consent Sesuai Dengan Kompetensi Teknis + Kompetensi Komunikasi Kompetensi Petugas</p> <p>Observasi Proses Memberikan Edukasi Dengan Cara Dan Bahasa Yang Baik.</p> <p>Edukasi -&gt; Tahap Pengetahuan Sesuai Kewenangan Dan Disetujui Oleh RS.</p> <p>Informed Consent = Dr Spesialis, Termasuk Risiko Risiko Bedah</p>		
<p><b>6-- Co B.2.2.1 Rumah sakit memberikan edukasi yang mendukung partisipasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan perawatan, serta untuk isu keselamatan pasien secara umum.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Edukasi proaktif kepada pasien dan keluarga mengenai perawatan dan isu keselamatan pasien langsung mendukung Strategi 4.5. WHO menggarisbawahi pentingnya memberikan pengetahuan kepada pasien agar mereka berdaya dalam pengambilan keputusan dan turut serta menjaga keselamatan. Dengan edukasi yang memadai, pasien/keluarga lebih siap berpartisipasi dalam memilih opsi perawatan dan memahami tindakan pencegahan keselamatan, sesuai prinsip kemitraan pasien dalam keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bahan edukasi yang digunakan, seperti selebaran, literatur, atau catatan kuliah.</li> <li>2) Notulen rapat kelompok pendukung penyakit spesifik dan daftar hadir.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk promosi kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk edukasi kesehatan.</li> <li>2) Materi edukasi, seperti selebaran, literatur, atau catatan kuliah.</li> <li>3) Notulen dari tiga pertemuan terakhir kelompok pendukung penyakit spesifik dan daftar hadir.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur edukasi kesehatan.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur edukasi kesehatan.</li> <li>6) Formulir penilaian kebutuhan edukasi yang lengkap tersedia di rekam medis pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 4.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

<p><b>7-- Co B.2.2.2 Semua pasien mendapatkan informasi lengkap dan terkini mengenai diagnosis dan perawatannya dari dokter yang merawat.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Transparansi informasi terkait diagnosis dan rencana terapi kepada setiap pasien mencerminkan Strategi 4.5, yaitu memastikan pasien terinformasi dengan baik. WHO mendorong keterbukaan informasi kepada pasien sebagai elemen perawatan yang berpusat pada pasien. Dengan selalu memberikan informasi lengkap dan terbaru, pasien dapat memahami kondisinya, waspada terhadap rencana perawatan, dan lebih mudah berkolaborasi dalam keputusan klinis, yang semuanya meningkatkan keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ringkasan rencana pemulangan pasien mencakup :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pihak yang bertanggung jawab.</li> <li>- Template informasi yang akan dibagikan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur penyediaan informasi lengkap dan terkini mengenai diagnosis dan perawatan pasien.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur tersebut.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur tersebut.</li> <li>4) Formulir yang telah diisi, ditandatangani, diberi tanggal, dan waktu oleh dokter yang merawat dan pasien atau pihak yang diberi wewenang.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KE 2</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>8-- Co B.2.2.3 Rumah sakit melatih pasien dan pengasuhnya dalam perawatan pasca pemulangan.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Melatih pasien dan keluarga/pengasuh untuk perawatan setelah pulang bertujuan memberdayakan mereka menjaga keselamatan di luar rumah sakit. Ini selaras dengan Strategi 4.5 – edukasi pasien untuk perawatan diri yang aman. WHO menekankan perlunya memastikan pasien memahami instruksi dan mampu melanjutkan perawatan di rumah dengan benar. Dengan pelatihan ini, risiko kesalahan atau kejadian tak diharapkan pasca perawatan dapat dikurangi, sesuai standar keselamatan global.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses pelatihan pengasuh pasien mencakup: perawatan pasien, diit, penggunaan alat medis secara aman dan efektif, rehabilitasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses pelatihan pengasuh pasien mencakup poin-poin di atas.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk pelatihan pengasuh pasien.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur pelatihan pengasuh pasien.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur pelatihan pengasuh pasien.</li> </ol> </li> <li>■ AKP 5, PAP 1.2</li> </ul>		
<p><b>9-- Co B.2.2.4 Pada saat admisi, riwayat medis lengkap, rencana perawatan, dan kebutuhan pasien dinilai dan dicatat dalam rekam medis pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Penilaian komprehensif saat admisi menunjukkan keterlibatan pasien sejak awal perawatan. Pasien diminta menyampaikan riwayat dan kebutuhannya, lalu informasi tersebut dicatat untuk panduan klinis. Langkah ini mendukung prinsip Strategi 4.5, yaitu komunikasi efektif dan pelibatan pasien dalam perencanaan perawatan. WHO menganggap keterlibatan pasien sejak tahap pengkajian awal penting untuk menyesuaikan rencana perawatan dengan kebutuhan unik pasien, sehingga perawatan lebih aman dan tepat.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rekam medis mencantumkan riwayat medis dan rencana perawatan pasien.</li> <li>2) Alur asuhan terintegrasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rekam medis pasien mencantumkan riwayat medis pada saat masuk.</li> <li>2) Rencana perawatan dan manajemen yang jelas untuk setiap pasien.</li> <li>3) Dokumen yang mencatat kebutuhan alat medis dan obat-obatan untuk setiap pasien.</li> <li>4) Dokumen yang menunjukkan departemen yang bertanggung jawab dan cara komunikasi antar departemen untuk menyediakan layanan kesehatan terintegrasi.</li> </ol> </li> <li>■ MRMK 7, PP 1, AKP</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

<p><b>10--Co B.2.2.5 Pada saat pemulangan, ringkasan pemulangan atau rujukan yang rinci dibagikan kepada pasien dan dokter keluarga/ pertama pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Pemberian ringkasan pemulangan yang lengkap kepada pasien (dan dokter keluarganya) memastikan <i>continuity of care</i> dan pasien mengerti tindak lanjut yang diperlukan. Ini selaras dengan Strategi 4.5, karena pasien mendapatkan informasi jelas untuk perawatan lanjutan yang memberdayakan mereka setelah keluar. WHO menekankan pentingnya komunikasi saat transisi perawatan; transparansi dan kelengkapan informasi pemulangan membantu mencegah kesalahan atau kebingungan, dan pasien tetap merasa dilibatkan serta bertanggung jawab atas kesehatannya selanjutnya.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses penyusunan ringkasan pemulangan mencakup :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pihak yang bertanggung jawab.</li> <li>- Template informasi yang akan dibagikan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ringkasan pemulangan/rujukan telah disiapkan dan diberikan kepada semua pasien pada saat pemulangan/rujukan dari rumah sakit.</li> <li>2) Ringkasan pemulangan/rujukan dibagikan kepada dokter keluarga/ pertama pasien.</li> </ol> </li> <li>■ AKP 5.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	---	------------------------	--

<b>11--Co B.2.2.6</b> <b>Metode edukasi memperhatikan budaya, nilai, dan preferensi pasien serta keluarganya.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Menyesuaikan cara edukasi dengan budaya, nilai, dan preferensi pasien memastikan pesan keselamatan mudah dipahami dan diterima. Ini mendukung Strategi 4.5, karena WHO menganjurkan pendekatan yang peka budaya dalam edukasi pasien agar efektif. Dengan menghormati latar belakang pasien, rumah sakit meningkatkan kepercayaan dan kenyamanan pasien, sehingga pasien lebih mau terlibat aktif dalam prosedur keselamatan (misalnya bertanya jika ada yang tidak jelas, atau mengikuti instruksi medis dengan lebih baik).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan tentang literasi kesehatan</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumen yang menunjukkan kebijakan literasi kesehatan rumah sakit.</li> <li>2) Alat dan aktivitas edukasi kesehatan yang diterapkan di rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KE 4</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>12--Co B.2.2.7 Pasien diberi informasi dan didorong untuk berperan aktif dalam tiga WHO Global Patient Safety Challenges (Safe Surgery Saves Lives, Clean Care is Safer Care, and Medication Without Harm).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.3, 4.5: Pelibatan pasien dalam tiga kampanye keselamatan global WHO ini mencerminkan Strategi 4.5 dengan memberikan edukasi dan dorongan kepada pasien untuk berperan aktif dalam inisiatif keselamatan (misalnya pasien diingatkan peran mereka dalam memastikan pembedahan aman, kebersihan tangan, dan penggunaan obat yang benar). Selain itu, upaya ini selaras dengan Strategi 4.3, karena membangun <i>kapasitas pasien sebagai penggiat keselamatan</i>. Ketika pasien terlibat dalam kampanye seperti ini, mereka pada hakikatnya menjadi pendukung dan mitra rumah sakit dalam menyebarkan budaya keselamatan sesuai tujuan WHO.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pasien memiliki suara dan didorong untuk menyuarakan pendapat mereka terkait perawatan yang aman. Tiga WHO Global Patient Safety Challenges: Safe Surgery Saves Lives, Clean Care is Safer Care, and Medication Without Harm.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumen dan aktivitas yang menyampaikan panduan kebersihan tangan kepada staf, pasien, dan keluarga.</li> <li>2) Edukasi pasien terkait prosedur sebelum dan sesudah pembedahan.</li> <li>3) Materi edukasi untuk memastikan keamanan penggunaan obat.</li> <li>4) Sistem pelaporan/keluhan untuk memungkinkan pasien menyampaikan kebutuhan mereka demi memastikan pelayanan kesehatan yang aman.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat , SKP</li> </ul>		
<b>13--D B.2.3.1 Rumah sakit mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka, termasuk saat pemulangan atau rujukan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Mendorong partisipasi aktif pasien dalam perencanaan perawatan (termasuk rencana pulang) berarti menerapkan pengambilan keputusan bersama, selaras dengan Strategi 4.5. WHO menekankan bahwa keterlibatan pasien dalam keputusan klinis akan meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan. Dengan pasien terlibat dalam menentukan rencana tindak lanjut atau rujukan, keputusan yang diambil lebih sesuai kebutuhan dan pasien merasa memiliki kontrol, sehingga lebih mungkin mengikuti rencana tersebut dengan benar (mengurangi risiko kelalaian atau kesalahan).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka.</li> <li>2) Perencanaan pemulangan atau rujukan melibatkan pasien.</li> <li>3) Jika hasilnya adalah kematian, perencanaan dapat mencakup persiapan pasien dan keluarganya, pengelolaan rasa sakit dan gejala, keterhubungan dengan kelompok dukungan, konseling, serta pemenuhan kebutuhan spiritual dan budaya.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka.</li> <li>3) Proses untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam perencanaan pemulangan atau rujukan.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf tentang kebijakan dan prosedur untuk mendorong pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan pengambilan keputusan terkait perawatan kesehatan mereka.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur tersebut.</li> <li>6) Formulir yang ditandatangani, diberi tanggal, dan waktu oleh pasien terkait partisipasi mereka dalam perencanaan dan pengambilan keputusan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PP1, PP 1.1 dan PP 1.2, HPK 3</li> </ul>		
<b>14-- D B.2.3.2 Rumah sakit menyediakan saran keselamatan pasien melalui berbagai media, termasuk bahan cetak, media sosial, dan situs web yang dapat diakses publik.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5, 4.3: Pemberian saran dan informasi keselamatan pasien secara luas (lewat pamflet, media sosial, website) meningkatkan kesadaran masyarakat akan keselamatan pasien. Hal ini mendukung Strategi 4.5 karena rumah sakit proaktif mengedukasi pasien dan publik mengenai isu keselamatan, tidak hanya menunggu interaksi langsung di fasilitas. Selain itu, inisiatif ini sejalan dengan semangat Strategi 4.3 – melalui peningkatan pengetahuan publik, komunitas dapat termotivasi untuk berperan sebagai pendukung keselamatan pasien. Edukasi luas semacam ini diharapkan melahirkan masyarakat yang lebih peduli dan terlibat dalam upaya-upaya keselamatan pasien sesuai anjuran WHO.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Situs web layanan kesehatan rumah sakit.</li> </ol> </li> </ul>		



	2) Akses pasien ke situs web layanan kesehatan rumah sakit. ■ Elemen yang dapat diukur : 1) Rumah sakit memiliki materi untuk memberikan saran keselamatan pasien. 2) Saran keselamatan pasien disampaikan melalui berbagai media, termasuk bahan cetak, media sosial, dan situs web. 3) Pasien memiliki akses ke situs web layanan kesehatan rumah sakit. 4) Rumah sakit memiliki saluran media sosial yang dapat diakses publik. ■ Lihat KE 1		
--	---	--	--

### **Standar B.3: Rumah sakit memastikan identifikasi dan verifikasi pasien yang tepat di semua tahap perawatan. Cr-1, Co-2, D-1**

#### **Maksud dan Tujuan**

Kesalahan identifikasi pasien dapat mengakibatkan risiko serius, termasuk pemberian obat yang salah, tindakan medis yang tidak sesuai, atau kesalahan prosedur lainnya. Oleh karena itu, rumah sakit harus menerapkan sistem identifikasi dan verifikasi pasien yang akurat di seluruh tahap perawatan. Sistem ini harus mencakup penggunaan minimal dua penanda identitas pasien, seperti nama lengkap, tanggal lahir, atau nomor rekam medis, yang diverifikasi sebelum pemberian layanan kesehatan.

Selain itu, rumah sakit perlu memiliki kebijakan dan prosedur yang memastikan bahwa sistem identifikasi ini diterapkan secara konsisten, termasuk dalam pemberian obat, prosedur bedah, transfusi darah, dan tindakan berisiko tinggi lainnya. Untuk pasien dengan kondisi khusus, seperti bayi baru lahir, pasien tidak sadar, atau pasien dengan gangguan komunikasi, sistem identifikasi yang lebih ketat harus diterapkan, seperti penggunaan barcode atau tanda pengenal lainnya.

Melalui penerapan sistem identifikasi yang andal, rumah sakit dapat mencegah kejadian tidak diharapkan, meningkatkan keselamatan pasien, serta memperkuat kepercayaan pasien terhadap layanan yang diberikan. Proses evaluasi berkala juga harus dilakukan untuk memastikan kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur identifikasi pasien yang telah ditetapkan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
15--Cr B.3.1.1 Proses identifikasi pasien yang digunakan di seluruh rumah sakit memerlukan minimal dua cara untuk mengidentifikasi pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.5: Kebijakan identifikasi pasien dengan <i>dua identifikator</i> mencerminkan pelibatan pasien sebagai lapisan pengaman tambahan. Pasien biasanya diminta mengkonfirmasi nama/tanggal lahirnya, yang berarti mereka aktif terlibat dalam verifikasi identitas setiap kali tindakan akan dilakukan. Ini sejalan dengan Strategi 4.5 – WHO mendorong pasien menjadi mitra dalam keselamatan. Dengan sistem identifikasi ganda, risiko salah pasien menurun drastis, dan pasien merasa aman karena dilibatkan dalam memastikan ketepatan identitas sebelum prosedur, selaras dengan praktik keselamatan global.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur identifikasi pasien menggunakan dua penanda yang dikenal pasien.</li> <li>2) Penanda pasien meliputi nama lengkap pasien (hingga tiga generasi keluarga jika memungkinkan), tanggal lahir, foto, dan nomor rumah sakit, serta digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur identifikasi dan verifikasi pasien dengan dua penanda.</li> <li>2) Penanda pasien digunakan sebelum pemberian obat, pelaksanaan prosedur, dan verifikasi identitas sebelum prosedur berisiko tinggi.</li> <li>3) Daftar prosedur berisiko tinggi, termasuk transfusi darah dan kemoterapi.</li> <li>4) Kebijakan identifikasi pasien yang menekankan kelompok berisiko tinggi (misalnya bayi baru lahir, pasien koma, atau lansia).</li> <li>5) Sistem barcode untuk mengidentifikasi obat dan produk darah pasien.</li> <li>6) Catatan pelatihan staf tentang kebijakan dan prosedur identifikasi pasien.</li> <li>7) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur identifikasi pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat SKP 1</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>16--Co B.3.2.1 Rumah sakit memiliki sistem untuk mengidentifikasi dan mendokumentasikan alergi pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Sistem pencatatan alergi pasien membutuhkan komunikasi dua arah: pasien memberi tahu alerginya, dan staf mendokumentasikannya secara jelas. Langkah ini sesuai Strategi 4.5, yang menekankan edukasi dan <i>engagement</i> pasien. Pasien yang terinformasi akan pentingnya menyampaikan alergi berkontribusi pada keselamatannya sendiri. WHO mendukung prakarsa yang membuat pasien aktif memberikan informasi medis penting (seperti alergi) untuk mencegah insiden harm (misalnya reaksi obat yang salah), sehingga keterlibatan pasien dalam hal ini krusial untuk keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk identifikasi dan verifikasi pasien, termasuk dua pengenalan yang diketahui pasien.</li> <li>2) Pengenal pasien meliputi nama lengkap pasien (hingga generasi ketiga dalam keluarga), tanggal lahir, foto, dan nomor rumah sakit, dan digunakan secara konsisten di seluruh rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ada sistem untuk mengidentifikasi alergi, misalnya sistem kode warna.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur identifikasi alergi.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur identifikasi alergi.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur identifikasi alergi</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PP1, PP 1.1 dan PP 1.2, PKPO 5.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	---	------------------------	--

<p><b>17--Co B.3.2.2 Hak pasien atas privasi dan kerahasiaan dalam perawatan dan informasi dihormati.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.1: Penghormatan terhadap privasi dan kerahasiaan informasi pasien merupakan aspek perawatan berpusat pada pasien yang diakui WHO. Ini selaras dengan Strategi 4.1 karena menunjukkan kebijakan rumah sakit yang dikembangkan dengan menempatkan pasien sebagai pusat, termasuk hak atas rasa hormat dan martabat. Dengan menjamin privasi, rumah sakit membangun kepercayaan pasien. Pasien yang percaya bahwa privasinya dihormati cenderung lebih terbuka berkomunikasi dan berpartisipasi dalam perawatannya, sesuai prinsip kemitraan yang dianjurkan dalam standar global keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan tentang :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyimpanan rekam medis.</li> <li>- Akses terbatas ke data pasien.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan rumah sakit untuk memastikan privasi dan kerahasiaan rekam medis pasien.</li> <li>2) Pertimbangan keamanan dalam penyimpanan rekam medis pasien.</li> <li>3) Metode untuk membatasi akses informasi kepada staf yang relevan saja.</li> <li>4) Staf memahami dan menghormati hak pasien atas privasi dan kerahasiaan.</li> <li>5) Metode investigasi pelanggaran privasi atau kerahasiaan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat : HPK</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>18--D B.3.3.1 Rumah sakit menggunakan barcode untuk identifikasi pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.2: Penerapan teknologi <i>barcode</i> dalam identifikasi pasien menunjukkan komitmen rumah sakit meningkatkan keselamatan melalui inovasi. Hal ini berkaitan dengan Strategi 4.2 – belajar dari pengalaman dan insiden untuk mencegah bahaya. Implementasi <i>barcode</i> umumnya didorong oleh <i>lesson learned</i> (misalnya, jika pernah ada nyaris salah identifikasi, solusi berteknologi diterapkan agar tidak terulang). Dengan kata lain, rumah sakit menerapkan solusi modern hasil dari pembelajaran insiden keselamatan pasien. Ini sesuai arahan WHO agar insiden digunakan sebagai pembelajaran untuk tindakan perbaikan sistem yang konkret demi mencegah harm di masa depan.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Catatan : Selain Barcode : Finger Print, Face recognition, Retinal scan</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan penggunaan barcode untuk :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyimpanan rekam medis.</li> <li>- Akses terbatas ke data pasien</li> <li>- Pencocokan sampel laboratorium.</li> <li>- Pencocokan gambar medis.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sistem barcode dengan digit pemeriksaan untuk identifikasi pasien</li> </ol> </li> <li>■ Lihat SKP 1, PAB 7.4</li> </ul>	1 0,5 0	
--	---	---------------	--

#### **Standar B.4: Rumah sakit melibatkan masyarakat dalam berbagai kegiatan keselamatan pasien. Cr-0, Co-2, D-2**

##### **Maksud dan Tujuan**

Keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab tenaga medis, tetapi juga melibatkan peran aktif masyarakat dalam menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang lebih aman. Rumah sakit harus memiliki strategi yang memungkinkan komunitas berkontribusi dalam upaya peningkatan keselamatan pasien, baik melalui edukasi, advokasi, maupun partisipasi langsung dalam perencanaan dan pelaksanaan program keselamatan.

Salah satu bentuk keterlibatan masyarakat adalah melalui kampanye keselamatan pasien yang menyampaikan informasi tentang pencegahan infeksi, penggunaan obat yang aman, serta pentingnya kebersihan tangan. Rumah sakit juga dapat menjalin kemitraan dengan organisasi non- pemerintah, kelompok advokasi pasien, dan komunitas kesehatan untuk memperluas jangkauan edukasi.

Selain itu, keterlibatan masyarakat dapat diperkuat dengan memberikan akses terhadap informasi kesehatan melalui media cetak, media sosial, dan situs web rumah sakit. Dengan meningkatkan kesadaran dan pemahaman masyarakat tentang keselamatan pasien, rumah sakit tidak hanya memperbaiki kualitas pelayanan tetapi juga membangun budaya keselamatan yang lebih luas di komunitas.

Kriteria	Keterangan	Skor	
19--Co B.4.2.1 Rumah sakit melakukan kampanye keselamatan pasien yang membagikan solusi dan meningkatkan kesadaran keselamatan pasien di komunitas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.3: Menyelenggarakan kampanye keselamatan pasien bagi masyarakat luas selaras dengan Strategi 4.3 yang mendorong pemberdayaan pasien dan komunitas sebagai mitra keselamatan. Dengan kampanye ini, rumah sakit berbagi solusi praktis (misalnya cara mencegah infeksi, penggunaan obat aman) dan meningkatkan kesadaran publik. WHO menekankan pentingnya pasien dan keluarga dilibatkan sebagai “mata dan telinga” sistem; kampanye komunitas membantu menciptakan pendukung-pendukung keselamatan pasien di masyarakat, sehingga budaya keselamatan meluas di luar dinding rumah sakit.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk merencanakan kampanye keselamatan pasien.</li> <li>2) Rapat dengan komunitas praktik, kelompok masyarakat, dan organisasi non-pemerintah.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses perencanaan kampanye keselamatan pasien.</li> <li>2) Komunitas praktik.</li> <li>3) Notulen rapat dan rencana aksi kampanye keselamatan pasien</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KE 6.</li> </ul>	1 0,5 0	
20--Co B.4.2.2 Rumah sakit menggunakan media dan/atau pemasaran untuk mempromosikan keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.3: Penggunaan media massa atau media sosial untuk mempromosikan pesan keselamatan pasien merupakan implementasi dari Strategi 4.3, yang berfokus pada partisipasi masyarakat dan kemitraan. Upaya ini meningkatkan kesadaran dan pengetahuan publik akan keselamatan pasien. Semakin banyak orang paham mengenai tindakan keselamatan (seperti cuci tangan, identifikasi benar, dll.), semakin besar komunitas pendukung keselamatan yang terbentuk. Ini sejalan dengan target WHO agar tercipta gerakan kolektif lintas masyarakat untuk memprioritaskan keselamatan pasien.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Materi media untuk mempromosikan keselamatan pasien (misalnya siaran pers yang mengumumkan kegiatan keselamatan pasien).</li> <li>2) Materi pemasaran untuk mempromosikan keselamatan pasien (misalnya siaran pers yang mengumumkan kegiatan keselamatan pasien).</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Materi media untuk mempromosikan keselamatan pasien (misalnya siaran pers yang mengumumkan kegiatan keselamatan pasien).</li> <li>2) Materi pemasaran untuk mempromosikan keselamatan pasien (misalnya siaran pers yang mengumumkan kegiatan keselamatan pasien).</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KE 1</li> </ul>		
<b>21--D B.4.3.1 Rumah sakit melibatkan komunitas dalam merancang dan melaksanakan program keselamatan pasien dan proyek perbaikan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.1: Link ke WHO GPSAP Strategi 4.3:</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Strategi untuk melibatkan komunitas (misalnya, organisasi non- pemerintah, advokat pasien, komunitas praktik).</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk keterlibatan komunitas.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Strategi keterlibatan komunitas.</li> <li>2) Informasi tertulis atau verbal untuk pemimpin komunitas tentang peran mereka dalam perbaikan keselamatan pasien.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur keterlibatan komunitas.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur keterlibatan komunitas.</li> <li>5) Laporan yang mengukur kepatuhan terhadap kebijakan keterlibatan komunitas.</li> <li>6) Notulen atau laporan rapat dari kelompok kerja perbaikan keselamatan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat : KE 6</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>22--D B.4.3.2 Pasien memiliki akses ke rekam medis mereka dengan kesempatan untuk meminta klarifikasi dari praktisi medis terkait.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.4: Memberikan akses rekam medis kepada pasien dengan ruang untuk klarifikasi menunjukkan transparansi dan keterbukaan penuh, sejalan dengan Strategi 4.4. WHO menegaskan perlunya keterbukaan informasi dalam perawatan – bukan hanya saat insiden, tapi juga dalam informasi medis rutin. Dengan bisa melihat rekam medisnya, pasien dapat memverifikasi data, memahami kondisi dan tindakan, serta bertanya bila ada yang tidak jelas. Ini memperkuat kemitraan pasien-dokter dan memastikan pasien benar-benar mengerti rencana perawatan, yang pada akhirnya meningkatkan keselamatan (karena miskomunikasi berkurang).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan mengenai bagaimana pasien dapat meminta akses ke rekam medis.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk memberikan akses rekam medis kepada pasien.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf tentang kebijakan dan prosedur akses rekam medis.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur akses rekam medis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MRMIK , HPK</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	---	------------------------	--

## Standar B.5: Rumah sakit mengomunikasikan insiden keselamatan pasien kepada pasien dan pengasuhnya. Cr-0, Co-2, D-0

### Maksud dan Tujuan

Transparansi dalam mengomunikasikan insiden keselamatan pasien merupakan elemen kunci dalam membangun kepercayaan antara rumah sakit, pasien, dan pengasuhnya. Rumah sakit harus memiliki kebijakan yang jelas mengenai pengungkapan insiden keselamatan pasien, baik insiden yang berdampak langsung maupun yang berpotensi menimbulkan risiko di masa depan.



Proses komunikasi harus dilakukan secara profesional, empati, dan berbasis bukti, dengan tujuan utama untuk memberikan informasi yang jelas mengenai kejadian, penyebab, langkah korektif yang telah diambil, serta upaya pencegahan agar insiden serupa tidak terjadi lagi. Rumah sakit juga harus menyediakan layanan advokasi pasien atau tim mediasi yang berperan dalam menjelaskan insiden kepada pasien dan keluarga dengan cara yang dapat dipahami.

Melalui pendekatan yang terbuka dan edukatif, rumah sakit dapat meningkatkan kesadaran pasien tentang keselamatan layanan, mendorong partisipasi aktif dalam program keselamatan, serta mengurangi ketidakpercayaan terhadap sistem pelayanan kesehatan. Dengan adanya komunikasi yang efektif, insiden dapat dijadikan sebagai bahan pembelajaran untuk perbaikan sistem secara berkelanjutan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>23--Co B.5.2.1 Rumah sakit memiliki kebijakan untuk pengungkapan insiden kepada staf, pasien, dan caregiver pasien.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.4: Kebijakan <i>open disclosure</i> semacam ini tepat mencerminkan Strategi 4.4 – prinsip keterbukaan dan transparansi dalam layanan kesehatan, khususnya pengungkapan insiden keselamatan kepada pasien dan keluarga. WHO menganjurkan setiap insiden yang merugikan pasien dijelaskan terus terang kepada pasien/familinya. Dengan kebijakan resmi, rumah sakit memastikan budaya transparansi dijalankan secara konsisten. Hal ini meningkatkan kepercayaan pasien, karena mereka tahu rumah sakit jujur apabila terjadi insiden, dan melibatkan mereka dalam diskusi penanganan serta pencegahan ke depan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk pengungkapan insiden kepada pasien, keluarga, dan staf.</li> <li>2) Bukti kasus sebelumnya terkait insiden dan tindak lanjutnya.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur pengungkapan insiden kepada pasien, keluarga, dan staf.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf terkait kebijakan dan prosedur pengungkapan insiden.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan pengungkapan insiden.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>24--Co B.5.2.2 Rumah sakit memiliki layanan advokasi pasien untuk menjelaskan informasi yang diterima dari tim klinis atau insiden kepada pasien dan caregiver pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.4: Layanan advokasi pasien yang menjembatani komunikasi setelah insiden merupakan perwujudan Strategi 4.4 dalam praktik. WHO tidak hanya mendorong pengungkapan insiden, tapi juga komunikasi yang empatik dan jelas kepada pasien. Dengan adanya petugas/layanan khusus yang membantu menjelaskan kejadian medis atau insiden kepada pasien dengan bahasa yang mudah dipahami, rumah sakit memastikan pasien dan keluarga benar-benar mengerti apa yang terjadi dan langkah perbaikannya. Ini menjaga kepercayaan serta memungkinkan pasien memberikan masukan atau pertanyaan, menjadikannya tetap bagian dari proses perbaikan pasca insiden.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deskripsi pekerjaan untuk advokat pasien atau yang setara.</li> <li>2) Daftar layanan yang diberikan oleh advokat pasien.</li> <li>3) Bukti pelatihan yang diterima advokat pasien, termasuk keterampilan komunikasi untuk membantu pasien dan keluarga memahami isu kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kerangka acuan advokat/mediator perawatan kesehatan.</li> <li>2) Surat pemberitahuan advokat/mediator perawatan kesehatan.</li> <li>3) Advokat/mediator perawatan kesehatan yang terlatih untuk menjelaskan insiden kepada pasien dan caregiver.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 1</li> </ul>		
--	--	--	--

## Standar B.6. Rumah sakit menghargai masukan dari pasien dan menindaklanjuti keluhan dan pujian pasien. Cr-0, Co-2, D-2

### Maksud dan Tujuan

Partisipasi pasien dalam peningkatan mutu pelayanan kesehatan dapat diwujudkan melalui sistem umpan balik yang efektif. Rumah sakit harus memiliki mekanisme untuk menerima, menindaklanjuti, dan memberikan respons

terhadap keluhan, saran, maupun pujian dari pasien dan keluarganya. Sistem ini harus bersifat transparan, mudah diakses, dan mencakup berbagai metode seperti survei kepuasan, kotak saran, laporan insiden, serta platform digital atau hotline keselamatan pasien.

Keluhan pasien harus ditangani secara profesional dengan proses investigasi yang sistematis serta tindak lanjut yang jelas. Hasil dari pengelolaan keluhan harus dikomunikasikan kembali kepada pasien dan keluarganya untuk menunjukkan komitmen rumah sakit dalam meningkatkan mutu layanan. Sementara itu, pujian dan apresiasi dari pasien dapat digunakan sebagai motivasi bagi tenaga kesehatan untuk terus meningkatkan standar pelayanan mereka.

Dengan menghargai setiap umpan balik pasien, rumah sakit dapat memperkuat budaya keselamatan, meningkatkan keterlibatan pasien dalam perbaikan layanan, serta membangun hubungan yang lebih baik antara tenaga medis dan masyarakat. Proses evaluasi berkala terhadap sistem umpan balik juga diperlukan untuk memastikan efektivitasnya dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pelayanan rumah sakit.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>25--Co B.6.2.1 Rumah sakit mendapatkan umpan balik pasien dan keluarga melalui proses reaktif dan proaktif.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.2: Sistem umpan balik pasien (misalnya survei kepuasan, kotak saran, laporan insiden, wawancara langsung) yang mencakup cara proaktif (meminta pendapat secara rutin) dan reaktif (menampung keluhan) sangat sejalan dengan Strategi 4.2. WHO menekankan pentingnya belajar dari pengalaman pasien untuk meningkatkan keselamatan. Melalui umpan balik ini, rumah sakit dapat mengidentifikasi masalah keselamatan yang dialami pasien atau ide perbaikan dari sudut pandang mereka. Data dan cerita dari pasien berfungsi sebagai “early warning” dan pembelajaran nyata bagi manajemen untuk mencegah kejadian serupa di masa depan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses pengukuran reaktif:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan.</li> <li>- Laporan insiden.</li> </ul> </li> <li>2) Proses pengukuran proaktif:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Survei pengalaman.</li> <li>- Kotak saran.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patient reported outcome measures (PROM).</li> <li>3) Rencana tindakan berdasarkan masukan dari pasien.</li> <li>4) Mengomunikasikan hasil kepada pasien dan staf.</li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mendapatkan umpan balik pasien dan keluarga melalui berbagai alat seperti survei kepuasan, kotak saran, grup diskusi fokus, laporan insiden, dan hotline keselamatan.</li> <li>2) Laporan keluhan dan insiden (reaktif).</li> <li>3) Survei pengalaman dan kotak saran (proaktif).</li> <li>4) PROM.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK, KE</li> </ul>		
<b>26--Co B.6.2.2 Rumah sakit memiliki proses untuk menangani umpan balik (baik pujian, keluhan, atau saran perbaikan) termasuk bagaimana menerima, menyelidiki, dan menyelesaikan dalam waktu yang ditentukan. Proses ini disampaikan kepada pasien, keluarga, dan masyarakat.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.2: Proses penanganan umpan balik yang jelas dan terpublikasi ini juga mendukung Strategi 4.2. Dengan alur yang transparan (menerima laporan, investigasi, tindak lanjut, dan respon ke pasien dalam tenggat waktu tertentu) dan disosialisasikan ke pasien/masyarakat, rumah sakit menunjukkan komitmen menjadikan pengalaman pasien sebagai bahan perbaikan. WHO menganjurkan budaya pelaporan yang tidak menghukum dan penanganan keluhan secara terbuka. Ketika pasien tahu cara melapor dan yakin laporannya ditindaklanjuti serius, mereka lebih mau berbagi pengalaman (baik maupun buruk). Ini membantu rumah sakit terus belajar dan meningkatkan sistem keselamatannya berdasarkan masukan nyata dari pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :</li> <li>■ Sampel acak dari umpan balik untuk menunjukkan bagaimana keluhan dikelola dan perubahan yang dilakukan untuk mencegah pengulangan.</li> <li>■ Elemen yang dapat diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sampel acak dari umpan balik dan langkah yang diambil untuk mencegah pengulangan umpan balik negatif atau keluhan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK, KE</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>27--D B.6.3.1 Rumah sakit melibatkan pasien dan keluarga mereka dalam struktur tata kelola, pengembangan kebijakan, serta implementasi proyek perbaikan mutu dan keselamatan pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.1: Pelibatan pasien dan keluarga dalam tata kelola dan kebijakan keselamatan secara resmi ini adalah inti dari Strategi 4.1. WHO merekomendasikan <i>co-design</i> – pasien dilibatkan dalam komite keselamatan, tim advisory, atau forum kebijakan. Dengan mengikuti kriteria ini, rumah sakit mengajak perwakilan pasien/keluarga duduk bersama manajemen dalam merumuskan kebijakan dan memantau proyek perbaikan. Hal ini memastikan keputusan dan perbaikan mutu tidak hanya dari kacamata pemberi layanan, tapi juga mengintegrasikan pengalaman dan preferensi pasien. Strategi global WHO menilai pendekatan ini efektif membangun sistem yang lebih peka terhadap kebutuhan nyata pasien dan meningkatkan akuntabilitas.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Strategi untuk melibatkan pasien dalam keselamatan pasien, termasuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi dan pemantauan pasien.</li> <li>- Kebersihan tangan.</li> <li>- memvalidasi keberadaan materi edukasi yang digunakan untuk pasien terkait dengan aktivitas keselamatan pasien.</li> <li>- laporan rapat yang mencakup keterlibatan pasien dan pengasuh mereka dalam menetapkan kebijakan dan mengusulkan peningkatan kualitas serta proyek keselamatan pasien</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Strategi untuk keterlibatan dan pemberdayaan pasien demi keselamatan pasien. Area keterlibatan pasien dapat meliputi: identifikasi pasien, pemantauan kebersihan tangan, dan penggunaan suntikan sekali pakai.</li> <li>2) Adanya materi edukasi dan/atau informasi tertulis/lisan yang diberikan kepada pasien yang memberdayakan mereka untuk berperan aktif dan menjadi mitra dalam mempromosikan keselamatan pasien.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk pemberdayaan dan keterlibatan pasien.</li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--

	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) Catatan pelatihan staf yang terlatih dalam kebijakan dan prosedur.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur.</li> <li>6) Laporan atau risalah rapat yang mencakup keterlibatan pasien dan pengasuh mereka dalam menetapkan kebijakan dan menyarankan proyek peningkatan kualitas dan keselamatan pasien.</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lihat HPK, KE</li> </ul>		
<b>28--D B.6.3.2 Rumah sakit menyediakan informasi dan edukasi kepada pasien tentang keselamatan pasien, literasi kesehatan, dan kesejahteraan pasien.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.5: Kriteria ini sepenuhnya sesuai dengan Strategi 4.5, karena rumah sakit proaktif memberikan informasi dan edukasi seputar keselamatan pasien, literasi kesehatan, hingga kesejahteraan kepada pasien. WHO menekankan bahwa pasien yang teredukasi dengan baik cenderung lebih sadar akan potensi risiko dan langkah pencegahannya. Dengan meningkatkan literasi kesehatan dan pemahaman pasien (misalnya melalui brosur keselamatan, pendidikan kesehatan saat perawatan), rumah sakit mempersenjatai pasien dengan pengetahuan untuk melindungi diri dari harm dan mendorong mereka bertanya atau berbicara apabila ada hal yang dirasa tidak aman. Pasien berpengetahuan adalah mitra penting dalam budaya keselamatan, persis seperti yang digariskan dalam GPSAP.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Informasi dan pendidikan tentang keselamatan pasien, literasi kesehatan, dan kesejahteraan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit menyediakan informasi dan mendidik pasien tentang keselamatan pasien dan literasi kesehatan, termasuk cara menjaga dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri serta menyediakan informasi tentang keselamatan pasien.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<p>2) Menjaga dan meningkatkan kesejahteraan mereka sendiri dapat mencakup persyaratan yang berkaitan dengan program penghentian merokok, saran manajemen stres, panduan diet dan olahraga, serta manajemen penyalahgunaan zat</p> <p>■ Lihat KE , SKP</p>		
--	--	--	--

## Standar B.7: Rumah sakit memiliki keselamatan pasien. Cr-0, Co-3, D-0

### Maksud dan Tujuan

Rumah sakit yang ramah keselamatan pasien harus memastikan bahwa setiap aspek pelayanan berorientasi pada pencegahan risiko dan perlindungan pasien dari kejadian tidak diharapkan. Untuk itu, rumah sakit perlu menyediakan lingkungan yang aman, nyaman, dan mendukung pemulihan pasien, termasuk dalam hal privasi, keamanan, serta akses terhadap fasilitas yang sesuai dengan kebutuhan medis dan spiritual pasien.

Penyediaan ruang pemeriksaan yang menjamin kerahasiaan informasi medis, area tunggu yang memperhatikan aspek kenyamanan dan privasi, serta fasilitas ibadah bagi pasien dengan latar belakang budaya dan agama yang berbeda merupakan bagian dari upaya rumah sakit dalam menciptakan keselamatan pasien secara holistik. Selain itu, rumah sakit juga harus menyediakan ruang interaksi sosial dan fasilitas hiburan yang dapat meningkatkan kesejahteraan emosional pasien selama menjalani perawatan.

Dengan menciptakan lingkungan yang aman dan ramah bagi pasien, rumah sakit tidak hanya berfokus pada aspek klinis, tetapi juga pada kesejahteraan fisik dan psikososial pasien. Pendekatan ini akan membantu meningkatkan kepuasan pasien, mempercepat proses pemulihan, serta memperkuat budaya keselamatan yang berkelanjutan di seluruh fasilitas kesehatan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
29--Co B.7.2.1 Rumah sakit menyediakan lingkungan yang pribadi, rahasia, dan ramah gender bagi pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 4.1: Penyediaan lingkungan fisik yang aman dan nyaman bagi pasien – misalnya ruang perawatan yang menjaga privasi, pemisahan area sesuai kebutuhan gender – menunjukkan bahwa rumah sakit mengutamakan <b>perspektif dan martabat pasien</b> dalam kebijakan layanannya. Ini selaras dengan Strategi 4.1, di mana pasien dan komunitas dilibatkan dalam perencanaan layanan yang lebih manusiawi. WHO menggarisbawahi bahwa keselamatan pasien mencakup rasa aman secara psikologis; ketika pasien merasa privasinya terjaga dan dihormati, mereka lebih tenang dan kooperatif dalam menjalani perawatan. Lingkungan ramah pasien seperti ini adalah bagian dari standar pelayanan berpusat pada pasien secara global, yang mendukung terciptanya kepercayaan dan komunikasi lebih baik (faktor pendukung keselamatan).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tur lingkungan yang menunjukkan bukti:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang pemeriksaan pribadi.</li> <li>- Area tunggu terpisah berdasarkan gender.</li> <li>- Informasi medis yang aman.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Privasi dalam pemeriksaan pasien dan kerahasiaan informasi pasien dijamin.</li> <li>2) Area tunggu terpisah berdasarkan gender.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK</li> </ul>	1 0,5 0	



<b>30--Co B.7.2.2 Rumah sakit menyediakan ruang untuk interaksi sosial, termasuk hiburan bagi pasien.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.1: Fasilitas untuk interaksi sosial dan hiburan bagi pasien mencerminkan kepedulian rumah sakit terhadap kesejahteraan holistik pasien, tidak hanya aspek klinis. Langkah ini terkait Strategi 4.1 karena kemungkinan lahir dari dialog dengan pasien/keluarga tentang apa yang membuat mereka nyaman selama perawatan. WHO menganjurkan pendekatan perawatan yang menghargai kebutuhan psikososial pasien – misalnya kesempatan berinteraksi dengan keluarga/ pasien lain, atau kegiatan hiburan ringan – sebagai bagian dari lingkungan penyembuhan yang aman. Ketika pasien merasa lebih nyaman dan stress berkurang, keterlibatan mereka dalam terapi meningkat (mereka lebih kooperatif dan patuh pada regimen), yang akhirnya berkontribusi pada keselamatan dan pemulihan yang lebih baik.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tur lingkungan yang menunjukkan bukti:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiburan untuk pasien (misalnya musik, televisi, film, perpustakaan).</li> <li>- Ruang untuk bertemu kerabat.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitas hiburan seperti musik, televisi, film, dan perpustakaan tersedia.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK 14</li> </ul>	1 0,5 0	
---	--	---------------	--

<p><b>31-- Co B.7.2.3 Rumah sakit memiliki ruang doa yang memenuhi kebutuhan spiritual dan keagamaan pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 4.1: Penyediaan ruang doa yang layak bagi berbagai agama menunjukkan bahwa rumah sakit menghormati kebutuhan spiritual pasien dan melibatkan nilai-nilai komunitas dalam layanannya, selaras dengan Strategi 4.1. Bisa jadi, keberadaan ruang ibadah ini berasal dari masukan pasien/keluarga atau standar komunitas setempat, yang diakomodasi manajemen sebagai bagian dari peningkatan kualitas layanan. WHO mengakui bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual/kultural pasien adalah elemen penting dari perawatan berpusat pada pasien. Dengan tersedianya fasilitas ibadah, pasien merasa dihargai dan didukung secara emosional, yang dapat meningkatkan ketenangan batin dan kepercayaan mereka terhadap rumah sakit. Hal ini menciptakan hubungan yang lebih baik antara pasien-medis dan mendorong pasien tetap terlibat positif dalam proses perawatan, mendukung terciptanya keselamatan pasien yang menyeluruh (fisik maupun psikologis).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tur lingkungan yang menunjukkan bukti tersedia ruang pribadi untuk doa dan kebutuhan spiritual.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit memiliki fasilitas untuk doa dan memenuhi kebutuhan spiritual serta keagamaan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat HPK</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--

### 3. Domain C: Praktik Klinis Berbasis Bukti yang Aman

4 Standar, 40 Kriteria, 14 Kritisal (Cr-14), 24 Inti (Co-24), 2 Perkembangan (D-2).

**Standar C.1:** Rumah sakit memiliki tata kelola klinis yang efektif yang memastikan adanya inklusi keselamatan pasien.

Cr-6, Co-8, D-0

#### Maksud dan Tujuan

Tata kelola klinis yang efektif merupakan fondasi utama dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan dan memastikan keselamatan pasien. Rumah sakit harus menerapkan sistem tata kelola klinis yang mencakup kebijakan, prosedur, dan praktik berbasis bukti untuk memastikan layanan yang diberikan kepada pasien aman, efektif, dan berkelanjutan.

Sistem tata kelola ini harus mencakup komunikasi yang efektif antara tim medis, penerapan daftar periksa keselamatan bedah, serta mekanisme mengenali dan respons cepat terhadap perubahan kondisi klinis pasien. Selain itu, rumah sakit wajib memiliki kebijakan yang membatasi penggunaan perintah verbal dan menerapkan metode “read back” untuk mengurangi risiko kesalahan komunikasi dalam instruksi medis.

Untuk memastikan kesinambungan perawatan, sistem serah-terima pasien antar shift dan antar tim medis harus dilakukan dengan standar yang jelas, seperti metode SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). Rumah sakit juga harus memastikan implementasi pedoman klinis berbasis bukti serta sistem pemantauan yang mengukur efektivitas tata kelola klinis secara berkala. Dengan penerapan tata kelola klinis yang efektif, rumah sakit dapat meningkatkan keselamatan pasien, mengurangi kejadian tidak diharapkan, serta memperkuat budaya keselamatan di seluruh lini pelayanan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
1-- Cr C.1.1.1 Pimpinan rumah sakit menjaga saluran komunikasi yang efektif di seluruh rumah sakit, termasuk untuk hasil kritis yang mendesak.	■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 2.3, 2.4: Kriteria ini sejalan dengan Strategi 2.3 karena menekankan peran kepemimpinan rumah sakit dalam memastikan keselamatan melalui komunikasi efektif. Selain itu, penggunaan saluran komunikasi terstruktur juga terkait Strategi 2.4 yang mengadopsi pendekatan faktor manusia untuk mengurangi kesalahan komunikasi.	1 0,5 0 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Strategi komunikasi.</li> <li>2) Proses komunikasi untuk hasil kritis yang mendesak.</li> <li>3) Penggunaan teknologi informasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar hasil kritis yang mendesak yang dikembangkan oleh komite medik.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur terkait saluran komunikasi untuk hasil kritis yang mendesak.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur komunikasi untuk hasil kritis yang mendesak.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur komunikasi hasil kritis yang mendesak.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat (Starkes 2024) TKRS 3.1, SKP 2</li> </ul>		
<b>2-- Cr C.1.1.2 Rumah sakit menerapkan daftar periksa keselamatan bedah dan mematuhi pedoman, termasuk pedoman WHO tentang pembedahan yang aman.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Hal ini sesuai dengan Strategi 3.1 yang menganjurkan identifikasi dan mitigasi risiko pada prosedur klinis berisiko tinggi. Penerapan daftar periksa pembedahan yang aman (sesuai pedoman WHO) merupakan praktik berbasis bukti yang mengurangi risiko kesalahan pada tindakan operasi.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk memastikan identitas pasien, lokasi pembedahan, dan prosedur bedah yang benar.</li> <li>2) Daftar periksa keselamatan bedah digunakan di ruang operasi untuk setiap prosedur bedah.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk memastikan identitas pasien, lokasi pembedahan, dan prosedur bedah yang benar.</li> <li>2) Daftar periksa keselamatan bedah yang digunakan di ruang operasi untuk setiap prosedur bedah.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman keselamatan bedah.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman keselamatan bedah yang relevan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat SKP 4.</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>3-- Cr C.1.1.3 Rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan pengakuan dan respons terhadap penurunan kondisi klinis pasien di seluruh rumah sakit.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Kriteria ini mendukung Strategi 3.1, karena sistem untuk mengenali dan merespons penurunan kondisi pasien merupakan upaya proaktif mencegah cedera yang dapat dihindari dalam proses perawatan klinis.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur terkait pengakuan dan respons terhadap penurunan kondisi klinis pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengembangkan, menerapkan, dan memelihara sistem di seluruh rumah sakit untuk pengakuan dan respons terhadap penurunan kondisi klinis pasien.</li> <li>1) Proses untuk mengukur dan mendokumentasikan pengamatan menggunakan lembar observasi umum, termasuk laju pernapasan, saturasi oksigen, tekanan darah, denyut jantung, suhu, tingkat kesadaran, dll.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2.3</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>4-- Cr C.1.1.4 Rumah sakit meminimalkan penggunaan perintah verbal dan telepon serta transmisi hasil pemeriksaan, dan menerapkan “read back” ketika komunikasi verbal diperlukan.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2.4, 6.5: Pembatasan perintah verbal dan penerapan “read back” mengacu pada prinsip faktor manusia (Strategi 2.4) untuk mencegah kesalahan komunikasi. Langkah ini juga didukung Strategi 6.5 melalui penerapan solusi digital (misalnya rekam medis elektronik) yang mengurangi ketergantungan pada instruksi lisan, sehingga meningkatkan akurasi komunikasi.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan penggunaan perintah telepon dan verbal, termasuk:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pembatasan penggunaan.</li> <li>- “Read back.”</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur komunikasi efektif, termasuk “read back” di mana perintah verbal atau telepon dicatat secara lengkap oleh penerima, kemudian dibacakan kembali dan dikonfirmasi oleh pemberi perintah.</li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<p>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur komunikasi efektif.</p> <p>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur komunikasi efektif.</p> <p>■ Lihat SKP 2, PKPO 4.1</p>		
<p><b>5-- Cr C.1.1.5 Rumah sakit memiliki sistem untuk penyerahan pasien yang aman dan menyeluruh antar tim klinis dan antar shift.</b></p>	<p>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.5, 2.4: Kriteria ini terkait dengan Strategi 3.5 karena serah-terima pasien antar shift/tim adalah titik transisi perawatan yang rentan, sehingga perlu diatur untuk menjaga keselamatan pasien. Penggunaan prosedur standar (misalnya SBAR dalam handover) juga sejalan dengan Strategi 2.4 yang mendorong komunikasi terstandarisasi untuk mengurangi potensi miskomunikasi.</p> <p>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:</p> <p>1) Kebijakan dan prosedur penyerahan pasien mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semua disiplin ilmu.</li> <li>- Pergantian shift.</li> <li>- SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).</li> </ul> <p>■ Elemen yang dapat diukur:</p> <p>1) Kebijakan dan prosedur serah-terima pasien.</p> <p>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur serah-terima pasien.</p> <p>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penyerahan pasien.</p> <p>■ Lihat SKP 2, AKP 4</p>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>6-- Cr C.1.1.6 Rumah sakit menerapkan pedoman dan jalur perawatan persalinan yang aman.</b></p>	<p>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Penerapan pedoman persalinan aman sejalan dengan Strategi 3.1, karena layanan kebidanan merupakan salah satu area klinis yang perlu dijamin keamanannya dengan praktik berbasis bukti. Langkah ini mendukung upaya mengidentifikasi dan mengurangi risiko komplikasi pada ibu dan bayi sesuai standar global.</p> <p>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :</p> <p>1) Pedoman/jalur perawatan persalinan yang berbasis bukti.</p>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2) Informasi kepada pasien tentang persalinan yang aman.</li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penyediaan informasi kepada pasien mengenai persalinan yang aman oleh staf.</li> <li>2) Daftar periksa persalinan yang aman.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman persalinan yang aman.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap daftar periksa persalinan yang aman.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 7, PROGNAS 1</li> </ul>		
<b>7-- Co C.1.2.1 Rumah sakit memiliki proses untuk mengembangkan pedoman klinis serta komite pembentuk panduan praktik klinis yang bertemu secara rutin untuk memilih dan memastikan penerapan pedoman, protokol, dan daftar periksa yang relevan dengan keselamatan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2.2: Pembentukan proses dan komite panduan praktik klinis mengacu pada Strategi 2.2, yaitu pengoperasian kerangka tata kelola yang efektif dalam sistem pelayanan kesehatan. Dengan komite ini, rumah sakit memastikan pengembangan dan implementasi pedoman klinis berbasis bukti secara konsisten, sehingga tata kelola klinis mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pembentukan komite medis atau komite tenaga kesehatan sebagai penyusun panduan praktik klinis dan pengembangan kerangka acuan.</li> <li>2) Prioritisasi pedoman klinis, daftar periksa, dan kebijakan yang akan dikembangkan.</li> <li>3) Pedoman praktik klinis berdasarkan lima diagnosis teratas dan lima penyakit berisiko tinggi, termasuk pedoman WHO jika tersedia.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Terdapat komite medis atau tenaga kesehatan yang mengembangkan panduan praktik klinis sebagai pedoman klinis lokal.</li> <li>2) Panduan praktik klinis berdasarkan lima diagnosis teratas dan lima penyakit berisiko tinggi, termasuk pedoman WHO jika tersedia.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman praktik klinis yang relevan.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman praktik klinis yang relevan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PMKP 7</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>8— Co C.1.2.2</b> Rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan komunikasi yang aman tentang hasil tes yang tertunda kepada pasien dan penyedia layanan setelah pasien dipulangkan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.5, 4.5: Mengomunikasikan hasil tes yang tertunda pasca pemulangan pasien selaras dengan Strategi 3.5 tentang keselamatan dalam transisi perawatan. Langkah ini juga mendukung Strategi 4.5, karena memastikan pasien memperoleh informasi penting untuk tindak lanjut perawatan mereka, sehingga pasien dan keluarga lebih terlibat dan waspada terhadap kesehatannya.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk memastikan komunikasi yang aman mengenai hasil tes yang tertunda kepada pasien dan penyedia layanan setelah pasien dipulangkan.</li> <li>2) Penggunaan teknologi informasi dan media sosial.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk komunikasi yang aman mengenai hasil tes yang tertunda.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur yang relevan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur yang relevan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat: AKP 5, AKP 5.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>9-- Co C.1.2.3</b> Rumah sakit memastikan prosedur diagnostik invasif dilakukan dengan aman dan sesuai dengan pedoman standar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Kriteria ini mendukung Strategi 3.1, sebab memastikan prosedur diagnostik invasif dilakukan secara aman sesuai pedoman merupakan bagian dari menjamin setiap proses klinis bebas dari bahaya yang dapat dicegah. Standar prosedur yang jelas mengurangi risiko komplikasi atau kesalahan pada tindakan invasif.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman untuk lima prosedur diagnostik invasif utama.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman untuk lima prosedur diagnostik invasif utama.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman untuk prosedur diagnostik invasif.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman untuk prosedur diagnostik invasif.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 1.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	



<p><b>10--Co C.1.2.4 Rumah sakit menerapkan pedoman untuk mengurangi kejadian tromboemboli vena (deep venous thrombosis dan emboli paru).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Penerapan pedoman pencegahan tromboemboli vena sesuai dengan Strategi 3.1. Ini merupakan upaya proaktif mengidentifikasi area risiko (misalnya risiko DVT/emboli paru) dan menerapkan intervensi berbasis bukti untuk mencegah harm pada pasien akibat kejadian tersebut.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami deep venous thrombosis dan emboli paru serta memberikan tromboprolaksis yang sesuai.</li> <li>2) Informasi yang diberikan staf kepada pasien mengenai risiko deep venous thrombosis dan cara pencegahannya.</li> <li>3) Pedoman untuk mengurangi deep venous thrombosis dan emboli paru.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami tromboemboli vena (deep venous thrombosis dan emboli paru) serta memberikan tromboprolaksis yang sesuai.</li> <li>2) Informasi yang diberikan staf kepada pasien mengenai risiko tromboemboli vena dan cara pencegahannya.</li> <li>3) Pedoman untuk mengurangi risiko tromboemboli vena (deep venous thrombosis dan emboli paru).</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman untuk mengurangi tromboemboli vena.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman untuk mengurangi tromboemboli vena.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
---	--	------------------------	--

<p><b>11--Co C.1.2.5 Rumah sakit melakukan skrining terhadap pasien untuk mengidentifikasi mereka yang rentan terhadap bahaya dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Kegiatan skrining pasien rentan dan pemberian intervensi pencegahan sejalan dengan Strategi 3.1. Dengan mengidentifikasi pasien berisiko tinggi terhadap bahaya (misalnya pasien geriatrik atau imunosupresi) dan mengambil tindakan mitigasi, rumah sakit menjalankan prinsip eliminasi bahaya yang dapat dihindari dalam perawatan klinis.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses yang mencakup kebijakan dan prosedur untuk pengkajian awal dan berkelanjutan guna mengidentifikasi serta menangani pasien yang berisiko mengalami:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Luka tekan.</li> <li>- Risiko bunuh diri.</li> <li>- Infeksi.</li> <li>- Kebutuhan nutrisi.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses yang mencakup kebijakan dan prosedur untuk pengkajian awal dan berkelanjutan guna mengidentifikasi serta menangani pasien yang berisiko mengalami luka tekan, risiko bunuh diri, infeksi, dan kebutuhan nutrisi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>12--Co C.1.2.6 Rumah sakit memiliki daftar singkatan medis, simbol, dan penulisan dosis yang disetujui untuk digunakan di lingkungan rumah sakit.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2.4: Pembuatan daftar singkatan, simbol, dan format penulisan dosis yang disetujui berkaitan dengan Strategi 2.4, yaitu penerapan prinsip faktor manusia/ergonomi untuk meningkatkan kejelasan komunikasi tertulis dan mengurangi kesalahan obat. Standardisasi ini mencegah misinterpretasi yang dapat membahayakan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar singkatan medis yang disetujui.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar singkatan medis yang disetujui untuk digunakan dalam dokumentasi medis.</li> <li>2) Daftar singkatan, simbol, dan penulisan dosis yang berbahaya serta dilarang digunakan di rumah sakit.</li> </ol> </li> </ul>		

	<p>3) Penerapan daftar ini di semua dokumentasi medis, baik yang ditulis tangan maupun yang menggunakan sistem elektronik.</p> <p>4) Catatan pelatihan staf mengenai penerapan daftar singkatan yang disetujui dan larangan penggunaan singkatan berbahaya.</p> <p>5) Proses untuk mengidentifikasi penggunaan singkatan medis yang tidak disetujui serta penggunaan simbol dan penulisan dosis yang berbahaya.</p> <p>■ Lihat MRMK 9</p>	1 0,5 0	
<b>13--Co C.1.2.7 Rumah sakit memiliki proses untuk mengintegrasikan dan mengoordinasikan perawatan yang diberikan kepada setiap pasien, baik dalam satu departemen maupun antar departemen, serta dengan layanan eksternal yang relevan</b>	<p>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.5: Upaya integrasi dan koordinasi perawatan lintas departemen dan lintas layanan selaras dengan Strategi 3.5. Pendekatan ini menekankan keselamatan pasien di seluruh tahapan pelayanan, memastikan kesinambungan informasi dan rencana terapi saat pasien berpindah antar tim atau fasilitas. Dengan demikian, risiko kesenjangan perawatan atau miskomunikasi yang dapat membahayakan pasien dapat dikurangi.</p> <p>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :</p> <p>1) Proses untuk memastikan perawatan yang berpusat pada pasien.</p> <p>■ Elemen yang Dapat Diukur:</p> <p>1) Dokumen pedoman dan instruksi untuk layanan kesehatan mengenai koordinasi perawatan, termasuk ketentuan yang memastikan keterlibatan pasien atau tidak.</p> <p>2) Kebijakan yang memastikan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien dan keterlibatan komunitas.</p> <p>3) Protokol bersama serta komite yang bertanggung jawab atas perencanaan terapi bersama untuk setiap pasien.</p> <p>■ Lihat AKP 3</p>	1 0,5 0	

<p><b>14--Co C.1.2.8 Rumah sakit melakukan skrining terhadap pasien untuk mengidentifikasi mereka yang berisiko jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko tersebut.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.1: Kriteria ini terkait langsung dengan Strategi 3.1, di mana rumah sakit diharapkan mengidentifikasi risiko umum seperti risiko jatuh dan menerapkan langkah pencegahan yang sesuai. Program skrining dan pencegahan pasien jatuh merupakan contoh konkret mitigasi bahaya berbasis bukti dalam praktik klinis sehari-hari.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi pasien berisiko jatuh dengan menggunakan alat pengkajian berbasis bukti (contoh: Morse Falls Scale, Humpty Dumpty Falls Scale).</li> <li>- Pengkajian awal dan berkelanjutan terhadap pasien yang berisiko jatuh.</li> <li>- Mengurangi risiko jatuh.</li> <li>- Manajemen jika pasien berisiko tinggi jatuh.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses pengkajian awal dan berkelanjutan terhadap pasien yang berisiko jatuh, mengidentifikasi mereka, serta menetapkan manajemen risiko proaktif untuk mengurangi risiko jatuh.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk pengkajian awal dan berkelanjutan terhadap pasien yang berisiko jatuh.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk mengurangi risiko jatuh.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk mengurangi risiko jatuh.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk mengurangi risiko jatuh.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2, SKP 6, SKP 6.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--

**Standar C.2: Rumah sakit memiliki sistem untuk mengurangi risiko infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs).**

**Cr-3, Co-8, D-1**

**Maksud dan Tujuan**

Infeksi terkait layanan kesehatan (*Healthcare-Associated Infections* - HAIs) merupakan ancaman serius yang dapat meningkatkan morbiditas, mortalitas, dan beban biaya perawatan. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang terstruktur dan berbasis bukti untuk mengurangi risiko penularan infeksi di fasilitas kesehatan.

Program PPI harus mencakup pembentukan komite khusus yang mengawasi implementasi kebijakan pengendalian infeksi, pemantauan kepatuhan staf terhadap protokol PPI, serta pelatihan berkala bagi tenaga medis dan non-medis. Rumah sakit juga wajib memastikan bahwa prosedur sterilisasi, desinfeksi, serta kebersihan tangan dilakukan sesuai dengan pedoman WHO dan standar nasional.

Selain itu, penerapan protokol isolasi bagi pasien dengan penyakit menular, penggunaan antibiotik yang rasional untuk mencegah resistensi antimikroba, serta program skrining kesehatan bagi staf harus menjadi bagian dari strategi pengendalian infeksi. Rumah sakit juga perlu mengembangkan sistem surveilans yang dapat mengidentifikasi pola infeksi, mengukur tren kejadian HAIs, serta melakukan intervensi yang tepat waktu. Dengan sistem pengendalian infeksi yang efektif, rumah sakit dapat menciptakan lingkungan perawatan yang lebih aman, mengurangi risiko penularan penyakit, serta meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara keseluruhan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>15--Cr C.2.1.1</b> <b>Rumah sakit memiliki program terkoordinasi untuk semua aktivitas pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang melibatkan semua disiplin ilmu.</b>	■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 3.3: Adanya program PPI terpadu di seluruh rumah sakit mendukung Strategi 3.3 yang menuntut penerapan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian infeksi berbasis bukti. Dengan melibatkan semua disiplin, program ini memastikan budaya keselamatan infeksi dijalankan secara menyeluruh guna menurunkan risiko infeksi terkait perawatan.	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kerangka acuan untuk komite PPI.</li> <li>2) Risalah rapat komite PPI.</li> <li>3) Panduan, rencana, dan manual PPI.</li> <li>4) Adopsi strategi perbaikan multimodal WHO untuk program pencegahan dan pengendalian infeksi yang efektif.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Struktur organisasi PPI.</li> <li>2) Kerangka acuan dan surat keputusan untuk komite PPI.</li> <li>3) Risalah rapat komite PPI.</li> <li>4) Panduan, rencana, dan manual PPI.</li> <li>5) Kebijakan dan prosedur PPI.</li> <li>6) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur PPI.</li> <li>7) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur PPI.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 1, PPI 1.1, PPI 2</li> </ul>		
<b>16--Cr C.2.1.2 Rumah sakit memastikan pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi semua peralatan dilakukan dengan benar.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Kriteria ini sejalan dengan Strategi 3.3, karena pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan medis yang tepat adalah langkah kritis dalam mencegah infeksi di fasilitas kesehatan. Tindakan ini merupakan bagian dari standar PPI berbasis bukti untuk menjamin layanan klinis yang aman dari risiko penularan infeksi.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 4</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>17--Cr C.2.1.3 Rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur untuk pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Pembuatan kebijakan dan prosedur sterilisasi/disinfeksi peralatan mencerminkan Strategi 3.3, yang menggarisbawahi pentingnya pendekatan sistematis dalam pencegahan infeksi. Dengan adanya kebijakan tertulis ini, rumah sakit memastikan konsistensi dan kepatuhan terhadap praktik PPI yang aman di setiap unit layanan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Struktur organisasi PPI.</li> <li>2) Elemen yang Dapat Diukur :</li> <li>3) Struktur organisasi PPI.</li> <li>4) Kerangka acuan dan deskripsi tugas bagi individu yang bertanggung jawab terhadap PPI.</li> <li>5) Laporan pemantauan rutin yang disusun oleh individu yang bertanggung jawab dan disampaikan kepada pimpinan terkait untuk mengatasi kesenjangan dan tantangan yang teridentifikasi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 1, PPI 1.1, PPI 4</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>18--Co C.2.2.1 Rumah sakit mematuhi pedoman berbasis bukti untuk pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), termasuk strategi perbaikan multimodal WHO untuk program PPI yang efektif.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Penerapan pedoman PPI berbasis bukti, termasuk strategi multimodal WHO, menunjukkan pelaksanaan Strategi 3.3 secara langsung. Rumah sakit mengadopsi langkah-langkah PPI terkini sesuai rekomendasi WHO untuk menurunkan angka infeksi terkait layanan kesehatan dan mencegah terjadinya resistensi antimikroba.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman yang diakui untuk PPI, termasuk pedoman WHO.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman yang diakui untuk PPI, termasuk pedoman WHO.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman PPI.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman PPI.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 1, PPI 1,1, PPI 3, PPI 13</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>19--Co C.2.2.2 Rumah sakit memastikan ketersediaan berkelanjutan alat dan perlengkapan PPI yang esensial dan berfungsi.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Ketersediaan berkesinambungan peralatan dan bahan PPI esensial mendukung Strategi 3.3. Tanpa sumber daya PPI yang cukup (misalnya APD, desinfektan), upaya pencegahan infeksi tidak dapat dijalankan efektif; oleh karena itu rumah sakit memastikan suplai PPI selalu ada untuk mendukung keamanan pasien dan petugas.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk perlengkapan dan peralatan PPI.</li> <li>2) Elemen yang Dapat Diukur:</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk perlengkapan dan peralatan PPI.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk perlengkapan dan peralatan PPI.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk perlengkapan dan peralatan PPI.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 10</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>20--Co C.2.2.3 Rumah sakit memiliki protokol isolasi yang berfungsi, termasuk definisi dan tindakan pencegahan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Memiliki protokol isolasi yang efektif sejalan dengan Strategi 3.3, karena isolasi pasien infeksius dengan benar adalah langkah kunci pencegahan penularan infeksi di rumah sakit. Pedoman yang jelas tentang kriteria isolasi dan tindakan pencegahannya membantu meminimalkan risiko wabah infeksi nosokomial.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur protokol isolasi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur protokol isolasi.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur protokol isolasi.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur protokol isolasi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PP 10, PPI 10.1</li> </ul>	1 0,5 0	



<p><b>21--Co C.2.2.4 Rumah sakit menerapkan kebijakan dan prosedur untuk penggunaan antibiotik yang rasional guna mengurangi resistensi serta memiliki program pengelolaan antimikroba yang aktif</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Kebijakan penggunaan antibiotik secara rasional dan program penatagunaan antibiotik (PGA) memenuhi tujuan Strategi 3.3 terkait pencegahan infeksi dan resistensi antimikroba. Langkah ini memastikan antibiotik digunakan secara bijak untuk mencegah infeksi oleh bakteri resisten serta melindungi pasien dari bahaya penggunaan antibiotik berlebihan/tidak tepat.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pendekatan multidisiplin yang melibatkan setidaknya Komite PPI, Komite PPRA, farmasi, klinisi, manajemen rumah sakit, dan mikrobiologi.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk penggunaan antibiotik yang rasional guna mengurangi resistensi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pendekatan multidisiplin dalam pengelolaan antibiotik yang mencakup Komite PPI, Komite PPRA, farmasi, klinisi, manajemen rumah sakit, dan mikrobiologi.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk penggunaan antibiotik yang rasional guna mengurangi resistensi.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk penggunaan antibiotik yang rasional dan pengelolaan antimikroba.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penggunaan antibiotik yang rasional dan pengelolaan antimikroba.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PROGNAS 6, PROGNAS 6.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>22--Co C.2.2.5 Rumah sakit menerapkan pedoman yang diakui untuk kebersihan tangan, termasuk pedoman WHO.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Penerapan pedoman kebersihan tangan (termasuk 5 momen cuci tangan WHO) langsung mendukung Strategi 3.3. Kebersihan tangan adalah komponen utama pencegahan infeksi; dengan mengikuti standar global ini, rumah sakit memastikan praktik cuci tangan yang konsisten untuk mencegah terjadinya infeksi terkait perawatan.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman yang diakui untuk kebersihan tangan, termasuk pedoman WHO.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman yang diakui untuk kebersihan tangan, termasuk pedoman WHO.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman kebersihan tangan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman kebersihan tangan, termasuk praktik mencuci tangan dan desinfeksi tangan di seluruh rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 11, SKP 5</li> </ul>		
<b>23--Co C.2.2.6 Staf diskriminasi sebelum bekerja dan secara berkala sesuai praktik terbaik, serta setelahnya untuk kolonisasi dan infeksi yang dapat ditularkan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Skrining kesehatan staf sebelum dan selama bekerja sesuai praktik terbaik berkaitan dengan Strategi 3.3, karena langkah ini bagian dari upaya mencegah penularan infeksi di fasilitas kesehatan. Dengan memastikan petugas tidak menjadi sumber penularan (melalui deteksi dini kolonisasi/infeksi), rumah sakit melindungi pasien dan rekan kerja dari risiko infeksi terkait perawatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rekam kesehatan staf.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur skrining staf.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rekam kesehatan staf.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur skrining staf.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur skrining staf.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur skrining staf.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 9</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>24--Co C.2.2.7 Rumah sakit mengambil tindakan untuk melindungi staf dan relawan dari infeksi terkait layanan kesehatan, termasuk pemberian vaksinasi hepatitis B.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3, 5.5: Tindakan melindungi staf dan relawan dari infeksi (misalnya vaksinasi Hepatitis B) mendukung Strategi 3.3 sekaligus 5.5. Dari sisi PPI (3.3), melindungi petugas kesehatan mencegah penyebaran infeksi ke pasien; sementara dari sisi tenaga kesehatan (5.5), upaya ini memastikan lingkungan kerja yang aman bagi staf melalui perlindungan kesehatan dan keselamatan mereka.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk perlindungan staf dan relawan dari infeksi terkait layanan kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk perlindungan staf dan relawan dari infeksi terkait layanan kesehatan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur perlindungan staf dan relawan dari infeksi terkait layanan kesehatan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur perlindungan staf dan relawan dari infeksi terkait layanan kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat KPS 9</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>25--Co C.2.2.8 Rumah sakit mematuhi manajemen bundle di mana pun sesuai.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3: Kepatuhan terhadap <i>bundle</i> pencegahan infeksi yang relevan sejalan dengan Strategi 3.3. <i>Bundle</i> adalah paket intervensi berbasis bukti (contoh: ventilator bundle untuk mencegah VAP) yang terbukti meningkatkan keselamatan pasien. Dengan menerapkan bundle secara konsisten, rumah sakit memperkuat pencegahan infeksi sesuai standar keselamatan global.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman manajemen bundle untuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unit perawatan intensif (ICU), termasuk VAP dan CLABSI.</li> <li>- Umum, termasuk ISK dan sepsis berat.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman manajemen bundle.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai manajemen bundle.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap implementasi manajemen bundle.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2</li> </ul>		
<b>26--D C.2.3.1 Rumah sakit memiliki sistem surveilans untuk infeksi terkait layanan kesehatan (Healthcare-Associated Infections/HAIs).</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.3, 6.3: Pengembangan sistem surveilans infeksi nosokomial memenuhi Strategi 6.3, yang mendorong penguatan sistem pemantauan keselamatan pasien untuk mengetahui insiden dan penyebab harm. Langkah ini juga bagian dari Strategi 3.3, karena memantau pola infeksi terkait perawatan memungkinkan evaluasi efektivitas program PPI serta intervensi cepat jika terjadi peningkatan kasus.</li> <li>■ Panduan untuk Bukti Kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur sistem surveilans untuk infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs), termasuk:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infeksi pada lokasi operasi.</li> <li>- Pemantauan tingkat infeksi.</li> <li>- Analisis data untuk mengidentifikasi kluster, tren, dan wabah.</li> <li>- Penyebaran informasi mengenai temuan tersebut kepada pihak terkait.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk melacak tingkat infeksi, menganalisis data untuk mengidentifikasi kluster, tren, dan wabah, serta membagikan informasi kepada pihak terkait.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk sistem surveilans infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs).</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur sistem surveilans infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs).</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 3</li> </ul>	1 0,5 0	

## Standar C.3 Rumah sakit memastikan keselamatan darah dan produk darah.

### Cr-2, Co-2, D-0

#### Maksud dan Tujuan

Keselamatan darah dan produk darah merupakan aspek kritis dalam pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keselamatan pasien. Rumah sakit harus menerapkan sistem yang memastikan setiap tahap pengelolaan darah—mulai dari donor, skrining, penyimpanan, distribusi, hingga transfusi—mematuhi standar keselamatan berbasis bukti, termasuk pedoman dari WHO dan regulasi nasional.

Proses skrining darah harus dilakukan secara ketat untuk mendeteksi potensi infeksi menular, seperti HIV, hepatitis B dan C, serta penyakit lain yang dapat membahayakan pasien. Selain itu, sebelum transfusi, rumah sakit harus memastikan uji kecocokan (*cross-matching*) menggunakan minimal dua penanda identitas pasien untuk mencegah kesalahan transfusi.

Rumah sakit juga perlu memiliki kebijakan mengenai penggunaan darah dan produk darah yang rasional, termasuk alternatif pengganti jika memungkinkan, untuk mengurangi risiko komplikasi transfusi. Selain itu, sistem pemantauan insiden pasca-transfusi harus diterapkan guna mendeteksi dan menangani reaksi yang tidak diinginkan. Dengan penerapan sistem yang ketat dan berbasis bukti, rumah sakit dapat meningkatkan keselamatan pasien, mencegah risiko infeksi dan komplikasi akibat transfusi, serta memastikan bahwa darah dan produk darah yang digunakan aman dan berkualitas tinggi.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>27--Cr C.3.1.1 Rumah sakit menerapkan pedoman, termasuk pedoman WHO, mengenai kualitas dan keamanan darah serta produk darah.</b>	■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 3.4: Pelaksanaan pedoman mutu dan keamanan darah (termasuk pedoman WHO) selaras dengan Strategi 3.4 yang bertujuan menjamin keamanan seluruh produk medis, termasuk darah dan komponennya. Dengan mengikuti standar internasional dalam manajemen darah, rumah sakit memastikan proses donor, skrining, penyimpanan hingga transfusi darah berlangsung aman dan meminimalkan risiko bagi pasien.	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman, termasuk pedoman WHO, tentang keamanan darah dan produk darah.</li> <li>2) Pedoman tentang prosedur administrasi darah dan produk darah yang aman.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk prosedur pra-transfusi yang aman, termasuk perekrutan, seleksi, dan retensi donor darah sukarela serta skrining darah (misalnya HIV dan hepatitis B serta C).</li> <li>4) Pedoman mengenai penggunaan darah dan produk darah yang aman dan sesuai, termasuk penggunaan cairan alternatif.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman, termasuk pedoman WHO, tentang keamanan darah dan produk darah.</li> <li>2) Pedoman tentang prosedur administrasi darah dan produk darah yang aman.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman keamanan darah dan produk darah.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman keamanan darah dan produk darah.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2.7</li> </ul>		
<b>28--Cr C.3.1.2 Rumah sakit memastikan bahwa sampel darah pasien untuk uji kecocokan (cross-matching) diidentifikasi dengan dua penanda unik.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.4, 2.4: Kebijakan identifikasi sampel darah dengan dua penanda unik mendukung Strategi 3.4 dalam konteks keamanan transfusi darah. Tindakan verifikasi ganda ini juga merupakan penerapan prinsip faktor manusia (Strategi 2.4) – menggunakan dua identitas memastikan pasien menerima darah yang tepat, sehingga mencegah kesalahan transfusi yang dapat berakibat fatal.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk uji kecocokan sampel darah.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk uji kecocokan sampel darah.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk uji kecocokan sampel darah.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<p>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur uji kecocokan sampel darah.</p> <p>■ Lihat 2.7</p>		
<p><b>29--Co C.3.2.1 Rumah sakit mematuhi pedoman tentang penggunaan darah dan produk darah yang aman dan sesuai, termasuk penggunaan cairan alternatif.</b></p>	<p>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.4: Kriteria ini sesuai dengan Strategi 3.4, karena memastikan penggunaan darah dan produk darah mengikuti pedoman menjamin transfusi dilakukan hanya bila indikasi dan dengan cara yang aman. Upaya penerapan transfusi rasional (termasuk alternatif selain transfusi bila mungkin) mengurangi risiko komplikasi dan mencegah pasien menerima terapi darah yang tidak perlu.</p> <p>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :</p> <p>1) Pedoman praktik klinis untuk mengurangi kehilangan darah dan kebutuhan transfusi darah.</p> <p>■ Elemen yang Dapat Diukur:</p> <p>1) Pedoman tentang penggunaan darah dan produk darah yang aman dan sesuai, termasuk penggunaan cairan alternatif.</p> <p>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman penggunaan darah dan produk darah yang aman dan sesuai, termasuk penggunaan cairan alternatif.</p> <p>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman penggunaan darah dan produk darah yang aman dan sesuai, termasuk penggunaan cairan alternatif.</p> <p>■ Lihat PAP 2.7</p>	<p>1 0,5 0</p>	

<b>30--Co C.3.2.2 Rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur untuk manajemen insiden pasca-transfusi darah.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.4, 6.1: Adanya kebijakan/prosedur penanganan insiden pasca-transfusi mendukung Strategi 3.4 dengan memastikan setiap reaksi transfusi atau kejadian tidak diinginkan segera ditangani untuk melindungi pasien. Langkah ini juga terkait Strategi 6.1, karena melibatkan sistem pelaporan dan pembelajaran insiden; melalui evaluasi insiden transfusi, rumah sakit dapat mencegah kesalahan serupa dan meningkatkan praktik keamanan transfusi ke depannya.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk manajemen insiden pasca-transfusi darah.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan untuk manajemen insiden pasca-transfusi darah.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk manajemen insiden pasca-transfusi darah.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur untuk manajemen insiden pasca-transfusi darah.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 2.7</li> </ul>	1 0,5 0	
--	---	---------------	--

## Standar C.4 Rumah sakit memiliki sistem pengelolaan obat yang aman.

### Cr-3, Co-6, D-1

#### Maksud dan Tujuan

Pengelolaan obat yang aman merupakan faktor penting dalam mencegah kesalahan pengobatan, memastikan efektivitas terapi, serta melindungi pasien dari risiko efek samping yang tidak diinginkan. Rumah sakit harus memiliki sistem manajemen obat yang mencakup penyimpanan, distribusi, administrasi, serta pemantauan penggunaan obat sesuai standar nasional dan pedoman WHO.

Setiap tahap dalam siklus pengelolaan obat harus diawasi oleh apoteker klinis yang bertanggung jawab untuk memastikan ketersediaan obat yang aman, termasuk penyimpanan larutan elektrolit dengan konsentrasi tinggi di tempat



yang terkontrol. Rumah sakit juga wajib memiliki kebijakan untuk rekonsiliasi obat saat pasien masuk, pindah, dan keluar dari rumah sakit guna mencegah interaksi obat yang berbahaya.

Selain itu, edukasi pasien dan keluarga tentang penggunaan obat yang benar harus diberikan sebelum pemulangan, termasuk informasi tentang dosis, efek samping, serta interaksi obat dengan makanan. Rumah sakit juga harus menerapkan sistem pemantauan kesalahan pengobatan, mengidentifikasi kejadian nyaris celaka (*near miss*), serta melakukan perbaikan berkelanjutan dalam manajemen obat. Dengan sistem yang terstruktur dan berbasis bukti, rumah sakit dapat meningkatkan keselamatan pasien, mencegah kesalahan pengobatan, serta memastikan efektivitas terapi yang optimal.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>31--Cr C.4.1.1 Seorang apoteker berlisensi menyediakan sistem manajemen obat yang memenuhi kebutuhan pasien, mematuhi peraturan yang berlaku, dan sesuai dengan pedoman WHO.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 3.2: Penunjukan apoteker berlisensi yang memimpin manajemen obat mencerminkan Strategi 3.2, yang menyerukan peningkatan keselamatan dalam pengelolaan pengobatan (<i>Medication Without Harm</i>). Dengan apoteker memastikan kepatuhan regulasi dan pedoman (termasuk pedoman WHO), rumah sakit meningkatkan pengawasan terapi obat dan menurunkan risiko kesalahan maupun efek obat yang merugikan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Deskripsi tugas apoteker klinis.</li> <li>2) Program keamanan obat.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dokumen yang menunjukkan kepatuhan rumah sakit terhadap pedoman WHO mengenai keamanan obat dan sistem manajemen obat.</li> <li>2) Kerangka acuan bagi apoteker berlisensi yang terlibat langsung dalam sistem manajemen obat di rumah sakit untuk memastikan keselamatan.</li> <li>3) Laporan pemantauan yang menunjukkan kebutuhan pasien terkait obat dan bagaimana hal tersebut tercermin dalam sistem manajemen.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 1</li> </ul>	1 0,5 0	

<b>32--Cr C.4.1.2 Rumah sakit menyimpan elektrolit dengan konsentrasi tinggi di tempat yang aman.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2, 2.4: Penyimpanan aman untuk larutan elektrolit berkonsentrasi tinggi terkait Strategi 3.2 sebagai bagian dari upaya <i>Medication Without Harm</i>. Mengamankan obat berisiko tinggi ini (misalnya KCl konsentrat) mencegah kesalahan fatal dalam pemberian. Langkah ini juga sejalan dengan Strategi 2.4, karena penataan penyimpanan obat berbahaya secara khusus merupakan penerapan prinsip ergonomi untuk mencegah kesalahan manusia.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk meniadakan larutan elektrolit dengan konsentrasi tinggi, termasuk kalium klorida, kalium fosfat, dan natrium klorida dari unit rawat inap serta menyimpannya di tempat yang aman.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk meniadakan larutan elektrolit dengan konsentrasi tinggi dan menyimpannya di tempat yang aman.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur pengelolaan elektrolit dengan konsentrasi tinggi.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penyimpanan elektrolit dengan konsentrasi tinggi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 3</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>33--Cr C.4.1.3 Rumah sakit memastikan ketersediaan obat penyelamat jiwa setiap saat.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2: Menjamin ketersediaan obat penyelamat jiwa setiap saat mendukung Strategi 3.2, dengan memastikan pasien tidak terlambat mendapatkan terapi kritis saat dibutuhkan. Ketersediaan berkelanjutan obat-obatan penting ini meningkatkan keandalan proses pengobatan dan mencegah cedera akibat tertundanya pemberian obat yang diperlukan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar obat penyelamat jiwa berdasarkan kebutuhan masing-masing departemen.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Daftar obat penyelamat jiwa berdasarkan kebutuhan masing-masing departemen.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur mengenai ketersediaan obat penyelamat jiwa.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur ketersediaan obat penyelamat jiwa.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur ketersediaan obat penyelamat jiwa.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 3.2</li> </ul>		
<b>34--Co C.4.2.1 Rumah sakit memastikan tulisan tangan yang jelas dalam resep atau perintah dokter.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2, 2.4: Upaya memastikan resep atau instruksi tertulis terbaca jelas selaras dengan Strategi 3.2 karena bertujuan mencegah kesalahan pengobatan akibat salah baca. Ini juga terkait Strategi 2.4, sebab meningkatkan kejelasan tulisan tangan adalah intervensi faktor manusia yang meningkatkan akurasi komunikasi terapi dan mengurangi risiko kesalahan pemberian obat.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk memastikan tulisan tangan yang jelas dalam resep atau perintah dokter.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk memastikan tulisan tangan yang jelas dalam resep atau perintah dokter.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur tulisan tangan yang jelas dalam resep atau perintah dokter.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur tulisan tangan yang jelas dalam resep atau perintah dokter.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 4.1</li> </ul>	1 0,5 0	

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>35--Co C.4.2.2 Rumah sakit memastikan rekonsiliasi obat pada saat pasien masuk, pindah, dan keluar rumah sakit.</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2, 3.5: Rekonsiliasi obat saat masuk, transfer, dan pulang pasien mendukung Strategi 3.2 sebagai bagian dari peningkatan keselamatan pengobatan, memastikan tidak ada obat penting yang terlewat atau duplikasi tidak disengaja. Tindakan ini juga sejalan dengan Strategi 3.5, karena rekonsiliasi menjamin keselamatan pasien dalam transisi perawatan, mencegah kesalahan obat ketika pasien berpindah antar tahap layanan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keamanan obat yang mencakup:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Semua transisi perawatan.</li> <li>- Deskripsi tugas apoteker klinis.</li> <li>- Perencanaan pemulangan.</li> <li>- Polifarmasi dan penghentian obat yang tidak diperlukan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses standar operasional rekonsiliasi obat di seluruh rumah sakit.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur rekonsiliasi obat.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur rekonsiliasi obat.</li> <li>4) Proses rekonsiliasi obat saat pasien masuk, pindah, dan keluar rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 4</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>36--Co C.4.2.3 Rumah sakit memastikan pasien (atau pendamping) diberikan edukasi mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2, 4.5: Memberikan edukasi obat kepada pasien atau keluarganya saat pemulangan sesuai dengan Strategi 4.5, yakni memberdayakan pasien melalui informasi untuk perawatan mandiri yang aman. Hal ini juga mendukung Strategi 3.2, karena edukasi pasien tentang penggunaan obat yang benar merupakan komponen kunci inisiatif <i>Medication Without Harm</i> untuk mencegah kesalahan atau efek samping setelah pasien pulang.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses edukasi pasien dan pendamping tentang penggunaan obat yang aman dan efektif, efek samping yang diharapkan, interaksi dengan obat lain atau makanan, serta manajemen nyeri.</li> <li>2) Catatan medis yang menunjukkan bahwa pasien (atau pendamping) telah diberikan edukasi mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur terkait edukasi pasien mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses edukasi pasien dan pendamping mengenai penggunaan obat yang aman dan efektif.</li> <li>2) Catatan medis yang menunjukkan bahwa pasien telah diberikan edukasi mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur terkait edukasi pasien mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur edukasi pasien mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur edukasi pasien mengenai obat saat keluar dari rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat AKP 5.1, KE 4, KE 7</li> </ul>		
<b>37--Co C.4.2.4 Rumah sakit menstandarisasi dan membatasi jumlah konsentrasi obat yang tersedia.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2, 2.4: Standarisasi dan pembatasan variasi konsentrasi obat sejalan dengan Strategi 3.2, karena langkah ini mengurangi peluang kesalahan dosis dalam terapi (bagian dari peningkatan keselamatan pengobatan). Pendekatan ini juga mencerminkan Strategi 2.4, di mana penataan sistem obat dengan prinsip faktor manusia (mengurangi kompleksitas dan variasi) meningkatkan kemudahan dan akurasi bagi petugas serta menurunkan risiko kekeliruan.</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keamanan obat yang mencakup: Pemilihan dan pengadaan, Penyimpanan obat, Pemesanan dan transkripsi, Persiapan dan distribusi, Administrasi dan tindak lanjut.</li> <li>2) Penekanan khusus pada :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pelabelan dan penyimpanan obat berisiko tinggi, seperti kalium klorida, heparin, dan insulin.</li> <li>- Pelabelan dan penyimpanan obat yang mirip dalam penampilan dan bunyi (look-alike, sound-alike).</li> <li>- Pembuangan obat yang tidak terpakai atau kedaluwarsa.</li> </ul> </li> <li>3) Prosedur khusus untuk area berisiko tinggi, seperti onkologi dan anestesi.</li> <li>4) Proses untuk menstandarisasi dan membatasi jumlah konsentrasi obat di seluruh rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses standarisasi dan pembatasan jumlah konsentrasi obat di seluruh rumah sakit.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur standarisasi dan pembatasan jumlah konsentrasi obat.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur standarisasi dan pembatasan jumlah konsentrasi obat.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur standarisasi dan pembatasan jumlah konsentrasi obat.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PKPO 2</li> </ul>		
<b>38--Co C.4.2.5 Rumah sakit memiliki sistem manajemen nyeri dan mengontrol akses serta penyimpanan produk narkotika sesuai peraturan perundang-undangan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2: Adanya sistem manajemen nyeri berbasis bukti selaras dengan strategi 3.1 serta pengawasan akses dan penyimpanan narkotika mendukung Strategi 3.2. Pengendalian ketat terhadap obat berpotensi disalahgunakan atau berbahaya (seperti opioid) merupakan bagian dari praktik pengobatan aman, yang mencegah penyalahgunaan maupun kesalahan pemberian, serta memastikan pasien mendapat terapi nyeri yang efektif dan aman.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan terkait zat yang dikontrol.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk menilai dan mengelola nyeri saat pengkajian awal dan secara berkala.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur manajemen nyeri.</li> <li>3) Proses untuk mengontrol akses dan penyimpanan narkotika serta produk terbatas.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur manajemen nyeri.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur manajemen nyeri.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PAP 4, PKPO 3</li> </ul>		
<b>39--Co C.4.2.6</b> <b>Rumah sakit memiliki kebijakan dan prosedur yang diterapkan untuk menangani kesalahan pengobatan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.1, 3.2: Kebijakan dan prosedur penanganan insiden kesalahan pengobatan selaras dengan Strategi 6.1, yang mendorong penerapan sistem pelaporan dan pembelajaran insiden keselamatan pasien. Dengan mekanisme untuk menangani dan menganalisis kesalahan obat, rumah sakit dapat memetik pembelajaran dan mencegah kejadian berulang. Inisiatif ini juga mendukung Strategi 3.2, karena penanganan insiden medikasi merupakan komponen penting dalam upaya mengurangi harm terkait obat.</li> <li>■ Panduan untuk Bukti Kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk menangani kesalahan pengobatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rumah sakit menetapkan definisi mengenai kesalahan pengobatan dan kejadian nyaris celaka (near miss).</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk menangani kesalahan pengobatan.</li> <li>3) Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pelaporan serta tindak lanjut terhadap kesalahan pengobatan dan kejadian nyaris celaka.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur untuk menangani kesalahan pengobatan.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penanganan kesalahan pengobatan.</li> <li>6) Perbaikan dilakukan berdasarkan informasi dari laporan serta investigasi yang dilakukan, kemudian disampaikan kepada staf yang relevan guna meningkatkan proses penggunaan obat.</li> <li>7) Staf yang bertanggung jawab atas pelaporan dan tindak lanjut telah ditetapkan.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Lihat PKPO 7.1</li> </ul>		
<b>40--D C.4.3.1 Rumah sakit memiliki apoteker klinis yang berpartisipasi dalam pemesanan obat dan sistem untuk mengidentifikasi interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3.2: Keterlibatan apoteker klinis dalam proses persepsian dan pemantauan interaksi obat mendukung Strategi 3.2. Dengan ahli farmasi secara proaktif mengkaji potensi interaksi obat-obat maupun obat-makanan, rumah sakit meningkatkan keselamatan terapi dan mencegah harm pada pasien sebagai bagian dari target <i>Medication Without Harm</i>.</li> <li>■ Panduan untuk Bukti Kepatuhan : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk meninjau obat yang diresepkan, termasuk sistem peringatan dini untuk interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan, dan rekomendasi alternatif jika ditemukan potensi interaksi.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur farmasi klinis untuk mengidentifikasi interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan.</li> </ul> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur : <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk meninjau obat yang diresepkan, termasuk sistem peringatan dini untuk interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan, dan rekomendasi alternatif jika ditemukan potensi interaksi.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur farmasi klinis untuk mengidentifikasi interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan.</li> </ul> </li> </ul>	1 0,5 0	



	3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur farmasi klinis untuk mengidentifikasi interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan. 4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur farmasi klinis untuk mengidentifikasi interaksi obat dengan obat lain serta interaksi obat dengan makanan. ■ Lihat PKPO 5.1		
--	---	--	--

#### 4. Domain D: Lingkungan yang Aman

**2 Standar, 22 Kriteria, 1 Kritikal (Cr-1), 20 Inti (Co-20), 1 Perkembangan (D-1).**

**Standar D.1 Rumah sakit memiliki lingkungan fisik yang aman dan terjamin bagi pasien, staf, relawan, dan pengunjung.**

**Cr-0, Co-15, D-1**

##### **Maksud dan Tujuan**

Lingkungan fisik yang aman dan terjamin merupakan elemen penting dalam menciptakan rumah sakit yang ramah keselamatan pasien. Rumah sakit harus memastikan bahwa desain, infrastruktur, dan tata kelola lingkungan fisik mendukung keselamatan pasien, staf, relawan, dan pengunjung.

Untuk mencapai hal ini, rumah sakit harus memiliki sistem pemeliharaan lingkungan yang mencakup inspeksi berkala terhadap fasilitas, pemisahan area bersih dan kotor, serta pengelolaan ventilasi dan pencahayaan yang optimal. Selain itu, standar keselamatan kebakaran, jalur evakuasi, serta penandaan area berbahaya harus diterapkan untuk mencegah insiden yang dapat membahayakan keselamatan penghuni rumah sakit.

Rumah sakit juga wajib memiliki kebijakan keamanan yang mencakup pengamanan rekam medis, pengawasan area sensitif seperti ICU dan ruang operasi, serta penggunaan sistem pemantauan seperti CCTV. Selain itu, rumah sakit harus memiliki sistem respons darurat yang siap menghadapi bencana internal maupun eksternal, termasuk kebijakan evakuasi dan pemulihan layanan

esensial seperti listrik dan gas medis. Dengan menerapkan sistem lingkungan yang aman dan berbasis bukti, rumah sakit dapat meningkatkan mutu layanan, mengurangi risiko kecelakaan, serta menciptakan suasana yang kondusif bagi proses penyembuhan pasien.

Kriteria	Keterangan	Skor	
1-- Cr D.1.1.1 Rumah sakit memiliki seorang penanggung jawab yang ditunjuk untuk keselamatan lingkungan dengan dukungan komite multidisiplin.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 1, 2: Adanya penanggung jawab khusus dan komite keselamatan lingkungan menunjukkan komitmen pimpinan RS terhadap budaya keselamatan pasien (Strategi 1 menekankan pola pikir <i>zero harm</i> di semua level serta membangun sistem tata kelola proaktif untuk mencegah bahaya lingkungan. Hal ini sejalan dengan Strategi 2 yang mendorong organisasi kesehatan berkeandalan tinggi yang melindungi pasien setiap hari melalui struktur manajemen risiko (petugas dan komite) yang memastikan lingkungan fisik aman.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Struktur organisasi.</li> <li>2) Kerangka acuan / Program Kerja untuk komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Surat keputusan penunjukan penanggung jawab dengan kerangka acuan (TOR) / Program Kerja.</li> <li>2) Surat keputusan pembentukan komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> <li>3) Kerangka acuan / Program Kerja untuk komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> <li>4) Risalah rapat komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat (Starkes 2024) MFK 2, TKRS 4, SKP 1 dan PMKP 1</li> </ul>	1 0,5 0	
2-- Co D.1.1.2 Desain rumah sakit dioptimalkan untuk menyediakan lingkungan yang aman, termasuk untuk pengendalian infeksi dan pemisahan antara area bersih dan kotor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 3: Desain fisik yang aman mendukung pencegahan infeksi dan mengurangi risiko kecelakaan, selaras dengan tujuan Strategi 3 yang menekankan keamanan setiap proses klinis (misalnya melalui kontrol infeksi dan pemisahan area bersih-kotor yang baik) Selain itu, inisiatif ini merupakan bagian dari pembangunan sistem fasilitas berkeandalan tinggi (Strategi 2) agar lingkungan tidak menjadi sumber bahaya, sehingga operasional RS sehari-hari lebih andal dan aman bagi pasien maupun staf.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> <li>■ Elemen yang dapat diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kepatuhan terhadap peraturan nasional, undang-undang, dan standar bangunan rumah sakit.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jika tidak ada peraturan nasional yang berlaku :</li> <li>- Tanda petunjuk tersedia di seluruh area rumah sakit.</li> <li>- Lantai bebas dari bahaya jatuh (tidak licin, kering).</li> <li>- Lantai sesuai dengan langkah pengendalian infeksi (bersih, tidak retak, dinding melengkung).</li> <li>- Plafon sesuai dengan langkah pengendalian infeksi (bersih, tidak retak, tidak ada yang hilang).</li> <li>- Kamar mandi dilengkapi pegangan tangan.</li> <li>- Pasien dengan kebutuhan khusus memiliki akses ke semua departemen dan kebutuhan (kamar mandi, jalan landai, dll.).</li> <li>- Tersedia bel pasien, berfungsi, dan mudah dijangkau pasien di tempat tidur dan kamar mandi.</li> <li>- Kursi roda dan brankar bersih, berfungsi dengan baik, dan dapat diakses di semua area.</li> <li>- Pencahayaan listrik berfungsi dengan baik atau perlu perbaikan serta cukup terang.</li> <li>- Stop kontak listrik yang aman tersedia di area pediatri.</li> <li>- Area kesehatan jiwa diamankan dengan sekrup anti-rusak.</li> <li>- Semua hal yang berpotensi untuk digunakan sebagai alat bunuh diri seperti batang korden harus dijauhkan..</li> <li>- Pemisahan area bersih dan kotor.</li> <li>- Spesifikasi keselamatan kebakaran dan jalur evakuasi.</li> <li>- Alur sterilisasi dan ruang operasi memastikan pemisahan area masuk dan keluar.</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	
--	---	---------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ventilasi yang baik melalui AC atau ventilasi silang.</li> <li>- Ventilasi memiliki filter udara partikulat efisiensi tinggi (HEPA) dan teratur.</li> <li>- Wastafel tersedia di ruang pasien, klinik, dan pos perawat.</li> <li>- Privasi pasien terjamin.</li> <li>- Kebutuhan spiritual dan keagamaan pasien terpenuhi.</li> <li>- Area konstruksi tertutup untuk mengurangi debu, kebisingan, dan getaran serta diamankan.</li> <li>- Ruangan dengan tekanan positif tersedia dan teratur.</li> </ul> <p>■ Lihat MFK 5, MFK 5.1, MFK 6, PPI 3, SKP 3.</p>		
<b>3-- Co D.1.1.3</b> <b>Rumah sakit</b> <b>memiliki program</b> <b>pemeliharaan</b> <b>preventif untuk</b> <b>peralatan medis dan</b> <b>lingkungan fisik.</b>	<p>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 6: Program pemeliharaan preventif memastikan fasilitas dan peralatan selalu dalam kondisi laik dan aman, sehingga mencegah kegagalan yang dapat membahayakan pasien. Langkah ini mendukung Strategi 2 (membangun sistem yang andal) dengan menjadikan infrastruktur RS tahan terhadap kerusakan atau malfungsi. Juga, ini sejalan dengan Strategi 6 yang menekankan penggunaan informasi dan upaya mitigasi risiko proaktif – data inspeksi rutin dan pemeliharaan terjadwal digunakan untuk mengidentifikasi potensi bahaya sebelum menimbulkan insiden.</p> <p>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Risalah rapat komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> <li>2) Catatan program pemeliharaan preventif untuk lingkungan fisik.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur untuk keselamatan bangunan.</li> </ol> <p>■ Elemen yang Dapat Diukur:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Risalah rapat komite keselamatan lingkungan multidisiplin.</li> <li>2) Catatan program pemeliharaan preventif untuk lingkungan fisik.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur keselamatan bangunan.</li> </ol>	1 0,5 0	

	<p>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur keselamatan bangunan.</p> <p>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur keselamatan bangunan.</p> <p>■ Lihat MFK 1,2,3,6,8,9,10.</p>		
--	---	--	--

<p><b>4-- Co D.1.1.4 Rumah sakit menerapkan program keamanan dan menggunakan area yang aman jika diperlukan.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 5: Program keamanan RS (termasuk pengamanan area-area sensitif) melindungi pasien dan tenaga kesehatan dari ancaman keamanan seperti akses tidak sah, kekerasan, atau pencurian. Ini sesuai dengan Strategi 5 yang menggarisbawahi pentingnya melindungi tenaga kesehatan dalam memberikan perawatan yang aman. Selain itu, adanya prosedur keamanan fisik merupakan bagian dari sistem berkeandalan tinggi (Strategi 2) – memastikan RS memiliki lingkungan terkontrol yang mencegah insiden yang dapat membahayakan keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keamanan yang divalidasi selama inspeksi rumah sakit, termasuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keamanan rekam medis.</li> <li>- Akses terbatas di ICU, ruang bersalin, CSSD, ruang operasi, dan area berbahaya.</li> <li>- Pengamanan troli obat, ruang obat, dan apotek.</li> <li>- CCTV.</li> <li>- Personel keamanan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keamanan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur keamanan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur keamanan.</li> <li>4) Keamanan rekam medis, ruang operasi, ICU, NICU, dan ruang obstetri.</li> <li>5) Keamanan troli obat, ruang obat, dan apotek.</li> <li>6) Pintu ke area berbahaya terkunci sesuai kebutuhan.</li> <li>7) Keamanan bahan berbahaya.</li> <li>8) Staf dan pengunjung mengikuti prosedur keamanan saat memasuki dan meninggalkan area sensitif.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 4, MFK 11, SKP 3.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--

<p><b>5-- Co D.1.1.5</b>  <b>Rumah sakit memastikan bahwa staf mengenakan identifikasi pribadi.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 4: Kebijakan setiap staf memakai identitas (ID badge) berkontribusi pada keamanan dan komunikasi yang efektif. Pasien dapat mengenali petugas dan mengetahui peran mereka, yang meningkatkan kepercayaan dan pelibatan pasien dalam perawatan (sesuai Strategi 4 tentang pemberdayaan pasien dan keluarga dalam menjaga keselamatan). Selain itu, identifikasi staf yang jelas adalah bagian dari protokol keamanan institusi (Strategi 2), mencegah penyusupan orang tak berwenang dan meningkatkan akuntabilitas petugas dalam menjaga lingkungan kerja yang aman.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur mengenai penggunaan tanda pengenal yang terlihat dan seragam.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur mengenai identifikasi staf.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur identifikasi staf.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur identifikasi staf.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 4</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>6-- Co D.1.1.6</b>  <b>Rumah sakit mengembangkan dan menguji rencana tanggap darurat internal dan eksternal.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 7: Adanya rencana tanggap darurat untuk keadaan gawat darurat internal maupun bencana eksternal memastikan RS siap menghadapi insiden tak terduga tanpa mengorbankan keselamatan pasien. Kesiapan ini mendukung Strategi 2 (organisasi dengan keandalan tinggi) karena RS memiliki prosedur terstruktur untuk melindungi pasien/staf saat terjadi kegawatdaruratan. Selain itu, penerapan rencana ini sering kali melibatkan koordinasi dengan pihak luar (mis. pemadam kebakaran, rumah sakit rujukan, BPBD), mencerminkan Strategi 7 yang menekankan sinergi multisektor dan solidaritas dalam meningkatkan keselamatan.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana darurat internal dan eksternal.</li> <li>2) Laporan setelah latihan simulasi rencana darurat internal dan eksternal.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana darurat internal dan eksternal.</li> <li>2) Proses untuk mengukur pelaksanaan latihan simulasi rencana darurat internal dan eksternal.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 9</li> </ul>		
<b>7-- Co D.1.1.7</b> <b>Rumah sakit menyediakan sistem pemantauan yang memberikan peringatan saat layanan kritis seperti listrik, air, dan gas medis dalam kondisi berisiko.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 6: Sistem pemantauan ini akan memberi peringatan dini jika terjadi gangguan pada layanan vital (listrik, air, gas medis), sehingga tindakan cepat dapat diambil sebelum pasien terdampak. Ini adalah bentuk mitigasi risiko proaktif yang selaras dengan Strategi 6 (menjamin aliran informasi untuk mengurangi risiko dan <i>avoidable harm</i> melalui deteksi dini). Secara bersamaan, hal ini memperkuat keandalan operasional fasilitas (Strategi 2), karena RS memiliki mekanisme untuk mencegah terhentinya layanan esensial yang dapat membahayakan keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan pemantauan untuk identifikasi dini risiko pada layanan kritis.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk tanda peringatan.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur respons terhadap peringatan layanan kritis.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur respons terhadap risiko layanan kritis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 8, MFK 10, KPS 8</li> </ul>	1 0,5 0	



<b>8-- Co D.1.1.8</b> <b>Rumah sakit</b> <b>menerapkan</b> <b>program</b> <b>keselamatan</b> <b>kebakaran dengan</b> <b>rencana evakuasi.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 5: Program kesiapsiagaan kebakaran lengkap dengan rencana evakuasi memastikan bila terjadi kebakaran, risiko cedera dan korban dapat diminimalkan. Ini mendukung Strategi 2, karena kesiapsiagaan terhadap kebakaran merupakan ciri organisasi yang andal dan selalu melindungi pasien dari bahaya. Juga, program ini melibatkan pelatihan dan simulasi evakuasi bagi staf, sejalan dengan Strategi 5 yang mencakup edukasi dan perlindungan tenaga kesehatan – petugas terlatih menangani kebakaran akan lebih siap melindungi diri dan pasien, sehingga keselamatan semua pihak terjamin.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keselamatan kebakaran.</li> <li>2) Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur keselamatan terhadap kebakaran dan asap.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur keselamatan terhadap kebakaran dan asap.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur keselamatan kebakaran dan asap.</li> <li>4) Rencana evakuasi kebakaran yang dipasang di seluruh rumah sakit.</li> <li>5) Peralatan pemadam kebakaran, alarm, dan sistem evakuasi dalam kondisi baik.</li> <li>6) Tanda keluar (exit sign) menyala.</li> <li>7) Semua pintu keluar tahan api.</li> <li>8) Rumah sakit memiliki jalur evakuasi dan tangga yang jelas.</li> <li>9) Semua alat pemadam kebakaran memiliki label tanggal dan tanda tangan terbaru.</li> <li>10) Cairan yang mudah terbakar disimpan dengan aman dalam jumlah yang sesuai.</li> <li>11) Tutup pelindung katup terpasang ketika tabung oksigen tidak digunakan.</li> <li>12) Tabung oksigen penuh dan kosong disimpan secara terpisah dalam posisi tegak.</li> <li>13) Semua tabung gas dikaitkan atau diamankan dengan aman.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 1, 2, 6 dan MFK 11</li> </ul>	1 0,5 0	
---	---	---------------	--

<p><b>9-- Co D.1.1.9</b>  <b>Rumah sakit memiliki rencana sistem utilitas yang efektif, termasuk air, gas medis, dan bahan bakar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 6: Rencana sistem utilitas memastikan ketersediaan sumber daya penting (air bersih, gas medis, bahan bakar generator) secara berkelanjutan. Ini bagian dari infrastruktur andal (Strategi 2) di mana kontinuitas layanan dijaga agar perawatan pasien tidak terganggu oleh putusnya utilitas. Selain itu, penyusunan rencana utilitas yang efektif didasarkan pada evaluasi risiko dan standar teknis, sejalan dengan Strategi 6 yang mendorong penggunaan pengetahuan/informasi untuk mengurangi risiko (misalnya, memastikan ada cadangan bahan bakar dan pengecekan kualitas air secara berkala sesuai rekomendasi keselamatan).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan: Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rencana sistem utilitas.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur pemeliharaan preventif sistem utilitas.</li> <li>3) Rencana cadangan sistem utilitas jika terjadi kegagalan atau gangguan.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur pemeliharaan preventif sistem utilitas.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur sistem utilitas.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 8, MFK 8.1, MFK 8.2</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>10--Co D.1.1.10</b>  <b>Rumah sakit memiliki program keselamatan radiasi, termasuk penanggung</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Program keselamatan radiasi (dengan petugas penanggung jawab khusus) melindungi pasien dan petugas dari paparan radiasi berlebihan. Ini jelas mendukung Strategi 3 karena memastikan prosedur klinis yang melibatkan radiasi (seperti X-ray, CT scan, radioterapi) dijalankan secara aman sesuai standar. Kriteria ini juga berkaitan dengan Strategi 5 – perhatian pada keselamatan radiasi mencerminkan upaya melindungi tenaga kesehatan (radiografer, petugas radiologi) dengan menyediakan pelatihan, alat pelindung, dan pemantauan dosis radiasi, sehingga lingkungan kerja mereka aman.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penanggung jawab keselamatan staf dan pasien selama prosedur sinar-X.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur keselamatan radiasi.</li> <li>3) Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Surat keputusan penunjukan penanggung jawab sesuai regulasi rumah sakit.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur keselamatan radiasi.</li> <li>3) Catatan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan staf radiologi dan pencitraan diagnostik mengenai kebijakan dan prosedur keselamatan radiasi.</li> <li>4) Peralatan dan alat pelindung keselamatan sesuai dengan praktik dan risiko radiasi tersedia untuk staf, pasien, dan pengunjung di area layanan radiologi dan pencitraan diagnostik.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur keselamatan radiasi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 2, MFK 5, PP 4, PP 4.1 dan PP 4.2</li> </ul>		
--	--	--	--

<b>11--Co D.1.1.11</b> <b>Rumah sakit</b> <b>memasang tanda</b> <b>peringatan yang</b> <b>menunjukkan area</b> <b>tidak aman.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 4: Pemasangan signage atau rambu peringatan di area berbahaya (misal: area radiasi, lantai licin, zat mudah terbakar) memberi informasi jelas kepada semua orang di RS. Tindakan ini sejalan dengan Strategi 4, karena melibatkan pasien, pengunjung, dan staf dalam menjaga keselamatan dirinya – mereka dapat berpartisipasi menghindari bahaya bila diberi tahu risikonya. Di sisi lain, hal ini bagian dari sistem pencegahan insiden rumah sakit (Strategi 2): memastikan ada peringatan visual sebagai tindakan pencegahan agar insiden kecelakaan di area berisiko dapat dicegah sebelum terjadi.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur mengenai tanda peringatan, termasuk identifikasi zona aman dan pembatasan akses.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur tanda peringatan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur tanda peringatan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 4 dan MFK 5</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>12--Co D.1.1.12</b> <b>Rumah sakit</b> <b>menyediakan</b> <b>makanan dan</b> <b>minuman yang</b> <b>aman dan sesuai</b> <b>bagi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Penyediaan makanan-minuman yang aman (higienis) dan sesuai (nilai gizi/ diet) mencegah keracunan atau infeksi makanan pada pasien serta mendukung pemulihan mereka. Ini terkait Strategi 3, karena keamanan pangan adalah bagian dari proses perawatan pasien yang aman (contoh: pengendalian infeksi lewat higiene dapur yang baik termasuk pemisahan area bersih-kotor di dapur). Selain itu, kriteria ini mencakup perlindungan bagi staf dan pengunjung yang turut mengonsumsi makanan di RS, sejalan dengan Strategi 5 – lingkungan yang aman mencakup menjaga kesehatan petugas (dan pengunjung) dengan makanan yang layak dan tidak menimbulkan bahaya.</li> </ul>		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur mengenai :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Penyediaan makanan dan minuman yang aman bagi pasien, staf, dan pengunjung.</li> <li>- Pemisahan area bersih dan kotor di dapur dan ruang makan.</li> <li>- Pengendalian infeksi selama persiapan, penyimpanan, dan distribusi makanan serta minuman.</li> <li>- Ketersediaan diet khusus sesuai dengan penyakit dan kebutuhan pasien.</li> <li>- Skrining kesehatan pegawai dan sertifikat kesehatan.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kepatuhan terhadap peraturan dan hukum nasional.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur mengenai penyediaan makanan dan minuman yang aman.</li> <li>3) Kebijakan dan prosedur program keamanan dapur.</li> <li>4) Ketersediaan diet khusus sesuai dengan penyakit dan kebutuhan pasien.</li> <li>5) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur terkait.</li> <li>6) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penyediaan makanan dan minuman yang aman.</li> <li>7) Skrining kesehatan pegawai dan sertifikat kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 5, PPI 8, PAP 3 dan KE 4.</li> </ul>	1 0,5 0	
--	---	---------------	--

<b>13--Co D.1.1.13</b> <b>Rumah sakit menjaga kebersihan lingkungan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 3: Kebersihan lingkungan (termasuk kebersihan ruangan, permukaan, sirkulasi udara) adalah elemen dasar pencegahan infeksi di rumah sakit. Hal ini sangat selaras dengan Strategi 3 yang berfokus pada keamanan proses klinis – lingkungan yang bersih menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan (<i>health care-associated infections</i>). Upaya menjaga kebersihan juga bagian dari operasi RS yang andal (Strategi 2), karena lingkungan fisik yang terpelihara baik mengurangi risiko kecelakaan (misal terpeleset di lantai basah) dan menciptakan setting yang aman secara keseluruhan bagi pasien dan staf.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur kebersihan lingkungan.</li> <li>2) Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur kebersihan lingkungan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur kebersihan lingkungan.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur housekeeping.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 3 dan 4, PAP 5, PP 3.1 dan PP 4</li> </ul>	1 0,5 0	
<b>14--Co D.1.1.14</b> <b>Rumah sakit memiliki kebijakan larangan merokok yang diterapkan.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 1, 5: Kebijakan <i>smoke-free hospital</i> melarang merokok di area RS untuk melindungi pasien dan petugas dari paparan asap rokok serta mengurangi risiko kebakaran. Implementasi kebijakan ini menunjukkan komitmen RS terhadap <i>zero avoidable harm</i> (Strategi 1) – yaitu menciptakan budaya dan aturan yang proaktif mencegah bahaya kesehatan sejak awal. Selain itu, hal ini mendukung Strategi 5 karena berfokus pada perlindungan kesehatan semua orang di lingkungan kerja RS, termasuk tenaga kesehatan, dari bahaya rokok (asap maupun potensi ledakan tabung oksigen di area merokok).</li> </ul>	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Inspeksi lingkungan rumah sakit.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan larangan merokok.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur larangan merokok.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur larangan merokok.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 6 dan TKRS 13</li> </ul>		
<b>15--Co D.1.1.15</b> <b>Rumah sakit menyediakan mekanisme untuk memastikan pasokan cadangan layanan esensial, termasuk gas medis, air, dan listrik.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 6: Ketersediaan pasokan cadangan (backup) untuk layanan esensial memastikan operasi vital RS tetap berjalan aman meskipun terjadi gangguan (misal listrik padam digantikan genset otomatis, cadangan suplai oksigen/gas medis, stok air bersih). Langkah antisipatif ini sesuai Strategi 2 karena meningkatkan keandalan sistem pelayanan – pasien tidak akan terlantar akibat kegagalan fasilitas. Juga selaras dengan Strategi 6, di mana identifikasi risiko kritikal dan penerapan rencana darurat (seperti backup 10 detik setelah listrik padam) merupakan bentuk <i>mitigasi risiko</i> berbasis data dan standar teknis untuk menghindari harm pada pasien dan staf</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sumber daya daya listrik cadangan/generator, yang dapat menyala dalam waktu 10 detik setelah pemadaman dan beroperasi selama dua jam.</li> <li>2) Pasokan air cadangan.</li> <li>3) Pasokan cadangan gas medis.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk mendukung pasokan cadangan layanan esensial.</li> <li>2) Ketersediaan generator listrik yang menyala dalam waktu 10 detik setelah pemadaman dan beroperasi selama dua jam.</li> <li>1) Pasokan air cadangan.</li> <li>1) Pasokan cadangan gas medis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 8, MFK 8.1, MFK 8.2</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>16--D D.1.2.1 Rumah sakit memiliki sistem manajemen informasi otomatis dan rekam medis elektronik dengan sistem cadangan yang sesuai.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 2, 6: Penggunaan sistem informasi digital terintegrasi (Electronic Medical Record) dengan backup memastikan data pasien tersimpan aman dan selalu tersedia saat dibutuhkan. Ini berhubungan erat dengan Strategi 6 yang mendorong pemanfaatan teknologi informasi untuk keselamatan (misalnya, mencegah kesalahan karena tulisan resep tidak terbaca dan memastikan <i>data continuity</i> meski sistem utama gagal). Di samping itu, sistem informasi yang andal dan terlindungi downtime-nya mendukung Strategi 2 – karena infrastruktur TI yang kuat merupakan komponen dari organisasi kesehatan berkeandalan tinggi yang menjamin pelayanan tetap aman setiap waktu meskipun ada gangguan teknis.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan mengenai pembuatan, manajemen, dan pengendalian rekam medis elektronik.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sistem manajemen informasi otomatis dan rekam medis elektronik dengan sistem cadangan yang sesuai.</li> <li>2) Kebijakan dan prosedur untuk manajemen informasi dan rekam medis elektronik.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur manajemen informasi dan rekam medis elektronik.</li> <li>4) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur manajemen informasi dan rekam medis elektronik.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MRMK 1,2,5,7 dan 13, TKRS 7</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
---	--	------------------------	--



## Standar D.2 Rumah sakit memiliki sistem pengelolaan limbah yang aman.

Cr-1, Co-5, D-0

### Maksud dan Tujuan

Pengelolaan limbah rumah sakit yang aman merupakan bagian integral dari sistem keselamatan pasien dan perlindungan lingkungan. Limbah medis yang tidak terkelola dengan baik dapat menjadi sumber infeksi, paparan bahan beracun, serta risiko lingkungan yang signifikan. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki sistem pengelolaan limbah yang sesuai dengan standar nasional dan pedoman WHO.

Sistem ini harus mencakup pemisahan limbah berdasarkan tingkat bahaya, penggunaan wadah dengan kode warna yang jelas, serta metode penyimpanan dan pembuangan yang aman. Rumah sakit wajib memiliki prosedur khusus untuk pengelolaan limbah tajam, limbah biologis, limbah kimia, dan limbah radiologi guna mencegah kontaminasi dan paparan zat berbahaya.

Selain itu, pelatihan rutin bagi tenaga kesehatan mengenai prosedur pengelolaan limbah harus dilakukan untuk memastikan kepatuhan terhadap kebijakan yang berlaku. Rumah sakit juga perlu menerapkan sistem pemantauan untuk mengukur efektivitas pengelolaan limbah dan melakukan evaluasi berkala guna meningkatkan sistem yang ada. Dengan penerapan pengelolaan limbah yang aman dan berbasis bukti, rumah sakit dapat mengurangi risiko infeksi, melindungi tenaga kesehatan dan pasien, serta menjaga kelestarian lingkungan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>17--Cr D.2.1.1</b> <b>Rumah sakit</b> <b>mematuhi pedoman</b> <b>pengelolaan limbah</b> <b>tajam.</b>	■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 3, 5: Limbah tajam (seperti jarum suntik, pisau bedah sekali pakai) sangat berisiko menyebabkan cedera tusuk dan penularan penyakit. Kepatuhan terhadap pedoman (termasuk WHO) dalam penanganan limbah tajam memastikan prosedur seperti penggunaan <i>safety box</i> dan pelatihan pembuangan jarum dilakukan dengan benar, sehingga mendukung Strategi 3 (keselamatan proses klinis, misalnya praktik injeksi aman) dan Strategi 5 (melindungi petugas dari cedera kerja dan infeksi, karena petugas paling sering terpapar bahaya limbah tajam). Dengan kata lain, manajemen limbah tajam yang baik mencegah <i>needle-stick injury</i> dan infeksi, menjaga keselamatan pasien <b>dan</b> tenaga kesehatan.	1 0,5 0	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah tajam.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah tajam.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman pengelolaan limbah tajam.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah tajam.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 7, PPI 7.2, M 11</li> </ul>		
<b>18--Co D.2.2.1</b> <b>Rumah sakit</b> <b>mematuhi pedoman</b> <b>pengelolaan</b> <b>limbah yang</b> <b>aman, termasuk</b> <b>penyimpanan dan</b> <b>pembuangan limbah</b> <b>yang aman.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 7: Pengelolaan semua jenis limbah medis sesuai pedoman (dari pemilahan, penyimpanan sementara, hingga pembuangan akhir) merupakan bagian integral dari sistem keselamatan pasien. Hal ini memenuhi Strategi 3 karena memastikan tahapan pasca-proses klinis (penanganan limbah) juga aman dan tidak menimbulkan infeksi atau cedera. Selain itu, pembuangan limbah medis yang aman biasanya melibatkan pihak eksternal (misal: bekerja sama dengan instalasi pengolahan limbah B3 atau dinas kebersihan kota sesuai regulasi). Kerja sama lintas sektor ini mencerminkan Strategi 7, di mana sinergi dengan pemangku kepentingan lain diperlukan untuk menjamin keselamatan pasien sekaligus melindungi lingkungan dari dampak limbah RS.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah yang aman dari aktivitas layanan kesehatan.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai penyimpanan dan pengelolaan limbah yang aman dari aktivitas layanan kesehatan.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman pengelolaan limbah yang aman.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah yang aman.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 2, PPI 7, MFK 1,2 dan 5</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>19--Co D.2.2.2</b>  <b>Rumah sakit</b>  <b>mematuhi pedoman</b>  <b>pengelolaan limbah</b>  <b>biologis.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Limbah biologis (misal: sampel darah, jaringan, cairan tubuh yang infeksius) harus dikelola khusus agar tidak menjadi sumber penularan penyakit. Ketaatan pada pedoman PPI (<i>Pencegahan dan Pengendalian Infeksi</i>) untuk limbah biologis ini sejalan dengan Strategi 3 – memastikan proses klinis dan pascaklinis (seperti pembuangan bahan terinfeksi) aman bagi pasien. Juga, strategi ini melindungi petugas kebersihan dan lingkungan (Strategi 5) karena mereka terhindar dari paparan patogen berbahaya ketika limbah infeksius ditangani dengan benar (menggunakan APD, disinfeksi, dll.).</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah biologis.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah biologis.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman pengelolaan limbah biologis.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah biologis.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat MFK 2, 5 dan MFK 5.1</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--

<p><b>20--Co D.2.2.3</b> Rumah sakit mematuhi pedoman pengelolaan limbah kimia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Limbah kimia (zat beracun, sisa reagen laboratorium, obat kadaluarsa, dll.) dapat menyebabkan cedera atau polusi jika tidak ditangani tepat. Kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah kimia memastikan ada prosedur aman dalam penyimpanan, netralisasi, dan pembuangan bahan kimia. Ini mendukung Strategi 3 dengan menjamin aspek keselamatan dalam proses penanganan bahan berbahaya di fasilitas kesehatan. Di sisi lain, kriteria ini berkaitan dengan Strategi 5 karena melindungi tenaga kesehatan dan petugas pengelola limbah – mereka diberi panduan dan perlengkapan untuk menangani limbah kimia secara aman, sehingga terhindar dari paparan zat toksik yang dapat membahayakan kesehatan mereka.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah kimia.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah kimia.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman pengelolaan limbah kimia.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah kimia.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPI 7, PPI 10, MFK 1,2,5 dan MFK 8.3</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
<p><b>21--Co D.2.2.4</b> Rumah sakit mematuhi pedoman pengelolaan limbah radiologi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Limbah radiologi (misal: sisa <i>contrast</i> radioaktif, bahan radioaktif dari laboratorium nuklir) memancarkan radiasi yang dapat berbahaya. Pedoman pengelolaannya mewajibkan penyimpanan dan pembuangan khusus agar radiasi tidak mencemari lingkungan. Hal ini selaras dengan Strategi 3 karena bagian dari menjamin keamanan prosedur klinis secara menyeluruh – tidak hanya saat tindakan medis tapi juga setelahnya, limbahnya ditangani aman. Juga, Strategi 5 terpenuhi dengan memastikan pekerja yang menangani limbah radiologi dilindungi (melalui training keselamatan radiasi, alat pelindung diri, monitoring dosis), sehingga kesehatan dan keselamatan mereka tetap terjaga.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah radiologi.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pedoman (termasuk pedoman WHO) mengenai pengelolaan limbah radiologi.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai pedoman pengelolaan limbah radiologi.</li> <li>3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pedoman pengelolaan limbah radiologi.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PP 4.1</li> </ul>		
22--Co D.2.2.5 Rumah sakit melakukan pemisahan limbah berdasarkan tingkat bahaya dan menerapkan kode warna pada wadah limbah.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 3, 5: Pemisahan limbah sesuai tingkat bahaya dengan kode warna (misalnya: kuning untuk infeksius, merah untuk tajam, hitam untuk domestik) adalah praktik standar untuk mencegah tercampurnya limbah berbahaya dengan limbah biasa. Ini mendukung Strategi 3 karena merupakan langkah mendasar dalam <i>proses yang aman</i> – dengan segregasi limbah, risiko infeksi dan kecelakaan (seperti tertusuk) berkurang signifikan di setiap tahap pelayanan. Selain itu, Strategi 5 juga relevan di sini: pemisahan dan pemberian kode warna melindungi petugas kebersihan dan pengangkut limbah dari paparan yang tidak disengaja. Mereka dapat segera mengenali kategori limbah dari warnanya, sehingga menangani tiap jenis limbah sesuai prosedur keamanannya, menjaga keselamatan diri dan orang lain.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur pemisahan limbah berdasarkan tingkat bahaya dan pemberian kode warna pada wadah limbah.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur pemisahan limbah berdasarkan tingkat bahaya dan pemberian kode warna pada wadah limbah (<i>rekomendasi tindakan dapat ditemukan di <a href="#">WHO Guidelines</a></i>)</li> <li>2) Catatan pelatihan staf mengenai kebijakan dan prosedur pemisahan limbah.</li> </ol> </li> </ul>	1 0,5 0	

	3) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur pemisahan limbah. ■ Lihat PPI 7.2 dan PPI 12, PPI 13, MFK 5, MFK 5.1		
--	--	--	--

## 5. Domain E: Pembelajaran Berkelanjutan

**2 Standar, 5 Kriteria, 1 Kritikal (Cr-1), 2 Inti (Co-2), 2 Perkembangan (D-2).**

**Standar E.1 Rumah sakit memiliki program pengembangan profesional staf dengan keselamatan pasien sebagai tema lintas sektor.**

**Cr-1, Co-1, D-0**

### Maksud dan Tujuan

Peningkatan kompetensi tenaga kesehatan merupakan faktor kunci dalam menciptakan layanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Rumah sakit harus memiliki program pengembangan profesional yang berkelanjutan, dengan keselamatan pasien sebagai tema utama yang terintegrasi dalam berbagai sektor pelayanan. Program ini bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh staf, baik klinis maupun non-klinis, memiliki pemahaman mendalam mengenai prinsip dan praktik keselamatan pasien dalam setiap aspek pekerjaan mereka.

Pelatihan harus mencakup orientasi keselamatan pasien bagi staf baru, serta pendidikan berkelanjutan bagi seluruh tenaga kesehatan. Materi pelatihan harus mencakup topik seperti pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), kebersihan tangan, penanganan insiden keselamatan pasien, serta penggunaan alat evaluasi keselamatan seperti *Global Trigger Tool* dari Institute for Healthcare Improvement (IHI). Rumah sakit juga harus secara rutin mengevaluasi efektivitas pelatihan dan memastikan bahwa pembelajaran diterapkan dalam praktik sehari-hari.

Dengan adanya program pengembangan profesional yang sistematis, rumah sakit dapat meningkatkan budaya keselamatan pasien, mengurangi risiko kejadian tidak diharapkan, serta memastikan bahwa tenaga kesehatan selalu mengikuti perkembangan terbaru dalam keselamatan dan mutu layanan kesehatan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
1-- Cr E.1.1.1.1 Seluruh staf rumah sakit diberikan program orientasi keselamatan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP 2021-2030 Strategi 5.1: Kriteria ini memastikan setiap staf baru mendapatkan orientasi tentang keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan Strategi 5.1 GPSAP, yang menekankan integrasi keselamatan pasien ke dalam semua program pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan, termasuk pelatihan awal/orientasi bagi staf. Dengan orientasi semacam ini, rumah sakit menanamkan budaya keselamatan sejak awal kepada seluruh pegawai, sesuai prinsip pembelajaran berkelanjutan WHO.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program orientasi keselamatan pasien mencakup :                   <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keselamatan kebakaran.</li> <li>- Penanganan manual (keamanan ketika mengangkat atau menopang beban dengan tangan atau tenaga tubuh).</li> <li>- Kebersihan tangan.</li> <li>- Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).</li> <li>- Manajemen risiko dan penggunaan sistem pelaporan.</li> <li>- Cedera akibat jarum suntik.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Program orientasi keselamatan pasien, seperti kebijakan, prosedur, dan pedoman.</li> <li>2) Proses pelatihan staf dalam penggunaan alat penelitian ilmiah untuk mengatasi masalah keselamatan pasien, misalnya Global Trigger Tool untuk mengukur kejadian tidak diinginkan dari Institute for Healthcare Improvement (IHI).</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai alat penelitian ilmiah dan metode retrospektif maupun prospektif untuk menangani masalah keselamatan pasien.</li> <li>4) Catatan pelatihan staf mengenai keselamatan pasien selama program orientasi.</li> <li>5) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap program orientasi keselamatan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat (Starkes 2024) PPK 1, TKRS 16, KE 6.</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>2-- Co E.1.2.1. Rumah sakit menyediakan pelatihan dan pendidikan berkelanjutan bagi seluruh staf untuk memastikan perawatan pasien yang aman serta menghormati hak-hak pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 5.1, 5.3: Kriteria ini mengharuskan rumah sakit memberikan pelatihan keselamatan pasien secara terus-menerus kepada staf. Ini selaras dengan Strategi 5.1 WHO yang mendorong pelatihan dalam jabatan dan pengembangan profesional berkelanjutan mengenai keselamatan pasien bagi tenaga kesehatan. Dengan pelatihan berkelanjutan, kompetensi keselamatan pasien staf selalu ditingkatkan dan diintegrasikan dalam cakupan praktik dan deskripsi pekerjaan para tenaga kesehatan (sejalan dengan tujuan Strategi 5.3 mengenai pemenuhan kompetensi inti keselamatan pasien oleh tenaga kesehatan), sehingga tercipta proses pembelajaran berkelanjutan untuk meningkatkan keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk :                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan staf dan memenuhinya melalui pelatihan berkelanjutan bagi seluruh staf guna memastikan perawatan pasien yang aman dan penghormatan terhadap hak-hak pasien.</li> <li>- Pelatihan penyegaran untuk topik yang telah dibahas dalam program orientasi.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses untuk mengidentifikasi kebutuhan pelatihan staf dan memenuhinya melalui pelatihan berkelanjutan guna memastikan perawatan pasien yang aman.</li> <li>2) Proses pelatihan staf dalam penggunaan alat penelitian ilmiah untuk mengatasi masalah keselamatan pasien, misalnya Global Medication Safety Tool dari Institute for Healthcare Improvement (IHI) untuk mengukur kejadian tidak diinginkan akibat pengobatan.</li> <li>3) Catatan pelatihan staf mengenai alat penelitian ilmiah dan metode retrospektif maupun prospektif untuk menangani masalah keselamatan pasien.</li> </ol> </li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	--	------------------------	--



	4) Catatan pelatihan staf mengenai praktik perawatan pasien yang aman berdasarkan kebutuhan pelatihan individu masing-masing. 5) Catatan pelatihan staf mengenai aspek hak-hak pasien dan bagaimana menghormatinya. 6) Proses untuk mengukur kepatuhan terhadap pelatihan berkelanjutan bagi seluruh staf guna memastikan standar perawatan pasien yang aman. ■ Lihat PPK 2, KPS 9, SKP 6.		
--	---	--	--

## **Standar E.2 Rumah sakit melakukan penelitian dan kegiatan peningkatan mutu dalam keselamatan pasien secara berkelanjutan.**

**Cr-0, Co-1, D-2**

### **Maksud dan Tujuan**

Penelitian dan proyek peningkatan mutu berperan penting dalam mengidentifikasi risiko, mengevaluasi efektivitas intervensi, serta mengembangkan strategi baru untuk meningkatkan keselamatan pasien. Rumah sakit harus memiliki mekanisme yang memastikan bahwa penelitian keselamatan pasien dilakukan secara sistematis, berbasis bukti, serta dipantau oleh badan internal seperti komite keselamatan pasien atau komite etik penelitian.

Penelitian yang dilakukan harus mencakup studi prospektif, retrospektif, dan lintas sektoral guna menilai besaran serta sifat kejadian tidak diinginkan di rumah sakit. Selain itu, rumah sakit harus menerapkan metodologi WHO dalam mendokumentasikan dan menganalisis insiden keselamatan pasien untuk mendukung perbaikan yang berkelanjutan.

Sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu, rumah sakit harus mengadopsi model *Plan-Do-Study-Act* (PDSA) dalam proyek perbaikan, yang mencakup identifikasi masalah, implementasi intervensi, evaluasi hasil, serta penyebaran praktik terbaik. Dengan menerapkan penelitian dan proyek peningkatan mutu secara berkelanjutan, rumah sakit dapat memastikan bahwa sistem keselamatan pasien terus berkembang dan memberikan dampak positif terhadap kualitas pelayanan kesehatan.

Kriteria	Keterangan	Skor	
Kriteria	Keterangan	Skor	
<b>3-- Co E.2.2.1</b> <b>Seluruh penelitian</b> <b>disetujui dan</b> <b>dipantau oleh <u>badan</u></b> <b><u>internal</u> keselamatan</b> <b>pasien atau</b> <b>komite lain sesuai</b> <b>kebutuhan rumah</b> <b>sakit.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.4: Kriteria ini mensyaratkan bahwa semua penelitian terkait keselamatan pasien di rumah sakit disetujui dan diawasi oleh badan/komite internal keselamatan pasien. Hal ini mendukung tata kelola dan pengawasan penelitian yang baik, sejalan dengan Strategi 6.4 GPSAP yang mendorong program penelitian keselamatan pasien yang aktif dengan keterlibatan pemangku kepentingan dan penguatan tatakelola penelitian (research governance). Melalui komite internal, rumah sakit memastikan penelitian dilakukan secara aman, etis, dan hasilnya dapat digunakan untuk pembelajaran dan perbaikan keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kerangka acuan untuk komite etik penelitian.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kebijakan dan prosedur untuk penelitian keselamatan pasien.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf yang terlatih mengenai kebijakan dan prosedur penelitian keselamatan pasien.</li> <li>3) Laporan yang mencakup pengukuran kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur penelitian keselamatan pasien.</li> <li>4) Risalah rapat badan internal keselamatan pasien atau komite terkait.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPK 3, PMKP 6, Prognas 1.</li> </ul>	1 0,5 0	

<p><b>4-- D E.2.3.1 Rumah sakit melakukan penelitian prospektif, retrospektif, dan/ atau penelitian lintas sektoral untuk menilai besaran dan sifat kejadian tidak diinginkan guna meningkatkan keselamatan perawatan, setidaknya satu kali setiap tahun.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.2, 6.4: Kriteria ini meminta rumah sakit setiap tahun melakukan studi untuk menilai besaran dan sifat kejadian tidak diinginkan (adverse events) guna meningkatkan keselamatan. Ini selaras dengan Strategi 6.2 GPSAP, yang menggarisbawahi perlunya sistem informasi keselamatan pasien terpadu dan menganjurkan fasilitas kesehatan untuk secara rutin mengumpulkan dan menganalisis data insiden serta melaporkan frekuensi dan sifat harm (cedera) sebagai dasar perbaikan. Terapkan indikator keselamatan pasien dan gunakan indikator ini untuk melacak kemajuan dan memantau tren. Selain itu, hal ini didukung oleh Strategi 6.4 yang mempromosikan penelitian keselamatan pasien, di mana studi prospektif/retrospektif membantu memperoleh pengetahuan ilmiah tentang insiden dan faktor penyebabnya. Dengan demikian, melakukan penelitian rutin atas insiden sejalan dengan strategi WHO untuk belajar dari data dan bukti demi peningkatan keselamatan.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Studi prospektif, retrospektif, dan lintas sektoral serta laporan yang menggunakan metodologi WHO untuk menilai besaran dan sifat kejadian tidak diinginkan guna memastikan perawatan yang lebih aman, dilakukan setidaknya satu kali setiap tahun.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur : <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Penelitian prospektif, retrospektif, dan/ atau lintas sektoral serta laporan yang menggunakan metodologi WHO untuk menilai besaran dan sifat kejadian tidak diinginkan guna memastikan perawatan yang lebih aman, dilakukan secara berkala setidaknya satu kali dalam setahun.</li> <li>2) Panduan metodologi WHO untuk mendokumentasikan kejadian yang merugikan pasien.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPK 4, PMKP 7, Prognas 2.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
---	---	------------------------	--

<p><b>5--DE.2.3.2 Rumah sakit melaksanakan kegiatan peningkatan mutu untuk mendukung aktivitas keselamatan pasien.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Link ke WHO GPSAP Strategi 6.3: Kriteria ini menuntut rumah sakit menjalankan kegiatan peningkatan mutu (quality improvement) sebagai dukungan bagi keselamatan pasien. Ini sejalan dengan Strategi 6.3 GPSAP, yang fokus pada pembangunan kapasitas program perbaikan keselamatan pasien secara berkesinambungan. WHO mendorong fasilitas kesehatan untuk membentuk tim peningkatan mutu dan menjalankan program improvement klinis setiap tahun yang menargetkan masalah keselamatan pasien. Kegiatan peningkatan mutu seperti ini memastikan rumah sakit terus belajar dari kesalahan/insiden dan mengimplementasikan perbaikan, mencerminkan prinsip pembelajaran berkelanjutan dalam budaya keselamatan pasien.</li> <li>■ Panduan untuk bukti kepatuhan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Proses pelatihan staf dalam penggunaan alat peningkatan mutu, misalnya Plan-Do-Study-Act (PDSA).</li> <li>2) Bukti adanya proyek peningkatan mutu.</li> </ol> </li> <li>■ Elemen yang Dapat Diukur :               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Catatan perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi proyek peningkatan mutu yang mendukung keselamatan pasien.</li> <li>2) Catatan pelatihan staf terlatih mengenai implementasi proyek peningkatan mutu dan aktivitas keselamatan pasien.</li> <li>3) Laporan pemantauan mengenai penerapan proyek peningkatan mutu yang dapat diperluas dan berkelanjutan.</li> </ol> </li> <li>■ Lihat PPK 5, PMKP 8, Prognas 3.</li> </ul>	<p>1 0,5 0</p>	
--	---	------------------------	--

## **Bab III**

# **PROSES PENILAIAN PELAYANAN RUMAH SAKIT RAMAH KESELAMATAN PASIEN**

### **A. Persiapan**

Persiapan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien (RSRKP) dilakukan sepenuhnya oleh rumah sakit secara mandiri. Kegiatan persiapan penilaian antara lain pemenuhan syarat untuk dapat dinilai sebagai rumah sakit ramah keselamatan pasien dengan pemenuhan kelengkapan dokumen rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi yang ditetapkan oleh kementerian kesehatan. Setelah mendapatkan sertifikat sebagai rumah sakit yang terakreditasi oleh kementerian kesehatan, maka rumah sakit dapat mengajukan permohonan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien kepada lembaga penyelenggara yaitu Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).

### **B. Pelaksanaan Penilaian Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRSKP)**

PERSI melaksanakan penilaian persyaratan rumah sakit ramah keselamatan pasien yang mengajukan permohonan, kemudian akan menetapkan waktu pelaksanaan penilaian setelah persyaratan dipenuhi rumah sakit (rumah sakit telah memiliki sertifikat yang masih berlaku sebagai rumah sakit terakreditasi). Penilaian dilakukan dengan metode luring.

Adapun tahap pelaksanaan dilakukan sebagai berikut:

#### **1. Pertemuan Teknis**

Tahapan pelaksanaan penilaian dapat dilakukan (bila diperlukan) dengan terlebih dahulu diberikan penjelasan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien. Pada tahap ini penyelenggara menyampaikan seluruh

rangkaian kegiatan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien dimulai dari persiapan penilaian, pelaksanaan penilaian dan setelah penilaian. Penjelasan dapat dilakukan dengan metode daring menggunakan media informasi yang tersedia dan dapat diakses oleh rumah sakit pada 2-3 hari sebelum pelaksanaan penilaian RSRKP.

## **2. Penyampaian dan Pemeriksaan Dokumen**

Rumah Sakit menyampaikan dokumen kepada penyelenggara penilaian PERSI melalui sistem informasi yang telah disediakan oleh PERSI. **Bila sistem informasi penilaian RSRKP belum tersedia, maka dokumen disampaikan via google drives**

Jenis dokumen yang akan disampaikan oleh rumah sakit adalah

- a. Surat pernyataan bahwa rumah sakit telah terakreditasi dan sertifikat akreditasi rumah sakit masih berlaku. Lampirkan foto copi sertifikat akreditasi rumah sakit .
- b. Peraturan berupa kebijakan/pedoman/panduan/standar prosedur operasional, program yang terkait dengan domain kriteria kritikal (25 elemen penilaian), seyoganya sudah di upload dala sistem pada 5-7 hari sebelum pelaksanaan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien di rumah sakit ayang akan dinilai.

## **3. Kunjungan**

Kunjungan lapangan dilakukan oleh tim penilai rumah sakit ramah keselamatan pasien yang ditugaskan oleh ketua PERSI. Kunjungan lapangan bertujuan untuk memastikan rumah sakit telah melaksanakan standar rumah sakit ramah keselamatan pasien sesuai buku standar dan instrumen rumah sakit ramah keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Ketua PERSI.

Pada saat kunjungan, asesor akan melakukan observasi, wawancara pimpinan, staf, dan pasien/keluarga. Asesor akan melihat (*look back*) bukti pelaksanaan sekurang kurangnya 3- 6 bulan sebelum penilaian RSRKP.

Penyelenggara penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien menentukan jadwal kegiatan penilaian saat kunjungan.

Jumlah hari kunjungan yaitu 2 (dua) hari dan jumlah asesor nya adalah 2 (dua) orang,

## B. Penilaian

Penyelenggara penilai rumah sakit ramah keselamatan pasien menetapkan tata cara dan tahapan penilaian RSRKP dengan berpedoman pada standar dan instrumen rumah sakit ramah keselamatan pasien yang dipergunakan saat penilaian. Tahapan penilaian ditentukan penyelenggara penilaian dengan menerapkan prinsip-prinsip keadilan, profesionalisme, dan menghindari terjadinya konflik kepentingan. PERSI telah membuat standar, instrumen, daftar tilik pertanyaan dan daftar tilik dokumen yang harus ada pada domain penilaian kritical dan alat bantu untuk asesor dalam melakukan penilaian agar hasil yang diperoleh objektif dan dapat dipertanggungjawabkan. Penentuan skor dari elemen penilaian dilakukan dengan memperhatikan kelengkapan dokumen, hasil kunjungan lapangan, wawancara, dan klarifikasi.

### 1. Skala Penilaian

Skala penilaian 3 poin digunakan, dengan setiap kriteria menerima skor 10 jika terpenuhi 5 jika terpenuhi sebagian, dan 0 jika tidak terpenuhi. Jika suatu kriteria tidak berlaku karena tidak relevan dengan layanan klinis yang disediakan oleh rumah sakit, maka "tidak berlaku" diberi skor, dan kriteria tersebut tidak dipertimbangkan dalam skor akhir.

Contoh kriteria yang tidak berlaku adalah C.1.1.6: Rumah sakit menerapkan pedoman persalinan yang aman dan jalur perawatan. Jika rumah sakit tidak menyediakan layanan persalinan, maka kriteria ini dinilai sebagai "tidak berlaku". Skala penilaian diterapkan pada setiap kriteria dan tidak pada tingkat standar. RSRKP menggunakan metodologi tinjauan sejawat dan tidak dapat dilihat sebagai audit. Oleh karena itu, penilaian memerlukan pengalaman dari pihak tim asesor. Penilaian harus disetujui oleh seluruh tim asesor dan tim harus mempertimbangkan bukti dari tiga sumber yang berbeda: dokumen; wawancara; dan observasi. Semua bukti ini dan pengalaman asesor digunakan untuk menentukan peringkat akhir dan tingkat pencapaian akhir. Asesor RSRKP dilatih untuk dapat melakukan triangulasi data dari berbagai sumber. Pertama dengan meninjau dokumen, beberapa di antaranya akan ditinjau sebelum masuk ke lokasi. Kedua, dengan mewawancarai anggota staf dan pasien utama. Terakhir, dengan mengamati lingkungan dan perawatan klinis.

Saat menerapkan peringkat, dasar pemikiran dan panduan yang ditunjukkan pada Tabel 1 digunakan untuk menentukan tingkat kepatuhan. Jika perlu, maka rincian perbaikan yang diperlukan untuk mencapai peringkat yang lebih tinggi ditambahkan.

**Tabel 1. Aturan penilaian untuk mengevaluasi setiap kriteria**

Peringkat	Skor	Rasional	Panduan Asesor
Terpenuhi	10	80% atau lebih sampel memenuhi syarat	Tambahkan rekomendasi atau peluang untuk perbaikan (PUP)
Sebagian Terpenuhi	5	31-79 % atau lebih sampel memenuhi syarat	Tambahkan PUPI atau rekomendasi untuk membantu rumah sakit meningkatkan
Tidak Terpenuhi	0	Kurang dari 30% sampel memenuhi syarat	Tambahkan rekomendasi dan tentukan skala waktu

## 2. Menilai dan Mempertahankan Tingkat Pencapaian

Rumah sakit dinilai sebagai rumah sakit yang ramah terhadap keselamatan pasien berdasarkan empat tingkat kepatuhan, dengan Tingkat 4 mewakili tingkat tertinggi yang dapat dicapai (Tabel 2).

**Tabel 2. Tingkat Pencapaian RSRKP**

Tingkat Rumah Sakit	Kriteria Krtikal (25)	Kriteria Inti (94)	Kriteria Pengembangan (15)
Tingkat 1 / Dasar	100%	Minimal 50 %	Minimal 50%
Tingkat 2 / Madya	100%	60–89%	≥ 60 %
Tingkat 3 / Utama	100%	≥90%	≥ 70 %
Tingkat 4 / Paripurna	100%	≥90%	≥80%

Tingkat pencapaian dihitung dalam tiga tahap.

1. Hitung masing masing skor pada setiap kriteria (kritikal, inti, pengembangan)
2. Hasil total skor pada masing masing kriteria dijadikan presentasi sebagai nilai (%)
3. Hasil masing masing nilai per kriteria disinkronisasi dengan tingkat pencapaian (kriteria kritikal, kriteria inti dan kriteria pengembangan).
4. Beri kesimpulan nilai apakah Rumah Sakit mencapai Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien pada Tingkat Dasar/ Madya/ Utama/ Paripurna



**Catatan:**

Skor : 10, 5, 0

Nilai dihitung dalam Persentase (%)

**3. Monitoring & Evaluasi Paska Penilaian RSRKP**

Setelah rumah sakit diakui atas pencapaiannya pada RSRKP, penting untuk mempertahankan kepatuhan ini.

Penilaian mandiri dapat dilakukan kembali untuk menindaklanjuti perbaikan oleh rumah sakit secara internal sekurang kurang setelah 1 tahun paska penilaian RSRKP

Selanjutnya monitoring dan evaluasi paska penilaian RSRKP akan dilakukan setelah 2 (dua) tahun paska penilaian RSRKP oleh tim penilai RSRKP yang ditugaskan PERSI. Monitoring dan evaluasi dapat dilakukan secara daring atau luring, disesuaikan dengan keinginan dan kemampuan rumah sakit yang dinilai.

**4. Proses Penilaian Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien**

Asesor diberikan waktu selama 6 hari kalender setelah selesai kunjungan ke rumah sakit yang dinilai untuk mengirimkan hasil penilaiannya kepada Persi. Selanjutnya Dewan Penilai Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien akan melakukan verifikasi terhadap hasil penilaian tin asesor yang ditugaskan. Batas waktu verifikasi oleh Dewan Penilai adalah 4 hari kalender.

Rumah sakit yang dinilai sudah dapat menerima informasi hasil kelulusan penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien dalam waktu sekitar 12-14 hari paska penilaian.

**5. Masa Sertifikat RSRSKP**

Hasil penilaian dapat diketahui hasilnya dalam waktu 12-14 hari kalender paska penilaian rumah sakit ramah sakit ramah keselamatan pasien oleh tim asesor RSKP Persi.

Sertifikat Penghargaan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien berlaku untuk jangka waktu empat tahun.

Rumah sakit dapat mengajukan penilaian kembali jika masa berlakunya sudah kadaluarsa.

Bagi rumah sakit yang mendapat penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien tingkat madya, utama atau dasar maka dapat mengajukan penilaian kembali dalam 3- 6 bulan berikutnya

## 6. Panduan Penilaian RSRKP

Adapun panduan observasi yang digunakan untuk penilaian keselamatan pasien difokuskan pada area prioritas keselamatan pasien yang umum di semua rumah sakit, termasuk:

1. hal-hal umum
2. fasilitas lingkungan dan area rawat inap
3. keselamatan kebakaran
4. laboratorium dan bank darah
5. radiologi
6. ruang operasi
7. unit sterilisasi sentral
8. apotek
9. catatan medis

Asesor, yang merupakan peninjau sejawat eksternal atas kinerja organisasi terhadap standar yang disepakati, mengunjungi setiap area terkait isu keselamatan umum (misalnya kebakaran, limbah, rambu-rambu) dan masalah khusus unit/departemen (misalnya keselamatan atau keamanan radiasi). Untuk menghindari duplikasi, panduan pertama adalah daftar hal-hal umum yang harus diperhatikan atau staf yang harus ditanyai dan berlaku untuk semua unit/departemen.

### 1. Observasi Umum

Item Observasi	Pertanyaan
a. Kebijakan dan prosedur tersedia	Siapa yang bertanggung jawab di departemen ini?
b. Praktik kebersihan tangan	Apa kualifikasi staf yang ada?
c. Pengembangan profesional berkelanjutan	Pelatihan keselamatan pasien apa yang telah diterima staf dalam 12 bulan terakhir?
d. Pemisahan dan pengelolaan limbah	Audit apa yang dilakukan, seberapa sering, dan bagaimana hasilnya ditindaklanjuti?
e. Pernyataan hak pasien	Apakah terlihat dan dipahami?
f. Praktik pencegahan dan pengendalian infeksi	Siapa yang mengoperasikan peralatan khusus?
g. Pemeliharaan peralatan	Bagaimana Anda tahu alat medis aman digunakan?
h. Peralatan darurat	Termasuk troli resusitasi dan defibrilator.
i. Tanda dan evakuasi darurat	Apakah tersedia dan terlihat jelas?
j. Identifikasi pasien	Apakah ada sistem standar?
k. Kotak saran	Apakah tersedia dan mudah diakses?

## 2. Fasilitas Lingkungan dan Area Rawat Inap

Item Observasi
a. Tanda eksternal menuju UGD
b. Area parkir darurat dan disabilitas
c. Lingkungan bersih, tidak ada karat, debu, tumpahan atau darah
d. Desain mempertimbangkan pengendalian infeksi, keamanan, dan jalur evakuasi
e. Ketersediaan ruang penyimpanan
f. Tanda 'sedang dibersihkan'
g. Ventilasi baik, bebas bau tidak sedap
h. Pemeliharaan peralatan
i. Akses terbatas ke area dengan keamanan tinggi (contoh: anak-anak, ruang bersalin)
j. Sistem panggilan untuk pasien
k. Sistem komunikasi darurat untuk berbagai kode (henti jantung, keamanan, kebakaran)
l. Generator darurat
m. Penyimpanan gas medis
n. Penyimpanan bahan berbahaya

## 3. Keselamatan Kebakaran

Item Observasi
a. Rencana evakuasi kebakaran dipasang di seluruh rumah sakit
b. Alarm kebakaran tersedia dan berfungsi
c. Jalur keluar dan tangga kebakaran jelas
d. Selang kebakaran berfungsi baik
e. Cairan mudah terbakar disimpan aman dan penggunaannya dibatasi
f. Tanda keluar jelas, menyala, dan pintu tahan api
g. Area ketergantungan tinggi memiliki akses untuk memutus aliran gas medis saat darurat
h. Alat pemadam api memiliki label tanggal dan tanda tangan terkini
i. Silinder gas terkompresi dirantai atau diikat dengan aman
j. Semua silinder disimpan di tempat teduh dengan suhu tepat
k. Tutup pelindung katup terpasang saat silinder oksigen tidak digunakan
l. Silinder oksigen penuh dan kosong disimpan terpisah dalam posisi tegak

#### 4. Laboratorium

Item Observasi
a. Pendaftaran semua sampel yang diterima
b. Transportasi sampel
c. Pemeliharaan peralatan
d. Peralatan P3K, termasuk pencuci mata dan kit tumpahan bahan kimia
e. Kontrol kualitas hasil
f. Identifikasi pasien
g. Komunikasi nilai kritis
h. Komunikasi hasil yang tertunda setelah pasien dipulangkan
i. Penyimpanan darah dan produk darah
j. Proses pencocokan silang (cross-matching)
k. Manajemen limbah bahan kimia

#### 5. Radiologi

Item Observasi
a. Pendaftaran pasien
b. Identifikasi pasien
c. Kontrol kualitas hasil
d. Penanganan dan penyimpanan bahan berbahaya
e. Program keselamatan radiasi
f. Tanda peringatan di area berisiko
g. Apron pelindung (lead apron)
h. Sistem pemantauan radiasi
i. Tanda peringatan untuk kehamilan

#### 6. Ruang Operasi dan Unit Sterilisasi Sentral

Item Observasi
a. Akses terbatas
b. Pemisahan area bersih dan kotor
c. Persetujuan tindakan pasien
d. Identifikasi pasien
e. Nilai kritis
f. Praktik bedah dan anestesi yang aman
g. Kontrol kualitas sterilisasi
h. Serah terima pasien

Item Observasi
a. Akses terbatas
b. Pemisahan area bersih dan kotor
c. Persetujuan tindakan pasien
d. Identifikasi pasien
e. Nilai kritis
f. Praktik bedah dan anestesi yang aman
g. Kontrol kualitas sterilisasi
h. Serah terima pasien

## 7. Farmasi

Item Observasi
a. Kontrol kualitas pada alat distribusi dan aliran laminar
b. Identifikasi pasien
c. Ketersediaan obat penyelamat nyawa
d. Proses penyimpanan obat
e. Proses pemesanan dan transkripsi
f. Proses persiapan dan distribusi
g. Proses pemberian obat dan tindak lanjut
h. Larutan konsentrat
i. Obat dengan nama dan kemasan mirip (LASA)
j. Rekonsiliasi obat saat masuk dan keluar rumah sakit
k. Edukasi pasien atau keluarga saat keluar mengenai obat
l. Pelaporan kesalahan pengobatan
m. Penanganan dan penyimpanan bahan berbahaya

## 8. Rekam Medis

Item Observasi
a. Audit rekam medis
b. Identifikasi pasien
c. Nomor identitas pribadi tunggal (PIN)
d. Audit klinis
f. Sistem pengarsipan
g. Pengkodean penyakit yang distandarisasi
h. Isi rekam medis: kelengkapan, alergi, kesinambungan perawatan, rekonsiliasi obat
i. Aksesibilitas rekam medis

j. Daftar singkatan yang disetujui
k. Kelengkapan rekam medis
l. Identifikasi pasien dengan pengenalan unik
m. Formulir persetujuan
n. Tulisan tangan
o. Catatan perawat
p. Catatan dokter
q. Pengkodean penyakit
r. Sistem entri order dokter terkomputerisasi (CPOE)
s. Sistem alarm klinis otomatis yang efektif
t. Akses mudah bagi pasien dan penyedia layanan

## 7. Agenda Kunjungan di Lokasi

Agenda penilaian untuk rumah sakit dilakukan selama dua - tiga hari oleh dua asesor, disesuaikan dengan kelas rumah sakitnya. Tujuan utama penilaian di lapangan adalah untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap kerangka kerja Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP). Asesor harus terus menanyakan: Apakah pasien aman? Apakah ada masalah keselamatan yang membutuhkan intervensi langsung sebelum saya pergi?

Agenda untuk rumah sakit kelas A, B , C dan D adalah sebagai berikut:

Hari Pertama			
Waktu	Asesor 1	Asesor 2	Dihadiri oleh
07:30 - 08:00	Asesor Meeting dengan Manajemen Rumah Sakit		Pimpinan rumah sakit & Ketua Tim
08:00 - 08:30	Pembukaan		Pimpinan rumah sakit, para kepala/staf yang terlibat
08:30 - 09:00	Presentasi Profil Rumah Sakit		Pimpinan rumah sakit, para kepala/staf yang terlibat
09:00 - 10:00	Peninjauan Dokumen Regulasi Domain A Domain B	Peninjauan Dokumen Regulasi Domain C Domain D Domain E	Penanggung jawab yang terlibat dan minimal ada 1 orang dari komite / sub komite keselamatan pasien atau setara
10:00 - 12:00	Wawancara Direksi & Pimpinan Rumah Sakit Tentang Domain A		Direksi, Para Komite/ Sub komite , Para Kepala Instalasi /Tim kerja / Asisten Manajer

12:00 - 13:00	ISOMA		
13:00 - 14:30	Telusur Rekam Medis Telusur CSSD	Telusur Laboratorium dan Bank Darah  Telusur Instalasi Farmasi (Obat/Alkes/BMHP)	Penanggung jawab yang terlibat dan minimal ada 1 orang dari komite / sub komite keselamatan pasien atau setara
14:30 - 16:00	Telusur ke Kamar Operasi  Telusur Limbah	Telusur Radiologi & Rawat Jalan  Telusur ke UGD	Penanggung jawab yang terlibat dan minimal ada 1 orang dari komite / sub komite keselamatan pasien atau setara
16:00 - 16:30	Rapat internal Asesor		Tanpa staf rumah sakit

Hari Kedua			
Waktu	Asesor 1	Asesor 2	Dihadiri oleh
08:00 - 10:30	Telusur ICU  Telusur NICU	Telusur Hemodialisis  Telusur Rawat Inap Dewasa	Penanggung jawab yang terlibat dan minimal ada 1 orang dari komite / sub komite keselamatan pasien atau setara
10:30 - 11:00	Istirahat & permintaan dokumen tambahan		
11:00 - 12:00	Wawancara PPI Wawancara Mutu		Komite PPI dan IPCN Komite Mutu, KA Sub Komite Mutu Komite Medik
12:00 - 13:00	ISOMA		
13:00 - 14:00	Wawancara dengan Tim Klinik Multidisipliner (Domain C)		Tim klinik: Dokter, Perawat, Farmasis, Lab, Direktur Medis & Keperawatan
14:00 - 15:00	Telusur HRD	Telusur Laundry	Penanggung jawab yang terlibat dan minimal ada 1 orang dari komite / sub komite keselamatan pasien atau setara
15:00 - 16:00	Diskusi Penilaian Asesor		Tanpa staf rumah sakit
16:00 - 16:30	Diskusi Hasil Telusur & Rekomendasi Dengan Pimpinan Rumah Sakit		Direktur rumah sakit, komite, ketua tim penilaian RSRKP

## 8. Daftar Pertanyaan Wawancara Berdasarkan Jabatan

### 1. Wawancara dengan Pemimpin Senior Keselamatan Pasien

Pertanyaan
a. Apakah keselamatan pasien menjadi prioritas strategis?
b. Apakah strategi tersebut dilaksanakan melalui rencana aksi rinci?
c. Apakah rumah sakit memiliki staf senior yang bertanggung jawab atas keselamatan pasien?
d. Apakah rumah sakit memiliki anggaran tahunan untuk kegiatan keselamatan pasien?
e. Apakah pimpinan melakukan kunjungan rutin untuk mendukung budaya keselamatan pasien?
f. Apakah rumah sakit mengikuti kode etik terkait riset, persetujuan, kerahasiaan, dan industri?
g. Apakah dilakukan penilaian sikap staf terhadap keselamatan pasien secara berkala?
h. Apakah semua staf klinis terdaftar dan berizin praktik?
i. Apakah mahasiswa dan trainee bekerja sesuai kompetensinya dan diawasi?
j. Apakah seluruh departemen memiliki kebijakan dan prosedur keselamatan pasien?

### 2. Wawancara dengan Petugas Keselamatan Pasien

Pertanyaan
a. Apakah rumah sakit memiliki program keselamatan dan manajemen risiko pasien?
b. Apa saja isi program tersebut?
c. Apakah terdapat koordinasi dengan tim peningkatan mutu?
d. Apakah insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dianalisis?
e. Apakah pelaporan menjamin kerahasiaan dan mencegah kesalahan individual?
f. Apakah rumah sakit memiliki badan internal keselamatan pasien?
g. Apakah ada proyek peningkatan keselamatan pasien?
h. Apakah tersedia indikator keluaran dan proses keselamatan pasien?
i. Apakah rumah sakit menyampaikan kartu laporan keselamatan ke instansi nasional?
j. Apakah rumah sakit memiliki sistem keterlibatan pasien dan komunitas dalam keselamatan?
k. Apakah dilakukan studi penilaian kejadian tidak diinginkan dan penyebab akar masalah?



### 3. Wawancara dengan komite mutu/ sub komite mutu/keselamatan pasien/ manajemen risiko, PJ mutu unit

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah rumah sakit memiliki program keselamatan pasien dan manajemen risiko yang berjalan?
b. Jika ya, apa saja isi program tersebut?
c. Apakah mencakup pengendalian infeksi?
d. Apakah mencakup penggunaan obat yang aman?
e. Apakah mencakup lingkungan perawatan yang aman?
f. Apakah mencakup praktik klinis yang aman?
g. Apakah mencakup keselamatan peralatan?
h. Apakah mencakup manajemen kedaruratan?
i. Apakah kegiatan program keselamatan pasien dikoordinasikan dengan departemen peningkatan mutu?
j. Bagaimana Anda mengintegrasikan berbagai aktivitas keselamatan pasien?
k. Apa fokus utama dari program tersebut?
l. Apa peran Anda sebagai koordinator keselamatan pasien dan manajemen risiko?
m. Apakah insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dianalisis?
n. Apakah pelaporan keselamatan pasien menjamin kerahasiaan?
o. Apakah pelaporan keselamatan pasien meminimalkan kesalahan individu?
p. Apakah pelaporan keselamatan pasien memudahkan pelaporan?
q. Apakah rumah sakit memiliki badan internal keselamatan pasien yang menganalisis kejadian prioritas?
r. Siapa saja pemangku kepentingan yang terlibat dalam badan internal tersebut?
s. Alat apa yang digunakan badan internal untuk menganalisis dan merekomendasikan peningkatan keselamatan pasien?
t. Apakah saat ini ada proyek peningkatan keselamatan pasien?
u. Jika ya, apa rincian proyek tersebut?
v. Apakah rumah sakit memiliki prosedur standar untuk keselamatan pasien?
w. Apakah rumah sakit memiliki komite mortalitas dan morbiditas?
x. Seberapa sering komite tersebut bertemu?
y. Apakah rumah sakit membuat laporan berbagai kegiatan keselamatan pasien dan menyebarkannya?
z. Apakah rumah sakit memiliki target terukur terkait sasaran keselamatan pasien?
aa. Apakah rumah sakit memiliki indikator keluaran (output) untuk menilai kinerja terkait keselamatan pasien, misalnya dalam bentuk kartu laporan keselamatan pasien?

ab. Apakah rumah sakit memiliki indikator proses untuk menilai kinerja terkait keselamatan pasien, misalnya dalam bentuk kartu laporan keselamatan pasien?
ac. Apakah rumah sakit mengirim kartu laporan keselamatan pasien setiap bulan ke lembaga nasional (misalnya Kementerian Kesehatan) untuk pembandingan dengan rumah sakit lain?
ad. Apakah rumah sakit menindaklanjuti hasil benchmarking melalui rencana aksi dan pengembangan proyek peningkatan keselamatan pasien?
ae. Apakah rumah sakit memiliki kampanye tentang keselamatan pasien?
af. Bagaimana rumah sakit melibatkan masyarakat dalam kegiatan keselamatan pasien?
ag. Apakah rumah sakit memiliki sistem pengungkapan informasi insiden yang terstruktur
ah. Apakah rumah sakit memiliki perantara layanan kesehatan untuk mengungkapkan insiden?
ai. Apakah rumah sakit mengumpulkan umpan balik dari pasien dan pendampingnya?
aj. Jika ya, menggunakan alat apa?
ak. Survei kepuasan?
al. Jika ya, seberapa sering?
am. Kunjungan pemimpin rumah sakit ke lingkungan klinis (leadership walk-arounds)?
an. Jika ya, seberapa sering?
ao. Kelompok diskusi terfokus (focus group)?
ap. Jika ya, seberapa sering?
aq. Surat keluhan?
ar. Saluran pengaduan keselamatan (safety hotline)?
as. Umpan balik dari staf?
at. Kotak saran?
au. Survei komunitas?
av. Apakah rumah sakit melibatkan pasien dan pendampingnya dalam merumuskan kebijakan dan melaksanakan perbaikan mutu serta kegiatan keselamatan pasien?
aw. Jika ya, bagaimana caranya?
ax. Apakah rumah sakit menyediakan papan pesan/chat untuk pasien dan pendamping agar dapat menulis kekhawatiran dan membagikan solusi?
ay. Apakah rumah sakit menyediakan akses ke informasi berbasis komputer tentang keselamatan pasien, literasi kesehatan, dan kesejahteraan pasien?
az. Apakah rumah sakit melakukan studi potong lintang (cross-sectional) untuk menilai besaran dan sifat kejadian yang merugikan?
ba. Jika ya, seberapa sering?
bb. Apakah badan internal keselamatan pasien menyetujui dan memantau riset keselamatan pasien?

bc. Apakah rumah sakit melakukan telaah catatan medis retrospektif untuk menilai besaran dan sifat kejadian yang merugikan?
bd. Jika ya, seberapa sering?
be. Apakah gugus tugas keselamatan pasien menggunakan alat ilmiah seperti analisis akar masalah (root cause analysis) dan alat perbaikan seperti Plan Do Study Act?
bf. Apakah rumah sakit menerbitkan laporan penelitian internal yang memuat statistik tentang frekuensi cedera iatrogenik dan mengkomunikasikan hasilnya untuk tindakan baik secara internal maupun eksternal?
bg. Apakah rumah sakit menggunakan kumpulan data besar dan studi prospektif untuk menilai besaran dan sifat kejadian yang merugikan?

#### 4. Wawancara dengan Petugas Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (IPC)

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah rumah sakit memiliki kebijakan pencegahan dan pengendalian infeksi?
b. Apakah rumah sakit memiliki komite pencegahan dan pengendalian infeksi?
c. Apakah rumah sakit memiliki bagan organisasi untuk pencegahan dan pengendalian infeksi?
d. Apakah rumah sakit memiliki sistem surveilans untuk infeksi yang didapat dari pelayanan kesehatan?
e. Apakah rumah sakit melakukan penilaian terhadap pengendalian infeksi?
f. Jika ya, bagaimana caranya?
g. Apakah rumah sakit mengikuti pedoman yang diakui untuk pencegahan dan pengendalian infeksi?
h. Apakah rumah sakit menerapkan kebijakan dan prosedur penggunaan antibiotik yang rasional untuk mengurangi resistensi?
i. Apakah rumah sakit memastikan dekontaminasi peralatan secara tepat, dengan penekanan khusus pada area berisiko tinggi?

#### 5. Wawancara dengan Pasien

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah Anda diberi penjelasan tentang kebijakan hak pasien dan keluarga di rumah sakit?
b. Apakah pernyataan hak pasien dan keluarga terlihat di seluruh rumah sakit?
c. Apakah Anda mendapatkan informasi lengkap dan terbaru tentang diagnosis, pengobatan, atau prognosis dari dokter yang merawat Anda?
d. Apakah Anda terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai perawatan kesehatan Anda?

e.	Apakah Anda memberikan persetujuan tertulis sebelum menjalani prosedur yang berisiko?
f.	Apakah rumah sakit melatih Anda atau pendamping Anda untuk merawat Anda setelah pulang?
g.	Apakah Anda menerima edukasi pasien terkait kasus/diagnosis Anda saat pulang?
h.	Apakah Anda mendapatkan informasi tentang obat-obatan Anda?
i.	Apakah staf rumah sakit tanggap terhadap kebutuhan Anda dan peduli?
j.	Apakah rumah sakit menyediakan hiburan bagi pasien?
k.	Secara umum, apakah staf rumah sakit memperlakukan Anda dengan penuh perhatian dan hormat?
l.	Secara umum, apakah staf rumah sakit ramah kepada Anda?

## 6. Wawancara dengan Manajer Bank Darah

Pertanyaan Wawancara	
a.	Bagaimana rumah sakit mengimplementasikan pedoman keamanan darah dan produk darah?
b.	Bagaimana rumah sakit memastikan bahwa sampel darah pasien untuk pencocokan silang diidentifikasi dengan aman menggunakan dua identitas unik?
c.	Apakah rumah sakit memiliki prosedur pra-transfusi yang aman, seperti rekrutmen, seleksi, dan retensi donor darah sukarela serta skrining darah (misalnya HIV, virus hepatitis B/HBV)?
d.	Apakah rumah sakit memiliki kebijakan untuk penanganan insiden paparan darah pasca-transfusi?

## 7. Wawancara dengan Petugas Rekam Medis

Pertanyaan Wawancara	
a.	Apakah semua pasien memiliki nomor identifikasi pribadi yang unik?
b.	Apakah rekam medis dapat diakses oleh penyedia layanan kesehatan secara tepat waktu dan aman?
c.	Apakah rumah sakit memiliki daftar singkatan medis yang disetujui?
d.	Apakah rumah sakit memastikan bahwa dokumentasi klinis dilakukan sesuai dengan pedoman yang disetujui?
e.	Apakah pasien memiliki hak untuk mengakses informasi medis mereka?

## 8. Wawancara dengan Petugas Kesehatan Kerja dan Keamanan Lingkungan

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah rumah sakit memiliki komite keselamatan lingkungan multidisiplin?
b. Apakah rumah sakit memiliki program keselamatan bangunan preventif dan korektif?
c. Apakah rumah sakit memiliki program keamanan?
d. Apakah rumah sakit memiliki rencana tanggap darurat untuk bencana eksternal?
e. Jika ya, seberapa sering dilakukan latihan?
f. Apakah rumah sakit memiliki rencana tanggap darurat untuk bencana internal?
g. Jika ya, seberapa sering dilakukan latihan?
h. Apakah rumah sakit memiliki program keselamatan kebakaran dengan penekanan khusus pada area berisiko tinggi seperti laboratorium dan dapur?
i. Apakah rumah sakit memiliki pencahayaan dan tenaga darurat di area berisiko tinggi (misalnya ruang operasi, ICU, bank darah, sistem gas medis) dan lift?
j. Apakah rumah sakit memiliki rencana sistem utilitas yang efektif, termasuk pemeliharaan preventif dan rencana cadangan jika terjadi gangguan?
k. Apakah rumah sakit memiliki program keselamatan radiasi?
l. Bagaimana rumah sakit memastikan makanan dan minuman yang aman dan sesuai bagi pasien, staf, dan pengunjung?
m. Apakah rumah sakit menerapkan kebijakan larangan merokok?

## 9. Wawancara dengan Direktur Klinis / Staf Medis

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah pimpinan mendukung staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien selama tidak ada unsur kesengajaan atau kelalaian?
b. Proses komunikasi seperti apa yang digunakan oleh dokter untuk mentransfer informasi pasien antar rekan sejawat?
c. Apakah rumah sakit mengikuti kode etik, misalnya terkait penelitian, resusitasi, persetujuan, dan kerahasiaan?
d. Menurut Anda, apakah terdapat budaya keselamatan pasien yang terbuka, tidak menghukum, tidak menyalahkan, dan terus belajar serta memperbaiki di semua tingkat rumah sakit?
e. Apakah pimpinan secara rutin menilai sikap staf terhadap budaya keselamatan pasien?
f. Apakah rumah sakit memastikan bahwa staf menerima pelatihan yang sesuai untuk penggunaan peralatan yang tersedia?
g. Apakah semua pasien diidentifikasi dan diverifikasi dengan minimal dua identitas, termasuk nama lengkap dan tanggal lahir?

h.	Apakah rumah sakit mematuhi pedoman praktik klinis yang sesuai, termasuk pedoman WHO jika tersedia? Dapatkah Anda memberikan contoh pedoman tersebut dari bidang keahlian Anda?
i.	Apakah tersedia sistem untuk memastikan bahwa prosedur diagnostik invasif dilakukan dengan aman dan sesuai dengan pedoman standar?
j.	Apakah rumah sakit menerapkan pedoman untuk mengurangi tromboemboli vena?
k.	Dalam praktik Anda, apakah Anda secara rutin menyaring pasien untuk mengidentifikasi yang rentan terhadap bahaya (misalnya jatuh, luka tekan, bunuh diri, malnutrisi, atau infeksi)?
l.	Apakah rumah sakit memiliki daftar singkatan istilah medis yang disetujui?
m.	Apakah rumah sakit meminimalkan penggunaan perintah verbal dan telepon serta transmisi hasil, dan apakah metode 'read back' digunakan saat komunikasi verbal penting?
n.	Apakah rumah sakit memiliki saluran komunikasi yang jelas untuk hasil kritis yang mendesak?
o.	Apakah rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan komunikasi hasil pemeriksaan yang masih tertunda kepada pasien dan penyedia layanan setelah pasien pulang?
p.	Apakah rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan serah terima pasien antar tim klinis dilakukan dengan aman dan menyeluruh?
q.	Apakah rumah sakit memiliki komite pedoman lokal yang secara rutin bertemu untuk memilih, menyusun, dan menerapkan pedoman, protokol, dan daftar periksa yang relevan dengan keselamatan?

## 10. Wawancara dengan Direktur / Koordinator Keperawatan

Pertanyaan Wawancara	
a.	Apakah pimpinan mendukung staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien selama tidak ada unsur kesengajaan atau kelalaian?
b.	Proses komunikasi seperti apa yang digunakan perawat saat serah terima antar shift?
c.	Menurut Anda, apakah terdapat budaya keselamatan pasien yang terbuka, tidak menghukum, tidak menyalahkan, serta berorientasi pada pembelajaran dan peningkatan berkelanjutan di seluruh tingkat rumah sakit?
d.	Apakah pimpinan secara rutin menilai sikap staf terhadap budaya keselamatan pasien?
e.	Apakah rumah sakit melakukan pemeliharaan preventif secara rutin terhadap peralatan, termasuk kalibrasi?
f.	Apakah rumah sakit secara rutin melakukan perbaikan atau penggantian peralatan yang rusak?

g.	Apakah rumah sakit memastikan bahwa staf menerima pelatihan yang sesuai untuk penggunaan peralatan yang tersedia?
h.	Apakah rumah sakit memastikan bahwa semua alat medis yang dapat digunakan ulang telah didekontaminasi secara tepat sebelum digunakan?
i.	Apakah rumah sakit memiliki persediaan yang cukup untuk memastikan dekontaminasi dan sterilisasi dapat dilakukan segera?
j.	Apakah semua pasien diidentifikasi dan diverifikasi dengan minimal dua identitas, termasuk nama lengkap dan tanggal lahir?
k.	Apakah tersedia sistem untuk mengidentifikasi alergi, misalnya dengan sistem kode warna?
l.	Apakah Anda mempertimbangkan perasaan pasien dan pendamping selama seluruh proses perawatan?
m.	Apakah rumah sakit memiliki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang tidak menghukum?
n.	Apakah pelaporan insiden dilakukan oleh perawat di rumah sakit ini?
o.	Bagaimana rumah sakit memberikan umpan balik kepada staf setelah insiden terjadi?
p.	Apakah rumah sakit memiliki protokol tanggap darurat untuk situasi krisis seperti kebakaran, gempa bumi, atau gangguan lainnya?
q.	Apakah protokol tersebut dilatihkan kepada staf secara rutin?
r.	Apakah ada prosedur standar operasional (SPO) untuk penanganan tekanan luka dan pencegahan jatuh?
s.	Apakah perawat diberi pelatihan dalam hal komunikasi efektif dengan pasien dan keluarga?
t.	Apakah rumah sakit memiliki kebijakan untuk keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan?
u.	Apakah rumah sakit memiliki pedoman tertulis untuk pelaksanaan praktik keperawatan?
v.	Apakah ada supervisi keperawatan secara rutin di semua unit layanan?
w.	Apakah keperawatan melakukan audit terhadap dokumentasi keperawatan?
x.	Bagaimana rumah sakit menindaklanjuti hasil audit tersebut?
y.	Apakah rumah sakit memiliki tim peningkatan mutu keperawatan?
z.	Apakah rumah sakit mengikutsertakan perawat dalam proses pengambilan keputusan klinis?
aa.	Apakah rumah sakit memiliki sistem pelatihan berkelanjutan untuk perawat?

## 11. Wawancara dengan Pejabat Pengembangan Profesional / Koordinator SDM

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah rumah sakit memiliki program orientasi keselamatan pasien?
b. Apakah rumah sakit memiliki program pengembangan profesional staf dengan keselamatan pasien sebagai tema utama?
c. Jika ya, apa saja yang termasuk di dalamnya?
d. Apakah seluruh staf memahami prosedur pelaporan dan langkah-langkah yang harus diambil selama dan setelah kejadian yang merugikan?
e. Apakah komite staf medis memantau kompetensi (kualifikasi) semua tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit?
f. Apakah rumah sakit melakukan verifikasi kompetensi semua tenaga kesehatan melalui komite kredensial medis internal?
g. Jika ya, apakah ada bukti yang mendukung hal tersebut?

## 12. Wawancara dengan Direktur Medis / Kepala Staf Medis

Pertanyaan Wawancara
a. Apakah pimpinan mendukung staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien selama tidak ada unsur kesengajaan atau kelalaian?
b. Proses komunikasi seperti apa yang digunakan oleh dokter untuk mentransfer informasi pasien antar rekan sejawat?
c. Apakah rumah sakit mengikuti kode etik, misalnya terkait penelitian, resusitasi, persetujuan, dan kerahasiaan?
d. Menurut Anda, apakah terdapat budaya keselamatan pasien yang terbuka, tidak menghukum, tidak menyalahkan, dan terus belajar serta memperbaiki di semua tingkat rumah sakit?
e. Apakah pimpinan secara rutin menilai sikap staf terhadap budaya keselamatan pasien?
f. Apakah rumah sakit memastikan bahwa staf menerima pelatihan yang sesuai untuk penggunaan peralatan yang tersedia?
g. Apakah semua pasien diidentifikasi dan diverifikasi dengan minimal dua identitas, termasuk nama lengkap dan tanggal lahir?
h. Apakah rumah sakit mematuhi pedoman praktik klinis yang sesuai, termasuk pedoman WHO jika tersedia? Dapatkah Anda memberikan contoh pedoman tersebut dari bidang keahlian Anda?
i. Apakah tersedia sistem untuk memastikan bahwa prosedur diagnostik invasif dilakukan dengan aman dan sesuai dengan pedoman standar?
j. Apakah rumah sakit menerapkan pedoman untuk mengurangi tromboemboli vena?



k.	Dalam praktik Anda, apakah Anda secara rutin menyaring pasien untuk mengidentifikasi yang rentan terhadap bahaya (misalnya jatuh, luka tekan, bunuh diri, malnutrisi, atau infeksi)?
l.	Apakah rumah sakit memiliki daftar singkatan istilah medis yang disetujui?
m.	Apakah rumah sakit meminimalkan penggunaan perintah verbal dan telepon serta transmisi hasil, dan apakah metode 'read back' digunakan saat komunikasi verbal penting?
n.	Apakah rumah sakit memiliki saluran komunikasi yang jelas untuk hasil kritis yang mendesak?
o.	Apakah rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan komunikasi hasil pemeriksaan yang masih tertunda kepada pasien dan penyedia layanan setelah pasien pulang?
p.	Apakah rumah sakit memiliki sistem untuk memastikan serah terima pasien antar tim klinis dilakukan dengan aman dan menyeluruh?
q.	Apakah rumah sakit memiliki komite pedoman lokal yang secara rutin bertemu untuk memilih, menyusun, dan menerapkan pedoman, protokol, dan daftar periksa yang relevan dengan keselamatan?
r.	Apakah rumah sakit memiliki sistem audit klinis rutin yang melibatkan staf medis untuk meninjau mutu perawatan pasien?
s.	Apakah rumah sakit mendukung pelaporan dan peninjauan insiden klinis oleh staf medis, serta penggunaan hasilnya untuk pembelajaran dan peningkatan?

## 8. Template Laporan

### 1. Tujuan

Melakukan asesmen eksternal terhadap [NAMA RUMAH SAKIT], berdasarkan Standar Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP).

### 2. Pengaturan

[NAMA RUMAH SAKIT] adalah rumah sakit [NEGERI/SWASTA] yang terletak di [Provinsi, Kabupaten]. Rumah sakit ini menyediakan layanan kesehatan dan memiliki kapasitas tempat tidur sebanyak [jumlah tempat tidur]. Layanan yang disediakan mencakup beragam pelayanan medis dan bedah, baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan.

### 3. Metodologi

RSRKP terdiri dari 134 kriteria yang diprioritaskan ke dalam tiga kategori: kritis, inti, dan pengembangan. Kriteria ini dikelompokkan dalam lima domain utama:

- Kepemimpinan dan manajemen
- Keterlibatan pasien dan publik
- Praktik klinis aman berbasis bukti

- d. Lingkungan aman
- e. Pembelajaran sepanjang hayat

#### 4. **Temuan**

Dari lima domain yang dinilai:

- a. Domain memperoleh nilai tertinggi dengan skor [persentase]%
- b. Domain yang nilai kedua tertinggi dengan [persentase]%
- c. Domain yang nilai ketiga dengan [persentase]%
- d. Domain di posisi keempat dengan [persentase]%
- e. Domain di posisi kelima dengan [persentase]%

Tingkat kepatuhan keseluruhan dari semua kriteria (kritis, inti, dan pengembangan) di lima domain adalah [persentase]%.  
Skor penilaian akan dilakukan melalui sistem informasi digital penilaian rumah sakit ramah keselamatan pasien. Asesor memberikan skor, temuan, rekomendasi dan skor. Selanjutnya secara otomatis hasilnya dapat muncul setelah skor terisi pada sistem penilaian

#### 5. **Kesimpulan**

Laporan ini mencerminkan posisi rumah sakit terhadap standar rumah sakit ramah keselamatan pasien dan memberikan dasar yang jelas untuk peningkatan berkelanjutan.

#### 6. **Presentasi**

Presentasi dilakukan oleh tim asesor untuk menyampaikan kekuatan dan peluang dari setiap domain dan rekomendasi singkat untuk jangka pendek dan panjang.

Dilakukan saat hari terakhir penilaian sebelum penutupan dihadapan pimpinan dan tim rumah sakit.

Domain A: Standar kepemimpinan dan manajemen

- a. Kekuatan
- b. Peluang untuk perbaikan

Domain B: Standar keterlibatan pasien dan publik

- a. Kekuatan
- b. Peluang untuk perbaikan

Domain C: Standar praktik klinis berbasis bukti yang aman

- a. Kekuatan
- b. Peluang untuk perbaikan

Domain D: Standar lingkungan yang aman

- a. Kekuatan
- b. Peluang untuk perbaikan

Domain E: Standar pembelajaran seumur hidup

- a. Kekuatan
- b. Peluang untuk perbaikan

Rekomendasi

- a. Jangka pendek
- b. Jangka panjang

## Bab IV

# FAQ (Frequently Asked Questions). Program Sertifikasi Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP).

### Kata Pengantar

Keselamatan pasien bukan lagi sekadar prinsip etika atau kepatuhan regulasi—melainkan jantung dari mutu pelayanan rumah sakit yang sesungguhnya. Dalam era transformasi sistem kesehatan yang semakin kompleks dan berorientasi pada pasien, kebutuhan akan rumah sakit yang aman, tangguh, dan transparan menjadi semakin mendesak.

Program **Sertifikasi Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP)** hadir sebagai jawaban terhadap tantangan tersebut. Didasarkan pada *WHO Patient Safety Friendly Hospital Framework* dan *Patient Safety Assessment Manual edisi ke-3 (2020)*, serta sejalan dengan *WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021–2030*, sertifikasi ini dikembangkan oleh PERSI dan IKPRS sebagai wujud komitmen nasional terhadap budaya keselamatan pasien yang berkelanjutan.

Melalui sertifikasi ini, rumah sakit tidak hanya menilai capaian teknis dan administratif, tetapi juga meneguhkan jati diri sebagai institusi yang berorientasi pada perlindungan pasien, mendengarkan suara pasien dan masyarakat, serta mengelola risiko secara proaktif dan ilmiah. Dengan 21 standar dan 134 kriteria, termasuk unsur kepemimpinan, keterlibatan pasien, praktik klinis aman, lingkungan kerja yang mendukung, dan pembelajaran berkesinambungan, RSRKP mendorong rumah sakit untuk tumbuh dalam integritas dan daya saing.

Penyusunan daftar pertanyaan yang sering diajukan (FAQ) ini untuk membantu rumah sakit memahami tujuan, manfaat, dan proses sertifikasi secara jelas dan komprehensif. Harapannya, dokumen ini menjadi langkah awal bagi rumah sakit Anda untuk bergabung dalam jejaring nasional rumah sakit ramah keselamatan pasien—demi pelayanan yang lebih aman, manusiawi, dan terpercaya.

**1. Apa itu Sertifikasi RSRKP?**

RSRKP (Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien) adalah program penilaian dan pengakuan bagi rumah sakit yang telah melampaui standar dasar keselamatan pasien dan mengadopsi pendekatan sistematis berbasis standar WHO 2020 dan WHO GPSAP 2021–2030 untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien secara menyeluruh.

**2. Apa tujuan utama Sertifikasi RSRKP?**

- Menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas dalam semua aspek manajemen dan pelayanan RS.
- Meningkatkan akuntabilitas dan transparansi pelayanan.
- Mengembangkan budaya keselamatan dan keterlibatan pasien.
- Menyelaraskan RS dengan standar global (WHO) dan nasional (Starkes 2024).

**3. Siapa yang mengembangkan standar dan instrumen RSRKP?**

**Standar Pelayanan RSRKP (SPRR)** dan Instrumennya dikembangkan oleh PERSI dan Institut Keselamatan Pasien RS (IKPRS), dengan merujuk pada WHO *Patient Safety Friendly Hospital Framework*, *Patient Safety Assessment Manual (3rd edition, 2020)* dan selaras dengan WHO GPSAP 2021–2030.

**4. Apa hubungan RSRKP dengan GPSAP WHO 2021–2030?**

RSRKP merupakan implementasi nasional dari strategi GPSAP WHO untuk mendorong transformasi sistem layanan kesehatan yang “zero harm” bagi pasien.

**5. Apa saja domain utama penilaian RSRKP?**

Terdiri dari 5 domain:

- a. Kepemimpinan dan Manajemen
- b. Keterlibatan Pasien dan Masyarakat
- c. Praktik Klinis Berbasis Bukti yang Aman
- d. Lingkungan yang Aman
- e. Pembelajaran Berkelanjutan

Total terdiri dari 21 standar dengan 134 kriteria, terbagi menjadi *Kriteria Kritis (Cr)*, *Kriteria Inti (Co)*, dan *Kriteria Perkembangan (D)*.

**6. Apa perbedaan Sertifikasi RSRKP dengan akreditasi rumah sakit?**

RSRKP bukan menggantikan akreditasi, tetapi melengkapi dan memperkuat budaya keselamatan pasien. RSRKP fokus pada integrasi dan penguatan sistem keselamatan berbasis ekosistem dan pendekatan berbasis data serta partisipasi pasien.

**7. Apa manfaat mendapatkan SRSRK?**

- Diakui sebagai RS yang berkomitmen pada keselamatan pasien.
- Meningkatkan kepercayaan masyarakat.
- Memperkuat reputasi dan daya saing RS.
- Menjadi bukti kepatuhan terhadap standar global dan nasional.
- Menjadi alat bantu untuk penilaian/asesmen mandiri dan peningkatan berkelanjutan.

**8. Bagaimana proses penilaian dilakukan?**

Melalui proses peer-review oleh asesor bersertifikat. Penilaian dilakukan di lapangan selama 2–3 hari, dengan wawancara, tinjauan dokumen, dan observasi.

Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar pemberian sertifikat.

**9. Apakah RS dapat melakukan self-assessment sebelum disertifikasi?**

Ya. Dokumen Instrumen Penilaian SPRR Buku II dirancang juga sebagai alat penilaian mandiri (self-assessment) untuk RS mempersiapkan diri sebelum menjalani penilaian eksternal.

**10. Apa output atau hasil akhir dari proses penilaian ini?**

Rumah sakit yang lulus akan memperoleh SRSRK dari PERSI, yang merupakan pengakuan prestisius sebagai rumah sakit ramah keselamatan pasien.

**11. Siapa yang bertanggung jawab dalam implementasi di RS?**

Kepemimpinan RS (direksi), manajer keselamatan pasien, kepala instalasi, dan seluruh tim pelayanan terlibat dalam pelaksanaan SRSRK.

**12. Apakah sertifikasi ini berdampak pada citra rumah sakit?**

Sangat. SRSRK memperkuat branding rumah sakit sebagai institusi yang aman, terpercaya, dan berorientasi pada pasien.

**13. Apakah ada pelatihan untuk mempersiapkan SRSRK?**

Ya, tersedia pelatihan dan workshop dari PERSI - IKPRS untuk mendampingi rumah sakit dalam mempersiapkan penerapan SRSRK.

**14. Apakah program ini wajib bagi semua rumah sakit di Indonesia?**

Saat ini, SRSRK bersifat sukarela, tetapi sangat dianjurkan untuk RS yang ingin meningkatkan level keselamatan pasien dan selaras dengan arah kebijakan WHO dan Kementerian Kesehatan Indonesia.

## **15. Siapa yang dapat dihubungi untuk informasi lebih lanjut?**

Informasi lebih lanjut dapat diperoleh melalui:

- PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia)
- Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS)
- Melalui kegiatan pelatihan atau bimbingan teknis terkait RSRKP yang rutin diselenggarakan.

## Bab V

# PENUTUP

**“Keselamatan pasien adalah janji moral tertinggi dalam pelayanan kesehatan.”**

Ketika seseorang memasuki rumah sakit—entah sebagai pasien, keluarga, atau pengunjung—ada satu harapan yang tidak pernah terucap secara eksplisit, namun selalu menyertai: *semoga aman, semoga selamat*. Harapan ini sederhana, namun menjadi inti dari mengapa profesi kesehatan ada. Dan ketika harapan ini diabaikan, akibatnya bisa sangat besar: bukan hanya menurunkan kepercayaan, tetapi juga mengguncang rasa kemanusiaan dalam pelayanan itu sendiri.

Di sinilah Standar Pelayanan Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (SPRR) menemukan relevansinya yang paling mendalam. Ia lahir dari kesadaran kolektif bahwa rumah sakit bukan hanya tempat menyembuhkan penyakit, tetapi juga tempat di mana keselamatan harus menjadi atmosfer yang dihirup semua orang di dalamnya—pimpinan, tenaga kesehatan, staf penunjang, hingga pasien dan keluarga.

Disusun berdasarkan *WHO Patient Safety Assessment Manual (2020)* dan ditautkan erat dengan kerangka strategis *WHO Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021–2030*, SPRR membawa visi besar ke dalam realitas rumah sakit Indonesia. Ia menjembatani antara standar global dan konteks nasional, antara prinsip dan praktik, antara harapan dan implementasi nyata. Bahkan, melalui penguatan relevansinya terhadap regulasi dalam negeri seperti *Standar Akreditasi Rumah Sakit Kemenkes 2024 (Starkes 2024)*, SPRR menjadi instrumen yang tak hanya inspiratif tapi juga aplikatif.

Namun, kita tahu bahwa standar dan pedoman, betapapun canggihnya, tak



akan bermakna tanpa keterlibatan dan keberanian untuk berubah. Oleh karena itu, program **Sertifikasi Rumah Sakit Ramah Keselamatan Pasien (RSRKP)** hadir bukan sekadar sebagai alat ukur, tetapi sebagai *gerakan perubahan*. Gerakan yang mendorong setiap rumah sakit untuk menengok ke dalam, mengevaluasi secara jujur, dan bertanya: *sudahkah kita cukup aman bagi pasien kita?*

## **Mengapa RSRKP Penting untuk Rumah Sakit Anda?**

RSRKP bukan sekadar “sertifikasi tambahan.” Ia adalah pengakuan yang sangat spesifik dan bernilai tinggi—karena menegaskan bahwa rumah sakit Anda telah melampaui standar dasar, dan memilih untuk benar-benar menjadi *rumah sakit yang berpihak pada keselamatan pasien*. Ada lima alasan kuat mengapa rumah sakit Anda layak mempertimbangkan untuk menjalani proses ini:

- 1. Diakui sebagai rumah sakit yang berkomitmen pada keselamatan pasien.** Bukan hanya dalam dokumen, tetapi dalam tindakan nyata. Dalam setiap prosedur, komunikasi, dan sistem yang dijalankan dengan kesadaran penuh terhadap risiko dan pencegahannya.
- 2. Meningkatkan kepercayaan masyarakat.** Di tengah derasnya arus informasi dan meningkatnya literasi kesehatan, masyarakat kini lebih kritis dan selektif. Sertifikasi RSRKP menjadi jaminan bahwa rumah sakit Anda tidak hanya kompeten secara medis, tetapi juga aman secara sistem.
- 3. Memperkuat reputasi dan daya saing rumah sakit.** Dalam kompetisi layanan kesehatan saat ini, rumah sakit yang mampu menunjukkan nilai tambah dalam hal keselamatan pasien akan tampil lebih unggul di mata pasien, mitra asuransi, hingga lembaga pengakuan mutu nasional dan internasional.
- 4. Menjadi bukti nyata kepatuhan terhadap standar nasional dan global.** Rumah sakit yang meraih Sertifikat RSRKP telah menunjukkan keselarasan dengan strategi WHO dan arah kebijakan Kementerian Kesehatan. Hal ini memberi posisi strategis dalam berbagai kerjasama lintas institusi dan program pemerintah.
- 5. Menjadi alat bantu penting untuk penilaian mandiri dan peningkatan berkelanjutan.** Dengan 21 standar dan 134 kriteria, SPRR tidak hanya menjadi alat “menilai”, tetapi juga menjadi *peta jalan* (roadmap) untuk mengembangkan sistem rumah sakit yang belajar, adaptif, dan terus memperbaiki diri.

## Sebuah Transformasi Budaya, Bukan Hanya Prosedur Teknis

Salah satu kekuatan utama dari pendekatan SPRR dan RSRKP adalah penekanannya pada *transformasi budaya*. Ini bukan semata-mata soal memenuhi checklist atau mengumpulkan dokumen, melainkan tentang mengubah cara berpikir, cara bertindak, dan cara semua pihak di rumah sakit—mulai dari direktur hingga cleaning service—memahami peran mereka dalam menjaga keselamatan pasien.

Budaya keselamatan bukanlah sesuatu yang dibentuk dalam sehari. Ia tumbuh dari keberanian untuk mengakui kesalahan, dari sistem yang mendukung pelaporan tanpa takut dihukum, dari pimpinan yang rutin turun ke lapangan untuk *visitasi keselamatan*, dan dari pelatihan-pelatihan yang menyentuh bukan hanya otak, tetapi juga hati.

RSRKP mendorong rumah sakit untuk membangun ekosistem ini secara bertahap namun konsisten. Ia menyatukan kebijakan, perilaku, dan pembelajaran dalam satu garis lurus menuju sistem kesehatan yang lebih aman dan manusiawi.

## Melangkah Bersama dalam Jejaring Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit yang mengikuti proses sertifikasi RSRKP akan menjadi bagian dari jejaring nasional rumah sakit ramah keselamatan pasien. Ini berarti berbagi praktik baik, data, pembelajaran, dan dukungan—bukan bersaing, tetapi bertumbuh bersama. Di era yang semakin kolaboratif, jejaring ini bukan hanya menjadi tempat berbagi ilmu, tetapi juga penguat moral dan motivasi bagi setiap institusi yang ingin terus melangkah.

Dan yang terpenting, ketika rumah sakit Anda memperoleh **Sertifikat RSRKP**, itu bukan sekadar dokumen di dinding. Itu adalah deklarasi kepada dunia bahwa rumah sakit ini berpihak pada pasien—selalu.

## Penutup: Sebuah Undangan untuk Bergerak

Kami percaya bahwa setiap rumah sakit memiliki potensi untuk menjadi lebih aman. Tidak ada rumah sakit yang terlalu kecil atau terlalu besar untuk memulai. Yang dibutuhkan hanyalah keberanian pertama untuk melakukan penilaian diri, menyusun langkah perbaikan, dan bergerak menuju perubahan.

Dokumen ini—Buku II, Instrumen Penilaian SPRR—kami susun untuk membantu langkah awal tersebut. Jadikan ia sebagai cermin untuk melihat kekuatan dan peluang Anda. Gunakan ia sebagai kompas untuk menavigasi perjalanan menuju sistem yang lebih baik.

Kami mengundang Anda, para pemimpin rumah sakit, praktisi keselamatan pasien, dan seluruh insan pelayanan kesehatan, untuk bergabung dalam gelombang transformasi ini. Bersama, kita bisa menjadikan keselamatan pasien bukan hanya prioritas, tetapi budaya yang hidup dalam setiap sudut rumah sakit di Indonesia.

Karena pada akhirnya, rumah sakit terbaik bukan yang paling besar atau paling canggih, tetapi yang paling peduli pada keselamatan pasiennya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alabdullah, H., & Karwowski, W. (2024). Patient safety culture in hospital settings across continents: A systematic review. *Applied Sciences*, 14(18), 8496.
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of patient safety culture in Arab countries: A systematic review. *BMJ Open*, 7(2), e013487.
- Gani, M. S., Arso, S. P., & Dwiantoro, L. (2023). Factors influencing health worker compliance in implementing patient safety goals in Indonesia: Systematic review. *Indonesian Journal of Multidisciplinary Science*, 3(2).
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 21, Article 1057.
- Kang, S., Ho, T. T. T., & Lee, N.-J. (2021). Comparative studies on patient safety culture to strengthen health systems among Southeast Asian countries. *Frontiers in Public Health*, 8, 600216.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2024). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Morello, R. T., Lowthian, J. A., Barker, A. L., McGinnes, R. A., Dunt, D., & Brand, C. A. (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11–18.
- Nuridah, & Yodang, Y. (2020). Barriers and strategies in promoting and improving patient safety culture among Indonesian nurses: A systematic review. *International Journal of Medical Reviews*, 7(2), 63–70.

- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677.
- Vibe, A., Rasmussen, S. H., Rasmussen, N. O. P., Østergaard, D., & Dieckmann, P. (2024). The predictors of patient safety culture in hospital setting: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 20(8), e592–e599.
- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P. A., Khakurel, J., & Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(6), 2028.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Patient safety assessment manual* (3rd ed.). WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

\*PERSI\*  
2025







**PERHIMPUNAN RUMAH SAKIT SELURUH INDONESIA**

Crown Palace Blok E/6. Jl. Prof. Soepomo, SH No. 231 Tebet  
Jakarta Selatan

Telp. : 021-83788722/23

Fax : 021-83788724/25

E-mail : [persi@pacific.net.id](mailto:persi@pacific.net.id)

Website : [www.persi.or.id](http://www.persi.or.id)

