Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9
Jakarta Selatan 12950
(021) 5201590 (hunting)
https://www.yankes.kemkes.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/43853/2024
TENTANG
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka rangka upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien sehingga tercapai tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik, dilakukan akreditasi pada rumah sakit kelas D Pratama;
b. bahwa dalam melaksanakan akreditasi pada rumah sakit kelas D Pratama yang akuntabel dan transparan, perlu adanya instrumen survei akreditasi pada rumah sakit kelas D pratama;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama.

Meningat :

1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5584)

sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2014 tentang Rumah Sakit Kelas D Pratama (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 751);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 316) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 317);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;

9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor NOMOR HK.01.07/MENKES/1094/2024 tentang Standar Akreditasi dan Biaya Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama.

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA.

KESATU : Menetapkan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai alat ukur dan acuan dalam penilaian survei akreditasi rumah sakit kelas D Pratama.

KETIGA : Direktur Jenderal dan masing-masing lembaga penyelenggara akreditasi melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 31 Juli 2024

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

AZHAR JAYA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/43853/2024
TENTANG
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI
RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA

INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit kelas D pratama merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kekhususan tertentu, memiliki peran yang sangat strategis yaitu untuk memenuhi ketersediaan rumah sakit dalam rangka peningkatan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama masyarakat miskin dan tidak mampu di daerah terpencil, perbatasan, kepulauan, dan tertinggal, serta daerah yang belum tersedia rumah sakit atau rumah sakit yang telah ada sulit dijangkau akibat kondisi geografis. Dengan demikian Rumah Sakit Kelas D Pratama dibangun untuk mendekatkan akses pelayanan kesehatan dalam rangka peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

Rumah sakit kelas D pratama dikategorikan sebagai faslititas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan medik dasar dan dapat menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik dasar. Sejalan dengan konsep perizinan berusaha sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan, perizinan rumah sakit kelas D pratama masuk dalam kategori risiko menengah tinggi.

Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit kelas D pratama harus memperhatikan mutu dan keselamatan pasien. Pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang memenuhi tujuh dimensi mutu yaitu pelayanan yang aman, tepat waktu, efisien, efektif,

berorientasi pada pasien, adil dan terintegrasi. Pemenuhan mutu pelayanan di rumah sakit dilakukan dengan dua cara yaitu peningkatan mutu secara internal dan peningkatan mutu secara eksternal. Rumah sakit kelas D pratama harus melakukan peningkatan mutu internal dan eksternal secara berkesinambungan (*continuous quality improvement)*.

Peningkatan Mutu Internal (*Internal Continous Quality Improvement*) yaitu rumah sakit melakukan upaya peningkatan mutu secara berkala antara lain penetapan, pengukuran, pelaporan dan evaluasi indikator nasional mutu serta pelaporan insiden keselamatan pasien dan menyelenggarakan manajemen risiko. Peningkatan Mutu Eksternal (*External Continous Quality Improvement*) merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit kelas D pratama secara keseluruhan. Beberapa kegiatan yang termasuk peningkatan mutu eksternal adalah perizinan, sertifikasi, dan akreditasi. Peningkatan mutu secara internal dan eksternal secara berkesinambungan ini menjadi hal terpenting bagi rumah sakit kelas D pratama untuk menjamin mutu pelayanan.

Akreditasi merupakan pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah. Pada bulan Juli 2024 Kementerian Kesehatan mencatat terdapat 67 Rumah Sakit D Pratama telah teregistrasi. Pemerintah mengharapkan pada tahun 2024 seluruh rumah sakit di Indonesia termasuk rumah sakit kelas D pratama telah terakreditasi sesuai dengan target RPJMN tahun 2020 - 2024.

Dalam hal memenuhi standar akreditasi rumah sakit kelas D pratama yang meliputi penilaian terhadap elemen penilaian, maka diperlukan adanya suatu alat bantu. Berdasarkan hal tersebut maka Kementerian Kesehatan menetapkan Instrumen Survei Akreditasi Rumah Sakit Kelas D Pratama.

B. Sasaran

1. Pemerintah daerah provinsi;
2. Pemerintah daerah kabupatan/kota;
3. Rumah Sakit Kelas D Pratama; dan
4. Lembaga Penyelenggara Akreditasi Rumah Sakit,

BAB II
INSTRUMEN SURVEI AKREDITASI RUMAH SAKIT KELAS D PRATAMA

A. Bab Tata Kelola Rumah Sakit Kelas D Pratama

Rumah Sakit Kelas D Pratama adalah rumah sakit umum yang memberikan pelayanan rawat inap, rawat jalan, gawat darurat untuk peningkatan akses bagi masyarakat pada daerah yang memenuhi kriteria daerah terpencil, daerah perbatasan, daerah kepulauan atau pulau-pulau kecil terluar, daerah tertinggal, daerah yang belum tersedia rumah sakit atau rumah sakit yang telah ada sulit dijangkau akibat kondisi.

Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat didirikan oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan masyarakat. Rumah Sakit Kelas D Pratama yang didirikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah harus berbentuk unit pelaksana teknis dari instansi yang bertugas di bidang kesehatan, instansi tertentu, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang organisasi pemerintah. Rumah Sakit Kelas D Pratama yang didirikan oleh masyarakat harus berbentuk badan hukum sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rumah Sakit Kelas D Pratama merupakan fasilitas pelayanan kesehatan dengan kekhususan tertentu menyelenggarakan pelayanan kesehatan medik umum atau yang biasa kita kenal dengan pelayanan medik dasar, akan tetapi karena kondisi geografis dan wilayah yang sulit menjangkau pelayanan rumah sakit, rumah sakit kelas D pratama dapat menyelenggarakan pelayanan medik spesialistik.

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatannya Rumah Sakit Kelas D Pratama paling sedikit memiliki:

1. pelayanan medik dasar;
2. pelayanan gawat darurat;
3. pelayanan keperawatan dan kebidanan;
4. pelayanan farmasi;
5. pelayanan penunjang, antara lain pelayanan laboratorium medis pratama, pelayanan radiologi, pelayanan gizi, dan pelayanan penunjang lainnya.

Untuk mencapai tujuan sesuai dengan visi dan misi, rumah sakit kelas D pratama harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel sehingga dapat menjalankan tata kelola rumah sakit dan tata

kelola klinis yang baik. Organisasi rumah sakit kelas D pratama paling sedikit terdiri atas kepala atau direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, dan administrasi umum dan keuangan. Kepala atau direktur rumah sakit dapat dijabat oleh tenaga medis, tenaga kesehatan, atau tenaga profesional yang memiliki kompetensi manajemen rumah sakit. Untuk dapat memberikan pelayanan yang optimal kepada pasien, rumah sakit kelas D pratama harus memiliki kepemimpinan yang efektif. Salah satu indikator kepemimpinan yang efektif adalah adanya kejelasan pembagian tugas dan peran dari masing-masing pemangku kepentingan di rumah sakit kelas D pratama yaitu pemilik, penanggung jawab, dan pemberi pelayanan tertuang dalam sebuah tata kelola rumah sakit kelas D pratama.

Tata kelola rumah sakit kelas D pratama yang baik akan menghasilkan pelayanan yang baik terutama dalam upaya meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

1. Standar 1.1 Pengorganisasian Rumah Sakit Kelas D Pratama

   Dalam mengemban tugas, tanggung jawab, dan wewenang, rumah sakit kelas D pratama perlu menyusun pengorganisasian yang jelas. Pengorganisasian rumah sakit kelas D pratama disesuaikan dengan visi, misi, dan tujuan rumah sakit. Struktur organisasi rumah sakit kelas D pratama ditetapkan dengan kejelasan tugas dan tanggung jawab, alur kewenangan dan komunikasi, kerja sama, dan keterkaitan antar petugas. Tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis berupa peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*), serta standar prosedur operasional dan kebijakan teknis lain yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit kelas D pratama.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Tersedia peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*), yang ditetapkan oleh pemilik/representasi pemilik rumah sakit kelas D pratama.	Terdapat dokumen penetapan peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*), yang ditetapkan oleh pemilik/representasi pemilik Rumah Sakit-sesuai	10 5 0

	dengan standar dan ketentuan yang berlaku.	
2. Tersedia struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik yang dijelaskan di dalam peraturan internal rumah sakit (*hospital by laws*) yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit.	1. Terdapat struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik yang dijelaskan di dalam aturan internal rumah sakit (*Hospital by Laws*) yang ditetapkan oleh pemilik rumah sakit. 2. Terdapat penetapan kepala atau direktur rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan	10 5 0
3. Kepala atau direktur rumah sakit menunjuk pimpinan rumah sakit dan kepala unit sesuai kualifikasi dalam persyaratan jabatan yang telah ditetapkan beserta uraian tugasnya.	Terdapat penetapan pimpinan rumah sakit dan kepala unit sesuai kualifikasi dalam persyaratan jabatan yang telah ditetapkan beserta uraian tugasnya.	10 5 0
4. Tersedia visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit D Pratama	1. Terdapat dokumen penetapan visi, misi, dan tujuan Rumah Sakit oleh pemilik rumah sakit 2. Terdapat bukti sosialisasi visi, misi dan tujuan RS D Pratama	10 5 0

5. Tersedia uraian tugas, tanggung jawab, dan wewenang yang ditetapkan.	1. Terdapat dokumen penetapan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk masing-masing staf di RS 2. Pemahaman dan pelaksanaan tugas, tanggung jawab dan wewenang staf rumah sakit yang telah ditetapkan melalui wawancara	10 5 0
6. Pimpinan rumah sakit memastikan terlaksananya program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) di Rumah Sakit	1. Terdapat dokumen Program PMKP yang telah ditetapkan oleh kepala atau direktur RS dan disetujui oleh pemilik/representasi pemilik 2. Terdapat laporan pelaksanaan Program PMKP yang disampaikan kepada pemilik/representasi pemilik setiap triwulan 3. Kepala atau direktur dan pimpinan RS memahami pelaksanaan program PMKP di RS melalui wawancara.	10 5 0
7. Kepala atau direktur serta pimpinan rumah sakit menetapkan dan mengevaluasi	1. Terdapat dokumen indikator prioritas RS yang ditetapkan oleh kepala atau direktur	10 5 0

indikator prioritas rumah sakit.	rumah sakit 2. Terdapat dokumen evaluasi indikator prioritas RS 3. Kepala atau direktur rumah sakit memahami proses penetapan indikator prioritas rumah sakit dan pelaksanaan evaluasinya melalui wawancara.	
8. Rumah Sakit menyusun kode etik rumah sakit dan ditetapkan oleh kepala atau Direktur Rumah Sakit	1. Terdapat dokumen bukti proses penyusunan kode etik rumah sakit (undangan, daftar hadir, notulen, dan materi) 2. Terdapat dokumen penetapan kode etik RS 3. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan sosialisasi kode etik rumah sakit	10 5 0

2. Standar 1.2 Tata Kelola Sumber Daya Manusia

Rumah sakit kelas D pratama memiliki tata kelola sumber daya manusia (SDM) yang meliputi perencanaan, pemetaan kebutuhan, perekrutan, evaluasi dan pengembangan sumber daya manusia. Kebutuhan mempertimbangkan jumlah, jenis dan kompetensi yang sesuai dengan kebutuhan dan jenis pelayanan yang disediakan rumah sakit kelas D pratama. Jenis dan jumlah ketenagaan pada rumah sakit kelas D pratama disesuaikan dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam. Di samping itu perlu dilakukan kredensial kepada tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, karena mereka secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis.

Dalam hal terdapat pelayanan *telemedicine* antar fasilitas pelayanan kesehatan, Rumah sakit kelas D pratama harus menetapkan sumber

daya manusia pelaksana pelayanan *telemedicine*, melakukan proses kredensial untuk selanjutnya dilakukan pemberian kewenangan klinis kepada dokter yang memberikan konsultasi dan/atau yang meminta konsultasi dalam pelayanan *telemedicine.* Pelayanan *telemedicine* dapat berupa pelayanan teleradiologi, teleelektrokardiografi, teleultrasonografi, telekonsultasi klinis, dan pelayanan konsultasi *telemedicine* lain sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

Orientasi terhadap rumah sakit, dan orientasi terhadap tugas pekerjaan staf merupakan suatu proses yang penting. Rumah sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, dan kepuasan kerja.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Pemenuhan kebutuhan dan ketersediaan tenaga dilakukan sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan yang mengacu kepada ketentuan peraturan perundang-undangan	1. Terdapat dokumen perencanaan kebutuhan tenaga sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan yang mengacu pada ketentuan peraturan perundangan yang telah ditetapkan 2. Wawancara kepada pimpinan RS tentang proses perencanaan kebutuhan tenaga sesuai dengan jumlah dan jenis kebutuhan layanan di RS	10 5 0
2. Setiap staf telah memiliki uraian tugas sesuai dengan tugas yang diberikan	Terdapat dokumen file kepegawaian seluruh SDM sesuai dengan poin 1-8 pada maksud dan tujuan dalam standar akreditasi	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
3. Tersedia data kepegawaian seluruh SDM yang diperbaharui secara berkala.	Terdapat data kepegawaian seluruh SDM yang diperbaharui secara berkala	10 5 0
4. Rumah sakit telah menetapkan regulasi dan melaksanakan orientasi bagi staf baru di rumah sakit	1. Terdapat regulasi orientasi (orientasi umum dan/atau khusus) bagi staf baru (rekrutmen baru, rotasi, mutasi, magang) di RS 2. Terdapat bukti pelaksanaan orientasi staf baru di RS 3. Wawancara dengan staf baru terkait pelaksanaan orientasi di RS	10 5 0
5. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diberikan kepada staf rumah sakit baik internal maupun eksternal.	1. Terdapat bukti perencanaan Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diberikan kepada staf rumah sakit baik internal maupun eksternal 2. Terdapat bukti pelaksanaan Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diberikan kepada staf rumah sakit baik internal maupun eksternal.	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
6. Rumah sakit telah menetapkan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar (BHD) pada seluruh staf dan bantuan hidup tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit.	1. Terdapat kebijakan yang ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit yang mewajibkan dilaksanakannya pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar (BHD) pada seluruh staf dan bantuan hidup tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit. 2. Terdapat bukti pelaksanaan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar (BHD) pada seluruh staf dan bantuan hidup tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit. 3. Staf mampu menyimulasikan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar (BHD) dan bantuan hidup tingkat lanjut (*code blue*).	10 5 0
7. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.	1. Terdapat program kesehatan dan keselamatan staf 2. Terdapat bukti	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan staf 3. Wawancara dengan pimpinan dan staf RS tentang pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan staf	
8. Rumah sakit telah menetapkan peraturan internal tenaga medis *(medical staf bylaws*) yang mengatur proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial tenaga medis	Terdapat penetapan peraturan internal tenaga medis (*medical staf bylaws*) yang mengatur proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial tenaga medis	10 5 0
9. Rumah sakit menyelenggarakan proses kredensial bagi tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya	1. Terdapat regulasi proses kredensial dan re-kredensial tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga Kesehatan lainnya 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan proses kredensial dan re-kredensial bagi tenaga medis, tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya	10 5 0
10. Ada bukti pemberian kewenangan klinis dan	1. Terdapat dokumen Surat penugasan klinis	10 5

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota tenaga medis dalam bentuk cetak atau elektronik (*softcopy*) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan.	dan rincian kewenangan klinis anggota tenaga medis dalam bentuk cetak atau elektronik *(softcopy*) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan. 2. Tenaga medis memahami tentang pemberian kewenangan klinis.	0
11. Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin tenaga medis	1. Terdapat dokumen penetapan penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin tenaga medis 2. Terdapat bukti pelaksanaan penilaian kinerja	10 5 0
12. Kinerja SDM dievaluasi secara berkala.	1. Terdapat regulasi evaluasi penilaian kinerja SDM 2. Terdapat dokumen bukti evaluasi kinerja SDM secara berkala minimal sekali dalam setahun	10 5 0

3. Standar 1.3 Tata Kelola Fasilitas dan Keselamatan

Rumah sakit kelas D pratama harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan suportif bagi pasien, keluarga, staf dan

pengunjung. Fokus pada standar tata kelola fasilitas dan keamanan ini meliputi:

a. kepemimpinan dan perencanaan;
b. keselamatan;
c. keamanan;
d. pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbah B3;
e. proteksi kebakaran;
f. peralatan medis;
g. sistim utilitas;
h. penanganan kedaruratan dan bencana;
i. konstruksi dan renovasi; dan
j. pelatihan.

Rumah sakit harus mematuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan bangunan, sarana, dan prasarana. Rumah sakit kelas D pratama juga harus menyediakan peralatan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Tersedia bukti perizinan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.	Terdapat dokumen bukti perizinan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan serta perizinan lain sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku	10 5 0
2. Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan penanggungjawab tata kelola fasilitas dan keselamatan yang memiliki kompetensi dan pengalaman dalam melakukan pengelolaan pada fasilitas dan	Terdapat SK Penanggungjawab tata Kelola fasilitas dan keselamatan disertai uraian tugas dan tanggung jawab serta memiliki kompetensi dan/atau pengalaman dalam melakukan pengelolaan pada fasilitas	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
keselamatan di lingkungan rumah sakit kelas D pratama.	dan keselamatan di lingkungan rumah sakit	
3. Ada program manajemen risiko fasilitas sebagaimana diuraikan dalam maksud dan tujuan angka 1) sampai dengan angka 8).	1. Terdapat penetapan program manajemen risiko fasilitas: 1) Keselamatan dan Keamanan 2) Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) serta limbah B3 3) Sistem proteksi kebakaran 4) Peralatan medis 5) Sistem utilitas meliputi listrik, air, dan gas medis serta sarana sanitasi 6) Penanggulangan Bencana 7) Sampah domestik dan limbah 8) Konstruksi dan Renovasi 2. Terdapat laporan pelaksanaan dan evaluasi program manajemen risiko fasilitas kepada kepala atau direktur rumah sakit dan pemilik rumah sakit setiap 6 bulan	10 5 0
4. Tersedia daftar inventaris dan bukti	1. Terdapat daftar inventaris sarana	10 5

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
pemeliharaan sarana yang tersedia di Rumah Sakit D Pratama.	yang tersedia di Rumah Sakit 2. Terdapat bukti pemeliharaan sarana yang tersedia di Rumah Sakit	0
5. Tersedia bukti pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasilitas pelayanan kesehatan.	1. Terdapat regulasi pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasilitas pelayanan kesehatan 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasilitas pelayanan kesehatan 3. Melakukan observasi dan wawancara terhadap pelaksanaan pengamanan dan pengawasan akses keluar masuk fasilitas pelayanan kesehatan	10 5 0
6. Tersedia bukti pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbah B3 sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	1. Terdapat regulasi pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbah B3 2. Terdapat dokumen bukti pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	limbah B3 sesuai peraturan perundang-undangan 3. Rumah sakit memiliki izin alat pengolah limbah B3 atau melakukan kerjasama dengan pihak ketiga yang mempunyai izin sebagai pengolah dan/atau sebagai transporter limbah B3 yang masih berlaku. 4. Melakukan wawancara observasi dan terhadap proses pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbah B3	
7. Tersedia bukti pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah sesuai peraturan perundang-undangan.	1. Terdapat regulasi pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah 2. Terdapat dokumen bukti pengelolaan sampah domestik serta pengelolaan air limbah sesuai peraturan perundang-undangan. 3. Melakukan observasi pelaksanaan pengelolaan sampah domestik serta	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	pengelolaan air limbah	
8. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) dan bukti pemeliharaan APAR.	1. Terdapat alat pemadam api ringan dan dokumen bukti pemeliharaan APAR 2. Mampu menyimulasikan penggunaan APAR	10 5 0
9. Tersedia penanda jalur dan jalur evakuasi yang jelas.	1. Tersedia penanda jalur (rambu-rambu dan titik kumpul) dan jalur evakuasi yang jelas 2. Staf rumah sakit memahami penanda jalur (rambu-rambu dan titik kumpul) dan jalur evakuasi	10 5 0
10. Tersedia bukti larangan merokok.	1. Terdapat kebijakan terkait larangan merokok di lingkungan rumah sakit 2. Terdapat tanda larangan merokok di lingkungan rumah sakit	10 5 0
11. Tersedia daftar inventaris, bukti pemeliharaan dan bukti kalibrasi peralatan medis, dan izin pemanfaatan sumber radiasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-	1. Terdapat regulasi pemeliharaan dan kalibrasi peralatan medis 2. Terdapat dokumen berupa daftar inventaris peralatan medis 3. Terdapat bukti	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
undangan.	pemeliharaan dan bukti kalibrasi peralatan medis 4. Terdapat bukti izin BAPETEN untuk yang memiliki pelayanan radiologi 5. Melakukan observasi untuk memastikan peralatan medis sesuai dengan daftar inventaris, terpelihara dengan baik dan telah terkalibrasi	
12. Rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan sistem utilitas termasuk dalam keadaan darurat	1. Tersedia regulasi tentang pengelolaan sistem utilitas termasuk dalam keadaan darurat 2. Terdapat bukti pelaksanaan pengelolaan sistem utilitas termasuk dalam keadaan darurat 3. Observasi sistem utilitas di RS	10 5 0
13. Rumah sakit telah melakukan simulasi penanggulangan bencana (*disaster drill*) minimal setahun sekali	1. Terdapat regulasi tentang penanggulangan bencana di RS 2. Terdapat bukti pelaksanaan simulasi penanggulangan bencana (*disaster drill*)	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	minimal setahun sekali	
14. Rumah sakit kelas D pratama melakukan penilaian risiko prakontruksi (*Pre Construction Risk Assement*/PCRA) bila ada rencana kontruksi, renovasi, dan demolisi.	1. Terdapat bukti penilaian risiko prakontruksi (PCRA) bila ada rencana kontruksi, renovasi dan demolisi 2. Terdapat bukti evaluasi penanganan resiko prakontruksi (PCRA)	10 5 0
15. Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK) dan didokumentasikan	Terdapat bukti pelaksanaan pelatihan manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK)	10 5 0

4. Standar 1.4 Tata Kelola Kerjasama (TKK 4)

Rumah Sakit D Pratama dapat melakukan kerja sama dengan pihak lain untuk memenuhi kebutuhan pelayanan. Dasar pelaksanaan kerja sama tersebut dituangkan dalam bentuk dokumen kontrak yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Kontrak dapat berupa kontrak klinis dan kontrak manajemen.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama yang jelas.	Terdapat dokumen kontrak atau perjanjian kerja sama	10 5 0
2. Dokumen kontrak memiliki indikator kinerja pihak yang melakukan kerjasama.	Terdapat indikator kinerja pihak yang melakukan kerjasama dan tercantum pada dokumen kontrak.	10 5 0

3. Ada bukti monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak.	Terdapat dokumen bukti monitoring dan evaluasi serta tindak lanjut terhadap pemenuhan indikator kinerja yang tercantum di dalam kontrak.	10 5 0

B. Bab Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)

Gambaran Umum

Dalam memberikan pelayanan dan asuhan pada pasien, rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit kelas D pratama menjalankan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara komprehensif sesuai dengan kebutuhan dan tingkat kompleksitas pelayanan yang diberikan. Ruang lingkup peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada rumah sakit kelas D pratama meliputi:

a. Pemilik, penanggungjawab dan seluruh staf dan bagian terlibat dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien;
b. Ada penetapan, pengukuran, evaluasi dan analisa dari indikator mutu rumah sakit kelas D Pratama;
c. Pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan prosedur yang ditetapkan;

Rumah sakit kelas D pratama mempunyai komite/tim penyelenggara mutu yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam melaksanakan tugasnya, komite/tim penyelenggara mutu memiliki fungsi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang akan diterapkan pada seluruh bagian dan seluruh tenaga yang bekerja di rumah sakit kelas D pratama. Komite/tim penyelenggara mutu akan melaporkan hasil pelaksanaan program PMKP kepada kepala atau direktur rumah sakit setiap 3 (tiga) bulan, untuk selanjutnya dilaporkan kepada pemilik/representatif pemilik rumah sakit. Laporan tersebut mencakup:

1) Hasil pengukuran data, meliputi: pencapaian semua indikator mutu, analisis, validasi, dan perbaikan yang telah dilakukan.

   Pengumpulan data indikator mutu berdasarkan pengukuran Indikator Nasional Mutu (INM) dan prioritas perbaikan tingkat rumah sakit meliputi:

   a) Indikator Nasional Mutu (INM), yaitu indikator mutu nasional yang wajib dilakukan pengukuran dan digunakan sebagai informasi mutu secara nasional.
   b) Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit (IMP-RS) mencakup:
      (1) Indikator sasaran keselamatan pasien paling sedikit 1 (satu) indikator setiap sasaran.
      (2) Indikator pelayanan klinis prioritas paling sedikit 1 (satu)indikator.
      (3) Indikator sesuai tujuan strategis rumah sakit (KPI) paling sedikit 1 (satu) indikator.
      (4) Indikator terkait perbaikan sistem paling sedikit 1(satu) indikator.
      (5) Indikator terkait manajemen risiko, paling sedikit 1 (satu) indikator.
   c) Indikator Mutu Prioritas Unit (IMP-Unit), yaitu indikator prioritas yang khusus dipilih kepala unit yang terdiri atas paling sedikit 1 (satu) indikator.

   Indikator mutu terpilih apabila sudah tercapai dan dapat dipertahankan selama 1 (satu) tahun, maka dapat diganti dengan indikator mutu yang baru.

2) Laporan semua insiden keselamatan pasien meliputi jumlah, jenis (kejadian sentinel, Kejadian Tidak Diharapkan/KTD, Kejadian Nyaris Cidera/KNC, Kejadian Tidak Cidera/KTC, dan Kejadian Potensial Cidera Signifikan/KPCS), tipe insiden dan tipe harm, tindak lanjut yang dilakukan, serta tindakan perbaikan tersebut dapat dipertahankan.

Di samping laporan hasil pelaksanaan program PMKP, komite/tim penyelenggara mutu juga melaporkan hasil pelaksanaan program manajemen risiko berupa pemantauan penanganan risiko yang telah dilaksanakan setiap 6 (enam) bulan kepada kepala atau direktur rumah sakit yang akan diteruskan kepada pemilik/representatif pemilik rumah sakit.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Kepala / Direktur rumah sakit telah membentuk Komite/Tim penyelenggara mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.	Terdapat penetapan Komite/Tim mutu oleh Kepala atau Direktur rumah sakit yang dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenang sesuai peraturan perundang-undangan	10 5 0
2. Komite/ Tim Penyelenggara mutu menyusun program PMKP rumah sakit meliputi poin a) – j) yang telah ditetapkan kepala atau direktur rumah sakit kelas D Pratama dan disahkan oleh pemilik/representatif pemilik	1. Terdapat penetapan program PMKP RS meliputi: a. Pengukuran dan pelaporan indikator mutu termasuk indikator nasional mutu (INM), indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP Unit) b. Meningkatkan perbaikan mutu dan mempertahankan perbaikan berkelanjutan. c. Mengurangi varian dalam praktek klinis dengan menerapkan PPK/Algoritme/Protokol dan melakukan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	pengukuran dengan clinical pathway. d. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien. e. Penerapan sasaran keselamatan pasien. f. Evaluasi kontrak klinis dan kontrak manajemen. g. Pelatihan semua staf sesuai perannya dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. h. Mengkomunikasikan hasil pengukuran mutu meliputi masalah mutu dan capaian data kepada staf. i. Penerapan manajemen risiko terintegrasi mencakup pelaksanaan proses manajemen risiko yang dibuktikan dengan membuat daftar risiko dan melakukan mitigasi resiko.	
3. Program PMKP	1. Terdapat dokumen	10

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
dievaluasi setiap triwulan untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan	laporan evaluasi program PMKP 2. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu memahami penerapan dan evaluasi program PMKP	5 0
4. Ada indikator mutu layanan yang diukur, dievaluasi, dianalisa dan ditindaklanjuti serta dilaporkan sesuai dengan ketentuan.	1. Terdapat bukti pengukuran, analisis, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap hasil pelaporan indikator mutu kepada kepala atau direktur rumah sakit, Pemilik/ Representasi pemilik, dan Kementerian Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku 2. Komite/ Tim penyelenggara Mutu dan kepala unit memahami proses pengukuran, Analisa, evaluasi, dan tindak lanjut terhadap hasil pelaporan indikator mutu	10 5 0
5. Insiden keselamatan pasien dilaporkan dan dilakukan investigasi sesuai dengan ketentuan.	1. Terdapat bukti pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan 2. Terdapat bukti	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	pelaksanaan investigasi insiden sesuai dengan ketentuan 3. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan kepala unit memahami proses pelaporan dan investigasi insiden keselamatan pasien di RS	
6. Rumah sakit melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien setiap tahun.	1. Terdapat bukti pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien setiap tahun. 2. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu memahami proses pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien di RS	10 5 0
7. Ada daftar risiko Rumah Sakit D Pratama yang dibuat sekali dalam setahun dan dilakukan mitigasi resiko.	1. Terdapat daftar risiko Rumah Sakit yang dibuat sekali dalam setahun dan disetujui oleh kepala atau direktur RS 2. Terdapat bukti pelaksanaan mitigasi risiko 3. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan kepala unit memahami proses	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	penetapan daftar risiko dan pelaksanaan mitigasi risiko	
8. Ada bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko.	1. Ada dokumen bukti tindak lanjut dari mitigasi risiko. 2. Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan Kepala Unit memahami tindak lanjut dari mitigasi risiko	10 5 0
9. Komite/ tim penyelenggara mutu telah memandu pemilihan minimal 1 (satu) analisis secara proaktif proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan analisis *Failure Mode and Effect Analysis* (FMEA) setiap tahun.	Terdapat dokumen FMEA sesuai dengan ketentuan	10 5 0

C. Bab Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) wajib diterapkan di rumah sakit untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar WHO *Patient Safety* (2007) yang digunakan juga oleh pemerintah. Tujuan SKP adalah untuk mendorong rumah sakit kelas D pratama melakukan perbaikan-perbaikan yang menunjang tercapainya keselamatan pasien. Rumah sakit kelas D pratama menerapkan SKP dalam pelayanan dan

asuhan pasien. Penerapan SKP melalui pengukuran, evaluasi, dan pelaporan indikator SKP.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit D pratama.	1. Terdapat regulasi tentang identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas 2. Terdapat bukti pelaksanaan identifikasi pasien 3. PPA dan staf yang terlibat dalam pemberian pelayanan pasien memahami proses identifikasi pasien	10 5 0
2. Tersedia bukti pelaksanaan komunikasi efektif di rumah sakit D pratama yang didokumentasikan di rekam medik pasien.	1. Terdapat regulasi pelaksanaan komunikasi efektif 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan komunikasi efektif yang didokumentasikan di rekam medik pasien. 3. PPA memahami proses komunikasi efektif	10 5 0
3. Tersedia bukti pengelolaan keamanan obat resiko tinggi.	1. Terdapat regulasi pengelolaan keamanan obat risiko tinggi 2. Terdapat daftar obat risiko tinggi yang diperbaharui secara berkala 3. PPA memahami pengelolaan keamanan obat risiko tinggi	10 5 0
4. Penandaan sisi	1. Terdapat regulasi	10

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
tindakan medis secara konsisten oleh pemberi pelayanan yang akan melakukan tindakan sesuai kebijakan dan prosedur yang ditetapkan yang didokumentasikan di rekam medik pasien.	penandaan sisi tindakan medis 2. Terdapat dokumen bukti penandaan sisi tindakan medis secara konsisten oleh DPJP yang akan melakukan tindakan 3. DPJP yang akan melakukan tindakan memahami pelaksanaan penandaan sisi tindakan medis kepada pasien	5 0
5. Tersedia bukti pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* yang didokumentasikan di rekam medis pasien.	1. Terdapat regulasi pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* 2. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan *Surgical Safety Checklist* pada rekam medis pasien.	10 5 0 TDD
6. Ada media informasi penerapan kebersihan tangan sesuai ketentuan WHO.	Terdapat media informasi tentang penerapan kebersihan tangan	10 5 0
7. Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) yang mengacu pada standar WHO terkini.	1. Terdapat regulasi kebersihan tangan yang mengacu pada standar WHO terkini. 2. Terdapat bukti pelaksanaan kebersihan tangan (*hand hygiene*) 3. Petugas, pasien, dan keluarga dapat melakukan kebersihan tangan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
8. Ada prosedur yang ditetapkan Rumah Sakit D Pratama dalam mencegah pasien cedera karena jatuh.	Terdapat regulasi pencegahan pasien cedera karena jatuh	10 5 0
9. Ada bukti implementasi langkah-langkah pencegahan pasien jatuh.	Terdapat bukti implementasi langkah-langkah pencegahan pasien jatuh dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien	10 5 0

D. Bab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Rumah sakit kelas D pratama melakukan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat dan ditularkan di antara pasien, staf, tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga kontrak, sukarelawan, mahasiswa, dan pengunjung. Risiko dan kegiatan dalam program PPI dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit yang lain, tergantung pada kegiatan dan pelayanan klinis rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografis, jumlah pasien, dan jumlah staf. Penyelenggaraan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dikelola oleh komite/tim PPI yang ditetapkan oleh kepala atau direktur rumah sakit dengan tugas dan tanggung jawab antara lain:

1. Menyusun pedoman dan program serta mengevaluasi program PPI.
2. Memastikan ketersediaan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan melakukan supervisi.
3. Terselenggaranya pelatihan dan pendidikan PPI.
4. Mengusulkan pengadaan alat dan bahan terkait dengan PPI.
5. Melakukan pertemuan berkala termasuk evaluasi kebijakan.
6. Berkoordinasi dengan unit lain terkait dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

Agar kegiatan PPI dapat dilaksanakan secara efektif maka dibutuhkan kebijakan dan prosedur, pelatihan dan pendidikan staf, dan metode identifikasi risiko infeksi secara proaktif pada individu dan lingkungan serta koordinasi ke semua bagian di rumah sakit. Rumah sakit kelas D pratama membuat identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah Sakit D Pratama menetapkan kebijakan dan prosedur PPI di Rumah Sakit kelas D Pratama.	Terdapat regulasi terkait PPI di RS	10 5 0
2. Kepala atau Direktur rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan komite/tim PPI untuk mengelola dan mengawasi kegiatan PPI di rumah sakit kelas D pratama.	Terdapat penetapan komite/tim PPI untuk mengelola dan mengawasi kegiatan PPI di rumah sakit disertai dengan uraian tugas dan wewenang	10 5 0
3. Ditetapkan program PPI di Rumah Sakit kelas D Pratama.	Terdapat Program PPI yang ditetapkan oleh kepala/direktur rumah sakit	10 5 0
4. Tersedia bukti sarana kebersihan tangan dan staf Rumah Sakit kelas D Pratama mampu	1. Tersedia sarana kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan 2. Staf RS dapat melakukan kebersihan tangan	10 5 0

mempraktekkan langkah langkah kebersihan tangan.		
5. Tersedia bukti pelaksanaan program PPI dan evaluasinya di Rumah Sakit kelas D Pratama.	Terdapat bukti pelaksanaan dan laporan evaluasi program PPI yang dilaporkan secara berkala setiap tiga bulan kepada Kepala atau Direktur RS	10 5 0
6. Tersedia bukti kajian risiko identifikasi risiko setiap tahun di akhir tahun sebagai dasar rencana penerapan pencegahan dan pengendalian risiko infeksi di tahun berikutnya.	1. Terdapat bukti pelaksanaan pengkajian risiko pengendalian infeksi (ICRA) setiap tahunnya, meliputi: a) Infeksi-infeksi yang penting secara epidemiologis yang merupakan data surveilans; b) Proses kegiatan di area-area yang berisiko tinggi terjadinya infeksi; c) Pelayanan yang menggunakan peralatan yang berisiko infeksi; d) Prosedur/tindakan-tindakan berisiko tinggi; e) Pelayanan distribusi linen bersih dan kotor; f) Pelayanan sterilisasi alat; g) Kebersihan permukaan dan lingkungan; h) Pengelolaan linen/laundri; i) Pengelolaan sampah; j) Penyediaan makanan; dan k) Pengelolaan kamar jenazah dan bukti program prioritas	10 5 0

E. Bab Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit (PPRS)

Rumah Sakit Kelas D Pratama menyelenggarakan pelayanan medik umum. Selain pelayanan medik umum, Rumah Sakit Kelas D Pratama dapat memberikan pelayanan medik spesialistik dasar yang diberikan oleh dokter spesialis, residen tahap mandiri, atau dokter dengan kewenangan tambahan tertentu sesuai dengan kebutuhan pelayanan medik spesialistik dasar meliputi:

1. Pelayanan kebidanan dan kandungan;
2. Pelayanan kesehatan anak;
3. Pelayanan penyakit dalam; atau
4. Pelayanan bedah.

Rumah sakit D Pratama juga memberikan:

1. Pelayanan keperawatan dan kebidanan meliputi asuhan keperawatan generalis dan/atau asuhan keperawatan spesialis, dan asuhan kebidanan.
2. Pelayanan farmasi meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) serta pelayanan farmasi klinis yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Pelayanan penunjang meliputi pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan dan pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan. Untuk pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga kesehatan:
   a. Pelayanan laboratorium medis pratama
      Pelayanan laboratorium diselenggarakan sesuai standar pelayanan laboratorium medis pratama.
   b. Pelayanan radiologi
      Pelayanan radiologi harus memenuhi persyaratan perizinan dari institusi yang berwenang dan penyelenggaraanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
   c. Pelayanan gizi
      Pelayanan gizi diselenggarakan sesuai dengan pedoman penyelenggaraan pelayanan gizi.

   Sedangkan untuk pelayanan penunjang yang diberikan oleh tenaga nonkesehatan meliputi pelayanan sarana prasarana dan alat kesehatan, informasi dan komunikasi, dan lainnya.

Pelaksanaan asuhan dan pelayanan dilakukan secara terintegrasi oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Asuhan pasien terintegrasi merupakan konsep pelayanan berfokus pada pasien dilaksanakan sehari-hari dengan implementasi dapat terlihat sebagai berikut:

1. Pelayanan memperhatikan hak pasien dan keluarga dan mendukung keterlibatan pasien/keluarga dalam asuhan pasien
2. Dokter melakukan integrasi seluruh asuhan dari PPA lainnya
3. Implementasi pelayanan terintegrasi dengan adanya Panduan Praktek Klinis (PPK), Alur Klinis, SPO, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Uraian masing-masing standar dalam Bab V. Penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit:

1. Standar 5.1 Hak Pasien dan Keluarga

   Hak pasien dalam pelayanan kesehatan dilindungi oleh undang-undang. Dalam memberikan pelayanan, rumah sakit kelas D pratama menjamin hak pasien yang dilindungi oleh peraturan perundan-undangan dengan mengupayakan agar pasien mendapatkan haknya di rumah sakit.

   Dalam memberikan hak pasien, rumah sakit kelas D pratama harus memahami bahwa pasien dan keluarganya memiliki sikap, perilaku, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, budaya, dan nilai-nilai yang dianut.

   Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya yang dimiliki. Pendidikan pasien dan keluarga membantu pasien lebih memahami dan berpartisipasi dalam perawatan mereka untuk membuat keputusan perawatan yang lebih baik.

   Pelayanan rumah sakit kelas D pratama didasarkan pada nilai-nilai keunikan pada diri pasien dan keluarganya. Dalam memberikan asuhan, rumah sakit kelas D pratama melibatkan pasien dan keluarga dalam menetukan keputusan-keputusan dalam pemberian asuhan. Kerahasiaan pasien menjadi hal penting yang harus di pahami oleh seluruh staf. Pasien dan keluarga berhak menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Rumah sakit kelas D pratama juga harus menyediakan media untuk

pasien, keluarga, dan seluruh pengguna layanan yang ingin menyampaikan keluhan, konflik, atau masalah lain, dan rumah sakit kelas D pratama menindaklanjuti keluhan atau pendapat yang disampaikan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Tersedia bukti rumah sakit kelas D pratama mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien.	Terdapat dokumen bukti rumah sakit telah mensosialisasikan hak dan kewajiban pasien.	10 5 0
2. Tersedia bukti petugas menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya.	Terdapat dokumen bukti petugas telah menjelaskan tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya.	10 5 0
3. Pasien mengerti dan memahami hak dan kewajibannya.	1. Terdapat dokumen bukti bahwa pasien atau keluarga mengerti dan memahami hak dan kewajibannya. 2. Pasien atau keluarga mengerti dan memahami hak dan kewajibannya.	10 5 0
4. Ada pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus.	1. Terdapat regulasi tentang pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi khusus 2. Tersedia sarana terkait pemenuhan hak pasien berkebutuhan khusus atau dalam kondisi	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
	khusus.	
5. Rumah sakit kelas D Pratama menghormati keyakinan spiritual dan budaya pasien serta nilai-nilai yang dianut pasien.	Terdapat bukti pelaksanaan pelayanan sesuai dengan keyakinan dan nilai yang dianut pasien dan didokumentasikan dalam rekam medis.	10 5 0
6. Kerahasiaan informasi pasien dijaga sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	Terdapat bukti rumah sakit menjaga kerahasiaan informasi medis pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	10 5 0
7. Tersedia petugas, media atau tempat untuk menyampaikan keluhan pelayanan bagi pasien atau keluarga.	1. Terdapat regulasi tentang penanganan keluhan pelayanan bagi pasien atau keluarga 2. Terdapat staf, media, atau tempat untuk menyampaikan keluhan pelayanan bagi pasien atau keluarga. 3. Staf dan pasien atau keluarga memahami proses penyampaian keluhan pelayanan.	10 5 0
8. Ada tindak lanjut keluhan oleh rumah sakit kelas D pratama dan dikomunikasikan dengan pasien	Terdapat bukti keluhan pasien, keluarga dan masyarakat yang telah ditindaklanjuti oleh rumah sakit dan dikomunikasikan dengan pasien atau keluarga.	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
atau keluarga.		
9. Ada dokumentasi pengaduan dan tindak lanjut yang telah dilakukan.	Terdapat bukti dokumentasi pengaduan dan tindak lanjut yang telah dilakukan.	10 5 0

2. Standar 5.2 Pasien dan Keluarga Dalam Proses Asuhan
Dalam pendukung pemberian asuhan terintegrasi maka PPA melibatkan pasien dan keluarga dalam proses asuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada bukti pelaksanaan persetujuan tindakan kedokteran dan terdokumentasi di rekam medik pasien.	1. Terdapat regulasi persetujuan tindakan kedokteran 2. Terdapat dokumen bukti persetujuan tindakan kedokteran dan terdokumentasi di rekam medik pasien.	10 5 0
2. Pasien atau keluarga mengetahui rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.	1. Terdapat dokumen bukti pasien atau keluarga mengetahui rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien. 2. Pasien atau keluarga mengetahui dan memahami rencana asuhan, diagnostik dan kemungkinan hasil asuhan yang diberikan.	10 5 0
3. Rumah sakit kelas D Pratama	Terdapat bukti rumah sakit memberi informasi kepada	10 5

memberi informasi kepada pasien dan keluarga mengenai hak mereka untuk menolak atau menghentikan terapi, konsekuensi dari keputusan yang dibuat serta terapi dan alternatif lain yang dapat dijadikan pilihan.	pasien dan keluarga mengenai hak mereka untuk menolak atau menghentikan terapi, konsekuensi dari keputusan yang dibuat serta terapi dan alternatif lain yang dapat dijadikan pilihan, dan didokumentasikan dalam rekam medis.	0
4. Rumah sakit kelas D Pratama menerapkan proses untuk pemberian informed consent oleh orang lain selain pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	Terdapat bukti penerapan proses pemberian *informed consent* oleh orang lain selain pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	10 5 0

3. Standar 5.3 Akses Pasien

Dalam proses penerimaan pasien, rumah sakit kelas D pratama melakukan pendaftaran dan skrining. Pendaftaran dan skrining bertujuan untuk mengetahui kebutuhan pasien dan menilai kemampuan rumah sakit kelas D pratama dalam memberikan pelayanan. Skrining dapat dilakukan di luar rumah sakit seperti ditempat pasien berada, di ambulans, atau saat pasien tiba di rumah sakit kelas D pratama.

Keputusan untuk mengobati, mentransfer, atau merujuk dilakukan setelah hasil skrining selesai dievaluasi. Bila rumah sakit kelas D pratama mempunyai kemampuan memberikan pelayanan yang dibutuhkan serta konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya maka dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan. Selain itu pelayanan dengan pasien dapat dilakukan melalui pelayanan jarak jauh *(telemedicine)* antara dokter-pasien berupa konsultasi klinis terhadap beberapa diagnostik tertentu yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan ketentuan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada prosedur pendaftaran yang ditetapkan.	Terdapat regulasi prosedur pendaftaran yang telah ditetapkan.	10 5 0
2. Ada bukti pelaksanaan pendaftaran sesuai regulasi yang ditetapkan.	1. Terdapat bukti pelaksanaan pendaftaran sesuai regulasi yang ditetapkan 2. Petugas memahami proses pelaksanaan pendaftaran	10 5 0
3. Ada prosedur skrining yang ditetapkan.	Terdapat regulasi skrining yang telah ditetapkan	10 5 0
4. Ada bukti pelaksanaan skrining yang ditetapkan.	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan skrining dan didokumentasikan dalam rekam medis	10 5 0
5. Ada proses untuk memberikan hasil skrining kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan yang kompeten/terlatih untuk	Terdapat dokumen bukti hasil pemeriksaan skrining telah diberikan kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan yang kompeten/terlatih untuk menentukan apakah pasien akan diterima, ditransfer, atau dirujuk	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
bertanggung jawab menentukan apakah pasien akan diterima, ditransfer, atau dirujuk.		
6. Ada bukti standar prosedur operasional pelayanan telemedicine dan penetapan SDM pelaksana pelayanan telemedicine, bagi yang menyelenggarakan pelayanan telemedicine	1. Terdapat regulasi tentang pelayanan *telemedicine* 2. Terdapat bukti penetapan SDM pelaksana pelayanan *telemedicine* 3. Terdapat bukti pelaksanaan pelayanan *telemedicine*	10 5 0 TDD
7. Bila kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi sesuai misi dan sumber daya yang ada, maka rumah sakit kelas D pratama akan merujuk atau membantu pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhannya.	1. Terdapat regulasi tentang prosedur rujukan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhannya 2. Terdapat bukti pelaksanaan rujukan dan didokumentasikan dalam rekam medis	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
8. Staf telah menggunakan kriteria triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.	1. Terdapat regulasi tentang pelaksanaan triase 2. Terdapat bukti pelaksanaan triase didokumentasikan dalam rekam medis 3. Petugas memahami terkait proses pelaksanaan triase	10 5 0
9. Pasien darurat dinilai dan distabilkan sesuai kapasitas rumah sakit sebelum ditransfer ke ruang rawat atau dirujuk dan didokumentasikan dalam rekam medik.	1. Terdapat regulasi prosedur transfer pasien 2. Terdapat bukti pelaksanaan stabilisasi pasien sebelum di transfer atau dirujuk dan didokumentasikan dalam rekam medis 3. Terdapat bukti pasien ditransfer atau dirujuk dan didokumentasikan dalam rekam medis	10 5 0

4. Standar 5.4 Pengkajian Pasien

Tujuan dari pengkajian adalah untuk menentukan perawatan, pengobatan, dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien. Pengkajian pasien merupakan proses yang berkelanjutan dan dinamis yang berlangsung di layanan rawat jalan serta rawat inap. Pengkajian pasien terdiri atas tiga proses utama:

a. Mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
b. Menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan.
c. Membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

Pengkajian pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, tata laksana pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi atau elektif/terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah.

Asuhan pasien di rumah sakit kelas D pratama diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep pelayanan berfokus pada pasien (*patient/person centered care*). Pengkajian ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pengkajian ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menentukan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif.

Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama. Proses pengkajian dilakukan secara komprehensif mencakup berbagai kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada bukti dilakukan kajian pasien oleh PPA dalam penetapan diagnosis yang dituangkan ke dalam rekam medis.	1. Terdapat bukti dokumen pengkajian pasien oleh PPA dalam penetapan diagnosis yang didokumentasikan dalam rekam medis 2. PPA memahami pelaksanaan pengkajian pasien	10 5 0
2. Kajian awal sekurang kurangnya memuat data angka 1) sampai angka 13)	1. Terdapat regulasi tentang pengkajian awal yang memuat angka 1) sampai 13) 2. Terdapat bukti pengkajian awal sekurang kurangnya memuat data: 1) Keluhan saat ini 2) Status fisik; 3) Psiko-sosio-spiritual; 4) Ekonomi;	10 5 0

	5) Riwayat kesehatan pasien; 6) Riwayat alergi; 7) Riwayat penggunaan obat; 8) Pengkajian nyeri; 9) Risiko jatuh; 10) Pengkajian fungsional; 11) Risiko nutrisional; 12) Kebutuhan edukasi; dan 13) Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).	
3. Kajian ulang dibuat dalam bentuk CPPT dan terdokumentasi di rekam medik	1. Terdapat regulasi tentang pengkajian ulang 2. Terdapat bukti pengkajian ulang yang dibuat dalam bentuk CPPT dan terdokumentasi di rekam medik.	10 5 0

5. Standar 5.5 Rencana Pemberian Asuhan

Pelaksanaan asuhan sesuai dengan rencana asuhan. Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada bukti rencana asuhan oleh PPA dan terdokumentasi di rekam medik pasien	1. Terdapat regulasi asuhan pasien terintegrasi antar PPA 2. Terdapat dokumen bukti rencana asuhan terintegrasi antar PPA dan terdokumentasi di rekam medis pasien.	10 5 0
2. Ada bukti pelaksanaan asuhan dan	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan asuhan dan terdokumentasi di rekam	10 5 0

terdokumentasi di rekam medik pasien	medis pasien.	
3. Ada bukti rencana asuhan dievaluasi secara berkala oleh pemberi asuhan	1. Terdapat dokumen bukti rencana asuhan dievaluasi secara berkala oleh PPA. 2. PPA memahami evaluasi rencana asuhan	10 5 0

6. Standar 5.6 Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi

Rumah sakit kelas D pratama menetapkan regulasi pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan pelayanan risiko tinggi berdasarkan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada penetapan pelayanan pasien risiko tinggi pada rumah sakit kelas D pratama	Terdapat regulasi pelayanan pasien risiko tinggi, antara lain: a. pasien emergensi; b. pasien dengan penyakit menular; c. pasien dengan risiko bunuh diri/psikiatri; dan d. populasi pasien rentan, lansia, anak-anak dan pasien berisiko tindak kekerasan atau ditelantarkan sesuai dengan kemampuan pelayanannya	10 5 0
2. Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada	1. Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi sesuai regulasi	10 5 0

pasien risiko tinggi sesuai SPO yang ada	rumah sakit 2. Melaksanakan observasi fasilitas pelayanan pasien risiko tinggi 3. PPA memahami pemberian pelayanan terhadap pasien risiko tinggi	

7. Standar 5.7 Pelayanan Anestesi dan Bedah

Pelayanan anestesi dan bedah dilaksanakan sesuai standar, sesuai dengan perencanaan dan kajian secara komprehensif dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama menetapkan prosedur pelayanan anestesi dan bedah sesuai kebutuhan	Terdapat regulasi pelayanan anestesi dan bedah	10 5 0
2. Pelayanan anestesi dan bedah dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	Terdapat SPK dan RKK dokter yang melakukan tindakan pembedahan dan anestesi	10 5 0
3. Jenis, dosis dan teknik anestesi dan pemantauan status fisiologi pasien selama	Terdapat dokumen bukti bahwa jenis, dosis dan teknik anestesi dan pemantauan status fisiologi pasien selama pemberian anestesi oleh	10 5 0 TDD

pemberian anestesi oleh petugas dicatat dalam rekam medis pasien	petugas dicatat dalam rekam medis pasien.	
4. Ada bukti pelaksanaan kajian pra bedah	Terdapat bukti dokumen pelaksanaan kajian pra bedah	10 5 0 TDD
5. Ada bukti pelaksanaan kajian pra anestesi	Terdapat bukti dokumen pelaksanaan kajian pra anestesi	10 5 0 TDD
6. Ada bukti pemantauan dan evaluasi paska anestesi dan bedah	1. Terdapat bukti pemantauan dan evaluasi paska anestesi dan bedah 2. Terdapat bukti laporan tindakan anestesi dan bedah	10 5 0 TDD

8. Standar 5.8 Pelayanan Gizi

Pelayanan gizi dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, pasien berperan serta dalam perencanaan dan seleksi makanan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Asuhan gizi dilakukan oleh petugas yang berkompeten sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	1. Terdapat dokumen penetapan tenaga kompeten dalam memberikan asuhan gizi sesuai dengan aturan perundangan 2. Terdapat dokumen bukti SPK dan RKK	10 5 0
2. Disusun rencana	Terdapat dokumen rencana	10

asuhan gizi berdasarkan kajian kebutuhan gizi pada pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien	asuhan gizi berdasarkan pengkajian kebutuhan gizi pasien dan terdokumentasi dalam rekam medis.	5 0
3. Distribusi dan pemberian makanan dilakukan sesuai jadwal dan pemesanan dan di dokumentasikan	Terdapat dokumen bukti jadwal distribusi pemberian makanan sesuai pemesanan dan didokumentasikan	10 5 0
4. Pasien dan/atau keluarga diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan	1. Terdapat dokumen bukti telah diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan 2. Pasien dan/atau keluarga mengerti dan memahami tentang pembatasan diet pasien dan keamanan atau kebersihan makanan	10 5 0

9. Standar 5.9 Pemulangan dan Tindak Lanjut Perawatan

Pemulangan dan tindak lanjut pasien bertujuan untuk kelangsungan layanan dipandu oleh prosedur yang baku dan jelas. Rujukan dilaksanakan apabila rumah sakit kelas D pratama tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Dokter melaksanakan pemulangan dan menyusun rencana	1. Terdapat regulasi tentang pemulangan pasien dan rencana tindak lanjut 2. Terdapat dokumen bukti	10 5 0

tindak lanjut sesuai dengan rencana yang disusun dan kriteria pemulangan	bahwa DPJP melaksanakan pemulangan pasien sesuai kriteria pemulangan dan didokumentasikan dalam rekam medis.	
2. Ada bukti ringkasan pulang pasien dalam rekam medis	Terdapat dokumen bukti ringkasan pulang pasien dalam rekam medis. Ringkasan pasien pulang meliputi: 1. Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain; 2. Temuan fisik penting dan temuan-temuan lain; 3. Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan; 4. Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan dirumah; 5. Kondisi pasien (status present); dan 6. Instruksi tindak lanjut.	10 5 0
3. Ada bukti pemberian informasi kepada pasien saat pulang	Terdapat dokumen bukti pemberian informasi kepada pasien saat pulang.	10 5 0

10. Standar 5.10 Pelayanan Rujukan

Pelayanan Rujukan dilaksanakan apabila rumah sakit kelas D pratama tidak memiliki kompetensi penanganan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada tata cara dan prosedur rujukan pasien	Terdapat regulasi prosedur rujukan pasien.	10 5 0
2. Rumah Sakit kelas D Pratama yang merujuk pasien memastikan bahwa fasyankes yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien	1. Terdapat dokumen bukti bahwa RS telah memastikan RS yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk dan didokumentasikan. 2. Staf memahami tatacara merujuk pasien ke RS lain.	10 5 0
3. Pasien/keluarga memperoleh informasi rujukan dan memberi persetujuan untuk dilakukan rujukan berdasarkan kebutuhan pasien	1. Terdapat dokumen bukti pemberian informasi pada pasien dan keluarga yang akan dirujuk 2. Terdapat dokumen bukti persetujuan pasien/keluarga saat dilakukan rujukan	10 5 0
4. Ada sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat	1. Terdapat regulasi tentang transportasi rujukan pasien 2. Tersedia sarana transportasi rujukan yang memenuhi syarat sesuai peraturan perundang-undangan	10 5 0

5. Ada daftar jejaring rujukan Rumah Sakit kelas D Pratama	Terdapat dokumen daftar jejaring rujukan RS	10 5 0

11. Standar 5.11 Penyelenggaraan Rekam Medis

Rumah sakit kelas D pratama melakukan penyelenggaran pelayanan rekam medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Rekam medis di rumah sakit kelas D pratama dipelihara dan terdokumentasi dengan baik

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada bukti penyelenggaraan rekam medis	1. Terdapat regulasi penyelenggaraan rekam medis di RS 2. Terdapat dokumen bukti penyelenggaraan rekam medis sesuai peraturan perundangan yang berlaku 3. Terdapat dokumen penetapan penanggung jawab rekam medis beserta uraian tugas dan wewenang	10 5 0
2. Ada bukti rekam medis diisi secara lengkap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA)	Terdapat dokumen bukti rekam medis diisi secara lengkap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).	10 5 0
3. Ada tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan	1. Terdapat prosedur tentang tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan rekam medis.	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
rekam medis	2. Terdapat dokumen bukti peminjaman dan pemusnahan rekam medis (jika sudah dilakukan pemusnahan) 3. Penyimpanan rekam medis dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku 4. Petugas memahami tata cara penyimpanan, peminjaman dan pemusnahan rekam medis	
4. Ada bukti Rumah Sakit kelas D Pratama menjaga kerahasiaan rekam medis pasien	Terdapat bukti bahwa RS telah menjaga kerahasiaan rekam medis pasien.	10 5 0

12. Standar 5.12 Pelayanan Laboratorium

Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai peraturan perundangan. Pelayanan laboratorium pada Rumah Sakit kelas D Pratama diselenggarakan sesuai standar pelayanan laboratorium medis pratama.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Ada penetapan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang disediakan	Terdapat regulasi penetapan jenis-jenis pelayanan laboratorium yang sesuai dengan standar pelayanan laboratorium medis pratama	10 5 0

2. Terdapat Penanggung Jawab Laboratorium sesuai perundang-undangan yang berlaku	Terdapat penetapan Penanggung Jawab Laboratorium sesuai perundang-undangan yang berlaku yang dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenang.	10 5 0
3. Rumah Sakit kelas D Pratama menetapkan rentang nilai normal untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan	1. Terdapat penetapan rentang nilai normal untuk setiap jenis pemeriksaan yang disediakan 2. Terdapat bukti hasil pemeriksaan laboratorium yang dilengkapi dengan rentang nilai normal	10 5 0
4. Ada bukti reagensia esensial dan bahan lain tersedia sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan, pelabelan dan penyimpanannya	1. Terdapat regulasi tentang reagensia esensial dan bahan lain sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan 2. Tersedia reagensia esensial dan bahan lain sesuai dengan jenis pelayanan yang ditetapkan 3. Terdapat bukti pelabelan reagensia esensial dan bahan lain sesuai dengan ketentuan yang berlaku 4. Terdapat bukti penyimpanan reagensia esensial dan bahan lain sesuai dengan ketentuan yang berlaku	10 5 0

5. Ada prosedur pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis	1. Terdapat regulasi tentang pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis 2. Terdapat dokumen bukti pelaporan, pencatatan, dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis 3. Petugas laboratorium memahami proses pelaporan, pencatatan dan tindak lanjut hasil laboratorium kritis	10 5 0
6. Ada prosedur rujukan spesimen dan/ atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh Rumah Sakit kelas D Pratama	1. Terdapat regulasi tentang rujukan spesimen dan/ atau pengguna layanan, jika pemeriksaan laboratorium tidak dapat dilakukan oleh Rumah Sakit 2. Terdapat dokumen bukti Kerjasama dengan laboratorium rujukan	10 5 0
7. Ada bukti pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala	Terdapat bukti pelaksanaan Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara berkala	10 5 0

13. Standar 5.13 Pelayanan Radiologi

Pelayanan radiologi disediakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan radiologi harus memenuhi persyaratan perijinan dari institusi yang berwenang dan penyelenggaraanya harus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan radiologi dikelola sesuai dengan kebijakan dan prosedur yang ditetapkan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah Sakit kelas D Pratama menerapkan prosedur pelayanan radiologi	Terdapat regulasi pelayanan radiologi di RS	10 5 0
2. Direktur menetapkan penanggung jawab pelayanan radiologi yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan	Terdapat penetapan penanggung jawab pelayanan radiologi disertai dengan uraian tugas dan wewenang	10 5 0
3. Rumah sakit menetapkan proses pengelolaan logistik film x-	Terdapat regulasi pengelolaan logistik film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan		
4. Ada bukti pelayanan radiologi sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi	1. Terdapat bukti pelayanan radiologi sesuai dengan prosedur yang ada termasuk kepatuhan terhadap manajemen keamanan radiasi 2. Terdapat bukti pengelolaan logistik film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan	10 5 0

14. Standar 5.14 Pelayanan Kefarmasian

Pelayanan kefarmasian dikelola sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan kefarmasian yang diselenggarakan di rumah sakit harus mampu menjamin ketersediaan obat dan alat kesehatan yang bermutu, bermanfaat, aman, dan terjangkau untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit kelas D Pratama diselenggarakan oleh ruang/ instalasi farmasi. Pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit kelas D Pratama meliputi pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai serta pelayanan farmasi klinis yang dilaksanakan sesuai dengan standar pelayanan kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Tersedia bukti	1. Terdapat regulasi tentang	10

pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.	pelayanan kefarmasian sesuai dengan peraturan perundang-undangan, termasuk penggunaan antibiotik secara bijak 2. Terdapat penetapan penanggung jawab pelayanan kefarmasian yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan 3. Terdapat dokumen bukti pengelolaan dan pelayanan sediaan farmasi BMHP dan alat kesehatan oleh tenaga kefarmasian sesuai dengan peraturan perundang-undangan	5 0
2. Tersedia daftar formularium obat Rumah Sakit kelas D Pratama	1. Terdapat daftar formularium obat Rumah Sakit yang telah ditetapkan 2. Terdapat sumber informasi obat untuk semua staf yang terlibat dalam penggunaan obat	
3. Ada kebijakan dan atau prosedur pengadaan obat sesuai dengan regulasi	Terdapat regulasi tentang pengadaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan	10 5 0
4. Tersedia bukti dilakukan pengkajian resep dan pemberian obat	1. Terdapat dokumen bukti pengkajian resep dan pemberian obat dengan benar, termasuk penggunaan antibiotik secara bijak pada	10 5 0

dengan benar pada setiap pelayanan pemberian obat	setiap pelayanan pemberian obat 2. Terdapat bukti Apoteker melakukan pengkajian resep dengan benar 3. Terdapat bukti Tenaga Kefarmasian memahami proses pemberian obat dengan benar pada setiap pelayanan	
5. Tersedia bukti pemberian informasi obat dan konseling oleh Apoteker	Terdapat dokumen bukti pelaksanaan pemberian informasi obat dan konseling oleh Apoteker	10 5 0
6. Tersedia bukti rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	Terdapat bukti rekonsiliasi obat pada pelayanan rawat inap sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan	10 5 0
7. Tersedia obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan, dan dapat diakses untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi,	1. Terdapat daftar obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan 2. Terdapat bukti tersedianya obat emergensi pada unit-unit dimana diperlukan, untuk memenuhi kebutuhan yang bersifat emergensi, dipantau, dan diganti tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluarsa	10 5 0

dipantau, dan diganti tepat waktu setelah digunakan atau bila kadaluarsa		
Tersedia bukti penyimpanan dan pelaporan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan regulasi	1. Terdapat bukti penyimpanan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan peraturan perundang-undangan 2. Terdapat dokumen bukti pelaporan obat narkotika serta psikotropika sesuai dengan peraturan perundang-undangan	10 5 0
8. Tersedia bukti penyimpanan obat termasuk obat high alert yang baik, benar dan aman sesuai regulasi	Terdapat bukti penyimpanan obat termasuk obat *high alert* yang baik, benar dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan	10 5 0
9. Tersedia kebijakan dan atau prosedur penanganan obat kadaluarsa/rusak	1. Terdapat prosedur penanganan obat kadaluarsa/rusak 2. Terdapat dokumen bukti penanganan obat kadaluarsa/rusak 3. Petugas memahami prosedur penanganan obat kadaluarsa/rusak	10 5 0
10. Terdapat pencatatan dan	Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan MESO/Monitoring Efek	10 5

pelaporan Monitoring Efek Samping Obat (MESO)	Samping Obat	0
11. Ada kebijakan dan atau prosedur pemantauan dan pelaporan medication error	1. Terdapat prosedur pemantauan dan pelaporan *medication error* 2. Terdapat bukti pelaksanaan pemantauan dan pelaporan *medication error*	10 5 0
12. Rumah sakit menerapkan proses pemusnahan sediaan farmasi dan BMHP	1. Terdapat bukti pelaksanaan pemusnahan sediaan farmasi dan BMHP 2. Petugas memahami proses pemusnahan sediaan farmasi dan BMHP	10 5 0

F. Bab Standar Program Nasional (PROGNAS)

Pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan telah ditentukan prioritas pelayanan kesehatan dengan target yang harus dicapai. Salah satu fungsi rumah sakit adalah melaksanakan program pemerintah dan mendukung tercapainya target-target pembangunan nasional. Pada standar akreditasi ini program nasional (Prognas) meliputi:

1. Peningkatan kesehatan ibu dan bayi.
2. Penurunan angka kesakitan Tuberkulosis/TBC.
3. Penurunan angka kesakitan HIV/AIDS.
4. Penurunan prevalensi stunting dan wasting.
5. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit.

Pelaksanaan program nasional oleh rumah sakit diharapkan mampu meningkatkan akselerasi pencapaian target Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan sehingga upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat segera terwujud.

1. Peningkatan Kesehatan Ibu dan Bayi

   Standar Prognas 1

   Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan program Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 24 (dua puluh empat) jam dan 7 (tujuh) hari seminggu.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan PONED 24 jam.	Terdapat regulasi pelaksanaan PONED 24 jam di RS	10 5 0
2. Terdapat Tim PONED yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan rincian tugas dan tanggung jawabnya	Terdapat penetapan Tim PONED yang disertai dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya	10 5 0
3. Terdapat program kerja yang menjadi acuan dalam pelaksanaan program PONED Rumah Sakit sesuai maksud dan tujuan	Terdapat program kerja yang menjadi acuan dalam pelaksanaan program PONED Rumah Sakit yang ditetapkan oleh Kepala atau Direktur RS	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
4. Terdapat bukti pelaksanaan program PONED Rumah Sakit	1. Terdapat bukti pelaksanaan program PONED Rumah Sakit 2. Terdapat bukti pelaporan Program PONED di rumah sakit yang dilaporkan sesuai aturan perundangan	10 5 0
5. Program PONED Rumah Sakit kelas D pratama dipantau dan dievaluasi secara rutin	Terdapat bukti pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Program PONED di Rumah Sakit secara rutin	10 5 0

2. Penurunan Angka Kesakitan Tuberkulosis/TBC

a. Standar Prognas 2

Rumah sakit melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama menerapkan regulasi tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis	Terdapat penetapan regulasi tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
di rumah sakit kelas D pratama		
2. Kepala atau direktur rumah sakit kelas D pratama menetapkan tim TB paru beserta program kerjanya.	1. Terdapat penetapan tim TB Paru Rumah sakit dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenang 2. Terdapat program kerja TB Paru yang ditetapkan oleh Kepala atau Direktur RS	10 5 0
3. Ada bukti pelaksanaan promosi kesehatan, surveilans dan upaya pencegahan tuberkulosis	Terdapat bukti pelaksanaan promosi kesehatan, surveilans dan upaya pencegahan tuberkulosis	10 5 0
4. Tersedianya laporan pelaksanaan promosi Kesehatan	1. Terdapat bukti pelaporan pelaksanaan promosi kesehatan 2. Terdapat bukti pelaksanaan program kerja TB Paru 3. Terdapat bukti pemantauan dan evaluasi program kerja TB Paru	10 5 0

b. Standar Prognas 2.1

Rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana pelayanan tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Tersedia ruang pelayanan rawat jalan yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis	Terdapat ruang pelayanan rawat jalan yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis	10 5 0
2. Bila rumah sakit memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis paru dewasa maka rumah sakit harus memiliki ruang rawat inap yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberculosis	Terdapat ruang rawat inap yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis apabila rumah sakit memberikan pelayanan rawat inap bagi pasien tuberkulosis paru dewasa	10 5 0 TDD

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
3. Tersedia ruang pengambilan spesimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis	Terdapat ruang pengambilan spesimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis	10 5 0

c. Standar Prognas 2.2

Rumah sakit telah melaksanakan pelayanan tuberkulosis dan upaya pengendalian faktor risiko tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinis tuberkulosis	1. Terdapat Panduan Praktik Klinis TB 2. Terdapat bukti penerapan kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinis tuberkulosis	10 5 0
2. Rumah sakit kelas D pratama merencanaka	Terdapat bukti perencanaan dan pengadaan obat Anti Tuberkulosis	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
n dan mengadakan penyediaan Obat Anti Tuberkulosis		
3. Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan pencatatan dan pelaporan kasus TB Paru sesuai ketentuan	Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan kasus TB Paru sesuai ketentuan sesuai peraturan perundangan	10 5 0

3. Penurunan Angka Kesakitan HIV/AIDS

Standar Prognas 3

Rumah sakit melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama telah melaksanakan kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS sesuai ketentuan perundangan.	1. Terdapat regulasi penanggulangan HIV/AIDS 2. Terdapat program penanggulangan HIV/AIDS 3. Terdapat bukti pelaksanaan program penanggulangan HIV/AIDS sesuai ketentuan perundangan	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
2. Rumah sakit kelas D pratama melaksanakan pelayanan *Provider-Initiated Testing and Counselling* (PITC).	Terdapat bukti pelaksanaan PITC (*Provider Initiated Testing and Counselling*)	10 5 0
3. Rumah sakit memberikan pelayanan ODHA	Terdapat dokumen bukti rumah sakit telah memberikan pelayanan ODHA	10 5 0 TDD
4. Rumah sakit kelas D pratama merencanakan dan mengadakan penyediaan ARV dengan bekerjasama dengan dinas kesehatan	Terdapat dokumen perencanaan, pengadaan dan penyediaan ARV (dapat bekerjasama dengan Dinas Kesehatan)	10 5 0 TDD
5. Rumah sakit kelas D pratama melakukan pemantauan dan evaluasi program	1. Terdapat bukti pencatatan dan pelaporan kasus HIV/AIDS 2. Terdapat dokumen pemantauan dan evaluasi program penanggulanagan HIV/AIDS	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
penanggulangan HIV/AIDS		

4. Penurunan Prevalensi Stunting dan Wasting

Standar Prognas 4

Rumah Sakit melaksanakan program penurunan prevalensi stunting dan wasting.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan program gizi	Terdapat regulasi tentang program stunting dan wasting	10 5 0
2. Terdapat tim untuk program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit	1. Terdapat penetapan tim untuk program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit disertai uraian tugas dan wewenang 2. Terdapat bukti pelaksanaan program stunting dan wasting	10 5 0
3. Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan sistem rujukan untuk kasus	Terdapat penetapan sistem rujukan untuk kasus gangguan gizi yang perlu penanganan lanjut	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
gangguan gizi yang perlu penanganan lanjut		
4. Rumah sakit kelas D pratama telah menerapkan sistem pemantauan dan evaluasi, bukti pelaporan, dan analisis	Terdapat dokumen pemantauan dan evaluasi, bukti pelaporan dan analisis program stunting dan wasting di RS	10 5 0

5. Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit

a. Standar Prognas 5

Rumah sakit melaksanakan program pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di rumah sakit beserta pemantauan dan evaluasinya.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan PKBRS	Terdapat regulasi tentang pelaksanaan PKBRS	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
2. Terdapat tim PKBRS yang ditetapkan oleh direktur disertai program kerjanya	1. Terdapat penetapan tim PKBRS disertai uraian tugas dan wewenang 2. Terdapat program kerja PKBRS 3. Terdapat bukti pelaksanaan PKBRS 4. Terdapat bukti pelaporan PKBRS sesuai peraturan perundangan	10 5 0
3. Rumah sakit kelas D pratama telah melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS	Terdapat dokumen bukti pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS	10 5 0

b. Standar Prognas 5.1

Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan keluarga dan kesehatan reproduksi.

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
1. Rumah sakit kelas D pratama telah menyediakan alat dan obat kontrasepsi dan sarana penunjang pelayanan KB	Terdapat daftar alat dan obat kontrasepsi dan sarana penunjang pelayanan KB di RS	10 5 0

ELEMEN PENILAIAN	KELENGKAPAN BUKTI	SKORING
2. Rumah sakit menyediakan layanan konseling bagi peserta dan calon peserta program KB	1. Terdapat bukti pelaksanaan layanan konseling bagi peserta dan calon peserta program KB	10 5 0
3. Rumah sakit kelas D pratama telah merancang dan menyediakan ruang pelayanan KB yang memadai	Terdapat ruang pelayanan KB yang memadai	10 5 0

BAB III
PENUTUP

Penyelenggaraan akreditasi rumah sakit kelas D pratama sesuai dengan standar dilaksanakan agar tercapai peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien serta tata kelola rumah sakit kelas D pratama yang baik, sehingga terwujud penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional, dan bertangggung jawab. Dengan disusunnya instrumen survei akreditasi rumah sakit kelas D Pratama, diharapkan dapat dijadikan pedoman penilaian bagi surveyor lembaga penyelenggara akreditasi maupun pemangku kepentingan lainnya sehingga penyelenggaraan akreditasi rumah sakit kelas D pratama dapat dilaksanakan dengan efektif dan efisien.

DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN,

AZHAR JAYA