

**REKAPITULASI CAPAIAN SELURUH BAB ( 16 BAB )**

<b>NO</b>	<b>NAMA BAB DALAM STANDAR AKREDITASI</b>	<b>SKOR</b>	<b>SKOR MAKSIMAL</b>	<b>CAPAIAN</b>
1	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	0	710	0%
2	Kualifikasi & Pendidikan Staf (KPS)	0	810	0%
3	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)	0	720	0%
4	Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)	0	440	0%
5	Manajemen Rekam Medik & Informasi Kesehatan (MRMIK)	0	510	0%
6	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	0	620	0%
7	Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)	0	230	0%
8	Akses dan Kesiambungan Pelayanan (AKP)	0	670	0%
9	Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	0	390	0%
10	Pengkajian Pasien (PP)	0	580	0%
11	Pelayanan Asuhan Pasien (PAP)	0	430	0%
12	Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)	0	380	0%
13	Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)	0	610	0%
14	Komunikasi dan Edukasi (KE)	0	250	0%
15	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	0	240	0%
16	Program Nasional (PROGNAS)	0	370	0%
<b>TOTAL</b>		<b>0</b>	<b>7960</b>	<b>0%</b>

## TKRS ( TATA KELOLA RUMAH SAKIT )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>TKRS 1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Representasi pemilik/Dewan Pengawas dipilih dan ditetapkan oleh Pemilik.				0	10		
2	Tanggung jawab dan wewenang representasi pemilik meliputi poin sampai dengan yang tertera di dalam maksud dan tujuan serta dijelaskan di dalam peraturan internal rumah sakit.				0	10		
3	Representasi pemilik/Dewan Pengawas di evaluasi oleh pemilik setiap tahun dan hasil evaluasinya didokumentasikan.				0	10		
4	Representasi pemilik/Dewan Pengawas menetapkan visi misi rumah sakit yang diarahkan oleh pemilik.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>TKRS 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah menetapkan regulasi tentang kualifikasi Direktur, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai dengan persyaratan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku.				0	10		
2	Direktur menjalankan operasional rumah sakit sesuai tanggung jawabnya yang meliputi namun tidak terbatas pada poin sampai dengan dalam maksud dan tujuan yang dituangkan dalam uraian tugasnya.				0	10		
3	Memiliki bukti tertulis tanggung jawab Direktur telah dilaksanakan dan dievaluasi oleh pemilik/representasi pemilik setiap tahun dan hasil evaluasinya didokumentasikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TKRS 3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur menunjuk pimpinan rumah sakit dan kepala unit sesuai kualifikasi dalam persyaratan jabatan yang telah ditetapkan beserta uraian tugasnya.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melaksanakan misi yang telah ditetapkan dan memastikan kebijakan serta prosedur dilaksanakan.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit bersama dengan pimpinan unit merencanakan dan menentukan jenis pelayanan klinis untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani rumah sakit.				0	10		
4	Rumah sakit memberikan informasi tentang pelayanan yang disediakan kepada tokoh masyarakat, para pemangku kepentingan, fasilitas pelayanan kesehatan di sekitar rumah sakit, dan terdapat proses untuk menerima masukan bagi peningkatan pelayanannya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>TKRS 3.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit memastikan bahwa terdapat proses untuk menyampaikan informasi dalam.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit memastikan bahwa komunikasi yang efektif antara unit klinis dan nonklinis, antara PPA dengan manajemen, antar PPA dengan pasien dan keluarga serta antar staf telah dilaksanakan.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit telah mengkomunikasikan visi, misi, tujuan, rencana strategis dan kebijakan, rumah sakit kepada semua staf.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TKRS 4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur dan Pimpinan rumah sakit berpartisipasi dalam merencanakan mengembangkan dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit memilih dan menetapkan proses pengukuran, pengkajian data, rencana perbaikan dan mempertahankan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit menetapkan mekanisme pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
4	Pimpinan rumah sakit menetapkan mekanisme pemantauan dan koordinasi program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>TKRS 5 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur dan pimpinan rumah sakit menggunakan data yang tersedia (data basedalam menetapkan indikator prioritas rumah sakit yang perbaikannya akan berdampak luas/menyeluruh meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Dalam memilih prioritas perbaikan di tingkat rumah sakit maka Direktur dan pimpinan menggunakan kriteria prioritas meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Direktur dan pimpinan rumah sakit mengkaji dampak perbaikan primer dan dampak perbaikan sekunder pada indikator prioritas rumah sakit yang ditetapkan di tingkat rumah sakit maupun tingkat unit.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	30	0%	
<b>TKRS 6 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab terhadap kontrak untuk memenuhi kebutuhan pasien dan manajemen termasuk ruang lingkup pelayanan tersebut yang dicantumkan dalam persetujuan kontrak.				0	10		
2	Tenaga kesehatan yang dikontrak perlu dilakukan kredensial sesuai ketentuan di rumah sakit.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit menginspeksi kepatuhan layanan kontrak sesuai kebutuhan.				0	10		
4	Apabila kontrak dinegosiasikan ulang atau dihentikan, rumah sakit tetap mempertahankan kelanjutan dari pelayanan pasien.				0	10		
5	Semua kontrak menetapkan data mutu yang harus dilaporkan kepada rumah sakit, disertai frekuensi dan mekanisme pelaporan, serta bagaimana rumah sakit akan merespons jika persyaratan atau ekspektasi mutu tidak terpenuhi.				0	10		
6	Pimpinan klinis dan non klinis yang terkait layanan yang dikontrak melakukan analisis dan memantau informasi mutu yang dilaporkan pihak yang dikontrak yang merupakan bagian dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit.				0	10		
					0	60	0%	
<b>TKRS 7 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit menggunakan data dan informasi mutu serta dampak terhadap keselamatan untuk membuat keputusan pembelian dan penggunaan peralatan baru.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit menggunakan data dan informasi mutu serta dampak terhadap keselamatan dalam pemilihan, penambahan, pengurangan dan melakukan rotasi staf.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit menggunakan rekomendasi dari organisasi profesional dan sumber berwenang lainnya dalam mengambil keputusan mengenai pengadaan sumber daya.				0	10		
4	Pimpinan rumah sakit memberikan arahan, dukungan, dan pengawasan terhadap penggunaan sumber daya Teknologi informasi Kesehatan (TIK).				0	10		
5	Pimpinan rumah sakit memberikan arahan, dukungan, dan pengawasan terhadap pelaksanaan program penanggulangan kedaruratan dan bencana.				0	10		
6	Pimpinan rumah sakit memantau hasil keputusannya dan menggunakan data tersebut untuk mengevaluasi dan memperbaiki mutu keputusan pembelian dan pengalokasian sumber daya.				0	10		
					0	60	0%	
<b>TKRS 7.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit menentukan obat-obatan, perbekalan medis, serta peralatan medis yang paling berisiko dan membuat bagan alur rantai perbekalannya.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit menentukan titik paling berisiko dalam bagan alur rantai perbekalan dan membuat keputusan berdasarkan risiko dalam rantai perbekalan tersebut.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki proses untuk melakukan pelacakan retrospektif terhadap perbekalan yang diduga tidak stabil, terkontaminasi, rusak, atau palsu.				0	10		
4	Rumah sakit memberitahu produsen dan/atau distributor bila menemukan perbekalan yang tidak stabil, terkontaminasi, rusak, atau palsu.				0	10		
					0	40	0%	
<b>TKRS 8 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat struktur organisasi Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan Lain yang ditetapkan Direktur sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.				0	10		
2	Komite Medik, Komite Keperawatan dan Komite Tenaga Kesehatan Lain melaksanakan tanggung jawabnya mencakup (a-dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Untuk melaksanakan tanggung jawabnya Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan Lain menyusun Program kerja setiap tahun dan ditetapkan oleh Direktur.				0	10		
					0	30	0%	
<b>TKRS 9 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Kepala unit kerja diangkat sesuai kualifikasi dalam persyaratan jabatan yang ditetapkan.				0	10		
2	Kepala unit kerja menyusun pedoman pengorganisasian, pedoman pelayanan dan prosedur sesuai proses bisnis di unit kerja.				0	10		
3	Kepala unit kerja menyusun program kerja yang termasuk di dalamnya kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta manajemen risiko setiap tahun.				0	10		
4	Kepala unit kerja mengusulkan kebutuhan sumber daya mencakup ruangan, peralatan medis, teknologi informasi dan sumber daya lain yang diperlukan unit layanan serta terdapat mekanisme untuk menanggapi kondisi jika terjadi kekurangan tenaga.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
5	Kepala unit kerja telah melakukan koordinasi dan integrasi baik dalam unitnya maupun antar unit layanan.				0	10		
					0	50	0%	
<b>TKRS 10 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Kepala unit klinis/non klinis melakukan pengukuran INM yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan oleh unitnya.				0	10		
2	Kepala unit klinis/non klinis melakukan pengukuran IMP-RS yang sesuai dengan pelayanan yang diberikan oleh unitnya, termasuk semua layanan kontrak yang menjadi tanggung jawabnya.				0	10		
3	Kepala unit klinis/non klinis menerapkan pengukuran IMP-Unit untuk mengurangi variasi dan memperbaiki proses dalam unitnya.				0	10		
4	Kepala unit klinis/non klinis memilih prioritas perbaikan yang baru bila perbaikan sebelumnya sudah dapat dipertahankan dalam waktu 1 (satu) tahun.				0	10		
					0	40	0%	
<b>TKRS 11 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Penilaian praktik profesional berkelanjutan (On going Professional Practice Evaluation) para dokter dalam memberikan pelayanan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien menggunakan indikator mutu yang diukur di unit tersebut.				0	10		
2	Penilaian kinerja para perawat dalam memberikan pelayanan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien menggunakan indikator mutu yang diukur di unit tersebut.				0	10		
3	Penilaian kinerja tenaga kesehatan lainnya memberikan pelayanan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien menggunakan indikator mutu yang diukur di unit tersebut.				0	10		
					0	30	0%	
<b>TKRS 12 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur rumah sakit menetapkan Komite Etik rumah sakit.				0	10		
2	Komite Etik telah menyusun kode etik rumah sakit yang mengacu pada Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERS) dan ditetapkan Direktur.				0	10		
3	Komite Etik telah menyusun kerangka kerja pelaporan dan pengelolaan etik rumah sakit serta pedoman pengelolaan kode etik rumah sakit meliputi poin (sampai dengan 1) dalam maksud dan tujuan sesuai dengan visi, misi, dan nilai-nilai yang dianut rumah sakit.				0	10		
4	Rumah sakit menyediakan sumber daya serta pelatihan kerangka pengelolaan etik rumah sakit bagi praktisi kesehatan dan staf lainnya dan memberikan solusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etik.				0	10		
					0	40	0%	
<b>TKRS 13 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit menetapkan Program Budaya Keselamatan yang mencakup poin sampai dengan dalam maksud dan tujuan serta mendukung penerapannya secara akuntabel dan transparan.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (kepuastakaan dan laporan) terkait budaya keselamatan bagi semua staf yang bekerja di rumah sakit.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di rumah sakit.				0	10		
4	Pimpinan rumah sakit mengembangkan sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses bagi staf untuk mengidentifikasi dan melaporkan perilaku yang tidak diinginkan dan menindaklanjutinya.				0	10		
5	Pimpinan rumah sakit melakukan pengukuran untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di rumah sakit serta hasil yang diperoleh dipergunakan untuk perbaikan penerapannya di rumah sakit.				0	10		
6	Pimpinan rumah sakit menerapkan budaya adil (just culture) terhadap staf yang terkait laporan budaya keselamatan tersebut.				0	10		
					0	60	0%	
<b>TKRS 14 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur dan pimpinan rumah sakit berpartisipasi dan menetapkan program manajemen risiko tingkat rumah sakit meliputi poin sampai dengan dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Direktur memantau penyusunan daftar risiko yang diprioritaskan menjadi profil risiko di tingkat rumah sakit.				0	10		
					0	20	0%	
<b>TKRS 15 - 7 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit menetapkan penanggung jawab program penelitian di dalam rumah sakit yang memastikan semua proses telah sesuai dengan kode etik penelitian dan persyaratan lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Terdapat proses untuk penyelesaian konflik kepentingan (finansial dan non finansial) yang terjadi akibat penelitian di rumah sakit.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit telah mengidentifikasi fasilitas dan sumber daya yang diperlukan untuk melakukan penelitian, termasuk di dalamnya kompetensi sumber daya yang akan berpartisipasi di dalam penelitian sebagai pimpinan dan anggota tim peneliti.				0	10		
4	Terdapat proses yang memastikan bahwa seluruh pasien yang ikut di dalam penelitian telah melalui proses persetujuan tertulis (informed consent) untuk melakukan penelitian, tanpa adanya paksaan untuk mengikuti penelitian dan telah mendapatkan informasi mengenai lamanya penelitian, prosedur yang harus dilalui, siapa yang dapat dikontak selama penelitian berlangsung, manfaat, potensial risiko serta alternatif pengobatan lainnya.				0	10		
5	Apabila penelitian dilakukan oleh pihak ketiga (kontrak), maka pimpinan rumah sakit memastikan bahwa pihak ketiga tersebut bertanggung jawab dalam pemantauan dan evaluasi dari mutu, keamanan dan etika dalam penelitian.				0	10		
6	Penanggung jawab penelitian melakukan kajian dan evaluasi terhadap seluruh penelitian yang dilakukan di rumah sakit setidaknya 1 (satu) tahun sekali.				0	10		
7	Seluruh kegiatan penelitian merupakan bagian dari program mutu rumah sakit dan dilakukan pemantauan serta evaluasinya secara berkala sesuai ketetapan rumah sakit.				0	10		
					0	70	0%	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>710</b>	<b>0%</b>	

## KPS ( KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>KPS 1 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur telah menetapkan regulasi terkait Kualifikasi Pendidikan dan staf meliputi poin a - f pada gambaran umum.				0	10		
2	Kepala unit telah merencanakan dan menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi dan pengalaman staf di unitnya sesuai peraturan dan perundang-undangan.				0	10		
3	Kebutuhan staf telah direncanakan sesuai poin a)-dalam maksud dan tujuan.				0	10		
4	Perencanaan staf meliputi penghitungan jumlah, jenis, dan kualifikasi staf menggunakan metode yang diakui sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
5	Perencanaan staf termasuk membahas penugasan dan rotasi/alih fungsi staf.				0	10		
6	Efektivitas perencanaan staf dipantau secara berkelanjutan dan diperbarui sesuai kebutuhan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Setiap staf telah memiliki uraian tugas sesuai dengan tugas yang diberikan.				0	10		
2	Tenaga kesehatan yang diidentifikasi dalam hingga dalam maksud dan tujuan, memiliki uraian tugas yang sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi terkait proses rekrutmen, evaluasi kompetensi kandidat calon staf dan mekanisme pengangkatan staf di rumah sakit.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan proses meliputi poin – di maksud dan tujuan secara seragam.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses untuk menyesuaikan kompetensi PPA dengan kebutuhan pasien.				0	10		
2	Para PPA baru dievaluasi pada saat mulai bekerja oleh kepala unit di mana PPA tersebut ditugaskan				0	10		
3	Terdapat setidaknya satu atau lebih evaluasi yang didokumentasikan untuk tiap PPA sesuai uraian tugas setiap tahunnya atau sesuai ketentuan rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>Kriteria KPS 5 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses untuk menyesuaikan kompetensi staf non klinis dengan persyaratan jabatan/posisi.				0	10		
2	Staf non klinis yang baru dinilai kinerjanya pada saat akan memulai pekerjaannya oleh kepala unit di mana staf tersebut ditugaskan.				0	10		
3	Terdapat setidaknya satu atau lebih evaluasi yang didokumentasikan untuk tiap staf non klinis sesuai uraian tugas setiap tahunnya atau sesuai ketentuan rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 6 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	File kepegawaian staf distandardisasi dan dipelihara serta dijaga kerahasiaannya sesuai dengan kebijakan rumah sakit.				0	10		
2	File kepegawaian mencakup poin – sesuai maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 7 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang orientasi bagi staf baru di rumah sakit.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Tenaga kesehatan baru telah diberikan orientasi umum dan orientasi khusus sesuai.				0	10		
3	Staf nonklinis baru telah diberikan orientasi umum dan orientasi khusus.				0	10		
4	Tenaga kontrak, paruh waktu, mahasiswa atau trainee dan sukarelawan telah diberikan orientasi umum dan orientasi khusus (jika ada).				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 8 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah mengidentifikasi kebutuhan pendidikan staf berdasarkan sumber berbagai informasi, mencakup – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Program pendidikan dan pelatihan telah disusun berdasarkan hasil identifikasi sumber informasi pada EP 1.				0	10		
3	Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan diberikan kepada staf rumah sakit baik internal maupun eksternal.				0	10		
4	Rumah sakit telah menyediakan waktu, anggaran, sarana dan prasarana yang memadai bagi semua staf untuk mendapat kesempatan mengikuti pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 8.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar (BHP) pada seluruh staf dan bantuan hidup tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit.				0	10		
2	Terdapat bukti yang menunjukkan bahwa staf yang mengikuti pelatihan BHD atau bantuan hidup tingkat lanjut telah lulus pelatihan tersebut.				0	10		
3	Tingkat pelatihan yang ditentukan untuk tiap staf harus diulang berdasarkan persyaratan dan/atau jangka waktu yang ditetapkan oleh program pelatihan yang diakui, atau setiap 2 (dua) tahun jika tidak menggunakan program pelatihan yang diakui.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 9 - 7 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan program kesehatan dan keselamatan staf.				0	10		
2	Program kesehatan dan keselamatan staf mencakup setidaknya hingga yang tercantum dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Rumah sakit mengidentifikasi penularan penyakit infeksi atau paparan yang dapat terjadi pada staf serta melakukan upaya pencegahan dengan vaksinasi.				0	10		
4	Berdasar atas epidemiologi penyakit infeksi maka rumah sakit mengidentifikasi risiko staf terpapar atau tertular serta melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi.				0	10		
5	Rumah sakit telah melaksanakan evaluasi, konseling, dan tata laksana lebih lanjut untuk staf yang terpapar penyakit infeksi serta dikoordinasikan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi.				0	10		
6	Rumah sakit telah mengidentifikasi area yang berpotensi untuk terjadi tindakan kekerasan di tempat kerja (workplace violence) dan menerapkan upaya untuk mengurangi risiko tersebut.				0	10		
7	Rumah sakit telah melaksanakan evaluasi, konseling, dan tata laksana lebih lanjut untuk staf yang mengalami cedera akibat tindakan kekerasan di tempat kerja.				0	10		
					<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 10 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan peraturan internal tenaga medis (medical staff bylaws) yang mengatur proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja, dan rekredensial tenaga medis				0	10		
2	Rumah sakit telah melaksanakan proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis untuk pelayanan diagnostik, konsultasi, dan tata laksana yang diberikan oleh dokter praktik mandiri di rumah sakit secara seragam				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis kepada dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit seperti konsultasi kedokteran jarak jauh (telemedicine), radiologi jarak jauh (teleradiology), dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain: elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), elektromiogram (EMG), serta pemeriksaan lain yang serupa.				0	10		
4	Setiap tenaga medis yang memberikan pelayanan di rumah sakit wajib menandatangani perjanjian sesuai dengan regulasi rumah sakit.				0	10		
5	Rumah sakit telah melaksanakan verifikasi ke Lembaga/Badan/Instansi pendidikan atau organisasi profesional yang diakui yang mengeluarkan izin/sertifikat, dan kredensial lain dalam proses kredensial sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau yang				0	10		
6	Ada bukti dilaksanakan kredensial tambahan ke sumber yang mengeluarkan apabila tenaga medis yang meminta kewenangan klinis tambahan yang cangguh atau subspecialisasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0%</b>	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>KPS 10.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pengangkatan tenaga medis dibuat berdasar atas kebijakan rumah sakit dan konsisten dengan populasi pasien rumah sakit, misi, dan pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien				0	10		
2	Pengangkatan tidak dilakukan sampai setidaknya izin/surat tanda registrasi sudah diverifikasi dari sumber utama yang mengeluarkan surat tersebut dan tenaga medis dapat memberikan pelayanan kepada pasien di bawah supervisi sampai semua kredensial yang disyaratkan undang-undang dan peraturan sudah diverifikasi dari sumbernya.				0	10		
3	Untuk tenaga medis yang belum mendapatkan kewenangan mandiri, dilakukan supervisi dengan mengatur frekuensi supervisi dan supervisor yang ditunjuk serta didokumentasikan di file kredensial staf tersebut.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 11 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medik termasuk kewenangan tambahan dengan mempertimbangan poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Ada bukti pemberian kewenangan klinis berdasar atas rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medik.				0	10		
3	Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber utama yang mengeluarkan ijazah/sertifikat.				0	10		
4	Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota tenaga medis dalam bentuk cetak atau elektronik (softcopy) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan.				0	10		
5	Setiap tenaga medis hanya memberikan pelayanan klinis sesuai kewenangan klinis yang diberikan kepadanya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 12 - 7 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik, dan disiplin (OPP tenaga medis)				0	10		
2	Penilaian OPPE tenaga medis memuat 3 (tiga) area umum – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Penilaian OPPE juga meliputi peran tenaga medis dalam pencapaian target indikator mutu yang diukur di unit tempatnya bekerja.				0	10		
4	Data dan informasi hasil pelayanan klinis dari tenaga medis dikaji secara objektif dan berdasar atas bukti, jika memungkinkan dilakukan benchmarking dengan pihak eksternal rumah sakit.				0	10		
5	Data dan informasi hasil pemantauan kinerja tenaga medis sekurang-kurangnya setiap 12 (dua belas) bulan dilakukan oleh kepala unit, kepala kelompok tenaga medis, Subkomite Mutu Profesi Komite Medik dan pimpinan pelayanan medis. Hasil, simpulan, dan tindakan didokumentasikan di dalam file kredensial tenaga medis tersebut				0	10		
6	Jika terjadi kejadian insiden keselamatan pasien atau pelanggaran perilaku etik maka dilakukan tindakan terhadap tenaga medis tersebut secara adil (just culture) berdasarkan hasil analisis terkait kejadian tersebut.				0	10		
7	Bila ada temuan yang berdampak pada pemberian kewenangan tenaga medis, temuan tersebut didokumentasi ke dalam file tenaga medis dan diinformasikan serta disimpan di unit tempat tenaga medis memberikan pelayanan				0	10		
					<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 13 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Berdasarkan penilaian praktik profesional berkelanjutan tenaga medis, rumah sakit menentukan sedikitnya setiap 3 (tiga) tahun, apakah kewenangan klinis tenaga medis dapat dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi (berkurang atau bertambah).				0	10		
2	Terdapat bukti terkini dalam berkas setiap tenaga medis untuk semua kredensial yang perlu diperbarui secara periodik.				0	10		
3	Ada bukti pemberian kewenangan klinis tambahan didasarkan atas kredensial yang telah diverifikasi dari sumber Badan/Lembaga/Instansi penyelenggara pendidikan atau pelatihan. sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KPS 14 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses kredensial yang efektif terhadap tenaga perawat meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Tersedia bukti dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman yang terbaharui di file tenaga perawat.				0	10		
3	Terdapat pelaksanaan verifikasi ke sumber Badan/Lembaga/instansi penyelenggara pendidikan/ pelatihan yang seragam.				0	10		
4	Terdapat bukti dokumen kredensial yang dipelihara pada setiap tenaga perawat.				0	10		
5	Rumah sakit menerapkan proses untuk memastikan bahwa kredensial perawat kontrak lengkap sebelum penugasan.				0	10		



NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	50	0%	
<b>KPS 15 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan rincian kewenangan klinis perawat berdasar hasil kredensial terhadap perawat.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan Surat Penugasan Klinis tenaga perawat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>KPS 16 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan penilaian kinerja tenaga perawat secara periodik menggunakan format dan metode sesuai ketentuan yang ditetapkan rumah sakit.				0	10		
2	Penilaian kinerja tenaga perawat meliputi pemenuhan uraian tugasnya dan perannya dalam pencapaian target indikator mutu yang diukur di unit tempatnya bekerja.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit dan kepala unit telah berlaku adil (just culture) ketika ada temuan dalam kegiatan peningkatan mutu, laporan insiden keselamatan pasien atau manajemen risiko.				0	10		
4	Rumah sakit telah mendokumentasikan hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan perawat dalam file kredensial perawat.				0	10		
					0	40	0%	
<b>KPS 17 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan proses kredensial yang efektif terhadap tenaga Kesehatan lainnya meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Tersedia bukti dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan, dan pengalaman yang terbaharui di file tenaga Kesehatan lainnya.				0	10		
3	Terdapat pelaksanaan verifikasi ke sumber Badan/Lembaga/institusi penyelenggara Pendidikan/pelatihan yang seragam.				0	10		
4	Terdapat dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap tenaga kesehatan lainnya.				0	10		
					0	40	0%	
<b>KPS 18 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPlainnya dan staf klinis lainnya berdasar atas hasil kredensial tenaga Kesehatan lainnya.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan surat penugasan klinis kepada tenaga Kesehatan lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>KPS 19 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan penilaian kinerja tenaga Kesehatan lainnya secara periodik menggunakan format dan metode sesuai ketentuan yang ditetapkan rumah sakit.				0	10		
2	Penilaian kinerja tenaga Kesehatan lainnya meliputi pemenuhan uraian tugasnya dan perannya dalam pencapaian target indikator mutu yang diukur di unit tempatnya bekerja.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit dan kepala unit telah berlaku adil (just culture) ketika ada temuan dalam kegiatan peningkatan mutu, laporan insiden keselamatan pasien atau manajemen risiko.				0	10		
4	Rumah sakit telah mendokumentasikan hasil kajian, tindakan yang diambil, dan setiap dampak atas tanggung jawab pekerjaan tenaga kesehatan dalam file kredensial tenaga kesehatan lainnya.				0	10		
					0	40	0%	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>810</b>	<b>0%</b>	

## MFK ( MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>MFK 1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi terkait Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MF yang meliputi poin – pada gambaran umum.				0	10		
2	Rumah sakit telah melengkapi izin-izin dan sertifikasi yang masih berlaku sesuai persyaratan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit memenuhi perencanaan anggaran dan sumber daya serta memastikan rumah sakit memenuhi persyaratan perundang-undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>MFK 2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan Penanggungjawab MFK yang memiliki kompetensi dan pengalaman dalam melakukan pengelolaan pada fasilitas dan keselamatan di lingkungan rumah sakit.				0	10		
2	Penanggungjawab MFK telah menyusun Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MF yang meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Penanggungjawab MFK telah melakukan pengawasan dan evaluasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MF setiap tahunnya meliputi poin – dalam maksud dan tujuan serta melakukan penyesuaian program apabila diperlukan.				0	10		
4	Penerapan program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MF pada tenant/penyewa lahan yang berada di lingkungan rumah sakit meliputi poin – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>MFK 3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan keselamatan rumah sakit meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah mengintegrasikan program Kesehatan dan keselamatan kerja staf ke dalam program manajemen fasilitas dan keselamatan.				0	10		
3	Rumah sakit telah membuat pengkajian risiko secara proaktif terkait keselamatan di rumah sakit setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register.				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan pemantauan risiko keselamatan dan dilaporkan setiap 6 (enabulan kepada pimpinan rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>MFK 4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan keamanan di lingkungan rumah sakit meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah membuat pengkajian risiko secara proaktif terkait keamanan di rumah sakit setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register.				0	10		
3	Rumah sakit telah membuat pengkajian risiko secara proaktif terkait keselamatan di rumah sakit. (Daftar risiko/risk register).				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan pemantauan risiko keamanan dan dilaporkan setiap 6 (ena bulan kepada Direktur rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>MFK 5 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan proses pengelolaan B3 meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah membuat pengkajian risiko secara proaktif terkait pengelolaan B3 di rumah sakit setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register				0	10		
3	Di area tertentu yang rawan terhadap paparan telah dilengkapi dengan eye washer/body washer yang berfungsi dan terpelihara baik dan tersedia kit tumpahan/spill kit sesuai ketentuan.				0	10		
4	Staf dapat menjelaskan dan atau memperagakan penanganan tumpahan B3.				0	10		
5	Staf dapat menjelaskan dan atau memperagakan tindakan, kewaspadaan, prosedur dan partisipasi dalam penyimpanan, penanganan dan pembuangan limbah B3.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>MFK 5.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit melakukan penyimpanan limbah B3 sesuai poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Rumah sakit mengolah limbah B3 padat secara mandiri atau menggunakan pihak ketiga yang berizin termasuk untuk pemusnahan limbah B3 cair yang tidak bisa dibuang ke IPAL.				0	10		
3	Rumah sakit mengelola limbah B3 cair sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
					0	30	0%	
<b>MFK 6 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko kebakaran secara proaktif meliputi poin – dalam maksud dan tujuan setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan proses proteksi kebakaran yang meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Rumah sakit menetapkan kebijakan dan melakukan pemantauan larangan merokok di seluruh area rumah sakit.				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko proteksi kebakaran.				0	10		
5	Rumah sakit memastikan semua staf memahami proses proteksi kebakaran termasuk melakukan pelatihan penggunaan APAR, hidran dan simulasi kebakaran setiap tahun.				0	10		
6	Peralatan pemadaman kebakaran aktif dan sistem peringatan dini serta proteksi kebakaran secara pasif telah diinventarisasi, diperiksa, di ujicoba dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang- undangan dan didokumentasikan.				0	10		
					0	60	0%	
<b>MFK 7 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan peralatan medik yang digunakan di rumah sakit meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit menetapkan penanggung jawab yang kompeten dalam pengelolaan dan pengawasan peralatan medik di rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko peralatan medik secara proaktif setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register.				0	10		
4	Terdapat bukti perbaikan yang dilakukan oleh pihak yang berwenang dan kompeten.				0	10		
5	Rumah sakit telah menerapkan pemantauan, pemberitahuan kerusakan (malfungsi dan penarikan (recall) peralatan medis yang membahayakan pasien.				0	10		
6	Rumah sakit telah melaporkan insiden keselamatan pasien terkait peralatan medis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
					0	60	0%	
<b>MFK 8 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan sistem utilitas yang meliputi poin - dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko sistem utilitas dan komponen kritisnya secara proaktif setiap tahun yang didokumentasikan dalam daftar risiko/risk register.				0	10		
					0	20	0%	
<b>MFK 8.1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses inventarisasi sistem utilitas dan komponen kritisnya setiap tahun.				0	10		
2	Sistem utilitas dan komponen kritisnya telah diinspeksi secara berkala berdasarkan ketentuan rumah sakit.				0	10		
3	Sistem utilitas dan komponen kritisnya diuji secara berkala berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan.				0	10		
4	Sistem utilitas dan komponen kritisnya dipelihara berdasar atas kriteria yang sudah ditetapkan.				0	10		
5	Sistem utilitas dan komponen kritisnya diperbaiki bila diperlukan.				0	10		
					0	50	0%	
<b>MFK 8.2 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit mempunyai proses sistem utilitas terhadap keadaan darurat yang meliputi poin a)-pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Air bersih harus tersedia selama 24 jam setiap hari, 7 (tujuh) hari dalam seminggu.				0	10		
3	Listrik tersedia 24 jam setiap hari, 7 (tujuh) hari dalam seminggu.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
4	Rumah sakit mengidentifikasi area dan pelayanan yang berisiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air bersih terkontaminasi atau terganggu dan melakukan penanganan untuk mengurangi risiko.				0	10		
5	Rumah sakit mempunyai sumber listrik dan air bersih cadangan dalam keadaan darurat/emergensi.				0	10		
					0	50	0%	
<b>MFK 8.2.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit melaksanakan uji coba sumber air bersih dan listrik cadangan/alternatif sekurangnya 6 (enabulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air.				0	10		
2	Rumah sakit mendokumentasi hasil uji coba sumber air bersih cadangan/alternatif tersebut				0	10		
3	Rumah sakit mendokumentasikan hasil uji sumber listrik/cadangan/alternatif tersebut.				0	10		
4	Rumah sakit mempunyai tempat dan jumlah bahan bakar untuk sumber listrik cadangan/alternatif yang mencukupi.				0	10		
					0	40	0%	
<b>MFK 8.3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses sekurang- kurangnya meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah melakukan pemantauan dan evaluasi proses pada EP 1.				0	10		
3	Rumah sakit telah menindaklanjuti hasil pemantauan dan evaluasi pada EP 2 dan didokumentasikan.				0	10		
					0	30	0%	
<b>MFK 9 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan bencana yang meliputi poin – pada maksud dan tujuan di atas.				0	10		
2	Rumah sakit telah mengidentifikasi risiko bencana internal dan eksternal dalam analisis kerentanan bahaya/Hazard Vulnerability Analysis (HVsecara proaktif setiap tahun dan diintegrasikan ke dalam daftar risiko/risk register dan profil risiko.				0	10		
3	Rumah sakit membuat program pengelolaan bencana di rumah sakit berdasarkan hasil analisis kerentanan bahaya/Hazard Vulnerability Analysis (HVsetiap tahun.				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan simulasi penanggulangan bencana (disaster drill minimal setahun sekali termasuk debriefing.				0	10		
5	Staf dapat menjelaskan dan atau memperagakan prosedur dan peran mereka dalam penanganan kedaruratan serta bencana internal dan external				0	10		
6	Rumah sakit telah menyiapkan area dekontaminasi sesuai ketentuan pada instalasi gawat darurat.				0	10		
					0	60	0%	
<b>MFK 10 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan penilaian risiko prakonstruksi (PCRterkait rencana konstruksi, renovasi dan demolisi meliputi poin - seperti di maksud dan tujuan diatas.				0	10		
2	Rumah sakit melakukan penilaian risiko prakonstruksi (PCRbila ada rencana konstruksi, renovasi dan demolisi.				0	10		
3	Rumah sakit melakukan tindakan berdasarkan hasil penilaian risiko untuk meminimalkan risiko selama pembongkaran, konstruksi, dan renovasi.				0	10		
4	Rumah sakit memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, dilaksanakan, dan didokumentasikan.				0	10		
					0	40	0%	
<b>MFK 11 - 8 Elemen Penilaian</b>								
1	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait keselamatan setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
2	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait keamanan setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
3	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait pengelolaan B3 dan limbahnya setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
4	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait proteksi kebakaran setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
5	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait peralatan medis setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
6	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait sistim utilitas setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
7	Semua staf telah diberikan pelatihan program manajemen fasilitas dan keselamatan (MFterkait penanganan bencana setiap tahun dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.				0	10		
8	h) Pelatihan tentang pengelolaan fasilitas dan program keselamatan mencakup vendor, pekerja kontrak, relawan, pelajar, peserta didik, peserta pelatihan, dan lainnya, sebagaimana berlaku untuk peran dan tanggung jawab individu, dan sebagaimana ditentukan oleh rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>80</b>	<b>0%</b>	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>720</b>	<b>0%</b>	

**PMKP ( PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN )**

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PMKP 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur telah menetapkan regulasi terkait peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta manajemen risiko				0	10		
2	Direktur rumah sakit telah membentuk Komite/Tim Penyelenggara Mutu untuk mengelola kegiatan PMKP serta uraian tugasnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu menyusun program PMKP rumah sakit meliputi poin – yang telah ditetapkan Direktur rumah sakit dan disahkan oleh representatif pemilik/dewan pengawas.				0	10		
4	Program PMKP dievaluasi dalam rapat koordinasi melibatkan komite-komite, pimpinan rumah sakit dan kepala unit setiap triwulan untuk menjamin perbaikan mutu yang berkesinambungan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PMKP 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Komite/Tim Penyelenggara Mutu terlibat dalam pemilihan indikator mutu prioritas baik ditingkat rumah sakit maupun tingkat unit layanan.				0	10		
2	Komite/Tim Penyelenggara Mutu melaksanakan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran serta melakukan supervisi ke unit layanan.				0	10		
3	Komite/Tim Penyelenggara Mutu mengintegrasikan laporan insiden keselamatan pasien, pengukuran budaya keselamatan, dan lainnya untuk mendapatkan solusi dan perbaikan terintegrasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PMKP 3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit melakukan pengumpulan data mencakup (poin – c)) dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) dan indikator mutu prioritas unit (IMP- Unit) telah dibuat profil indikator mencakup (poin a-t) dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PMKP 4 - 7 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah dilakukan agregasi dan analisis data menggunakan metode dan teknik statistik terhadap semua indikator mutu yang telah diukur oleh staf yang kompeten				0	10		
2	Hasil analisis digunakan untuk membuat rekomendasi tindakan perbaikan dan serta menghasilkan efisiensi penggunaan sumber daya.				0	10		
3	Memiliki bukti analisis data dilaporkan kepada Direktur dan representasi pemilik/dewan pengawas sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
4	Memiliki bukti hasil analisis berupa informasi INM dan e-report IKP diwajibkan lapor kepada Kementerian kesehatan sesuai peraturan yang berlaku.				0	10		
5	Terdapat proses pembelajaran dari database eksternal untuk tujuan perbandingan internal dari waktu ke waktu, perbandingan dengan rumah sakit yang setara, dengan praktik terbaik (best practices), dan dengan sumber ilmiah profesional yang objektif				0	10		
6	Keamanan dan kerahasiaan tetap dijaga saat berkontribusi pada database eksternal.				0	10		
7	Telah menganalisis efisiensi berdasarkan biaya dan jenis sumber daya yang digunakan (sebelum dan sesudah perbaikan) terhadap satu proyek prioritas perbaikan yang dipilih setiap tahun.				0	10		
					<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0%</b>	
<b>PMKP 4.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Data dikumpulkan, dianalisis, dan diubah menjadi informasi untuk mengidentifikasi peluang-peluang untuk perbaikan.				0	10		
2	Staf yang kompeten melakukan proses pengukuran menggunakan alat dan teknik statistik.				0	10		
3	Hasil analisis data dilaporkan kepada penanggung jawab indikator mutu yang akan melakukan perbaikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PMKP 5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan validasi yang berbasis bukti meliputi poin – yang ada pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas validitas dan kualitas data serta hasil yang dipublikasikan.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	20	0%	
<b>PMKP 6 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah membuat rencana perbaikan dan melakukan uji coba menggunakan metode yang telah teruji dan menerapkannya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
2	Tersedia kesinambungan data mulai dari pengumpulan data sampai perbaikan yang dilakukan dan dapat dipertahankan.				0	10		
3	Memiliki bukti perubahan regulasi atau perubahan proses yang diperlukan untuk mempertahankan perbaikan.				0	10		
4	Keberhasilan telah didokumentasikan dan dijadikan laporan PMKP.				0	10		
					0	40	0%	
<b>PMKP 7 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit melakukan evaluasi clinical pathway sesuai yang tercantum dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Hasil evaluasi dapat menunjukkan adanya perbaikan terhadap kepatuhan dan mengurangi variasi dalam penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan audit klinis dan atau audit medis pada penerapan prioritas standar pelayanan kedokteran di rumah sakit.				0	10		
					0	30	0%	
<b>PMKP 8 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	a) Direktur menetapkan sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP RS) termasuk didalamnya definisi, jenis insiden keselamatan pasien meliputi kejadian sentinel (poin a – o) dalam bagian maksud dan tujuan), KTD, KNC, KTC dan KPCS, mekanisme pelaporan dan analisisnya serta pembelajarannya,				0	10		
2	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu membentuk tim investigator sesegera mungkin untuk melakukan investigasi komprehensif/analisis akar masalah (root cause analysis) pada semua kejadian sentinel dalam kurun waktu tidak melebihi 45 (empat puluh lima) hari.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit melakukan tindakan perbaikan korektif dan memantau efektivitasnya untuk mencegah atau mengurangi berulangnya kejadian sentinel tersebut.				0	10		
4	Pimpinan rumah sakit menetapkan proses untuk menganalisis KTD, KNC, KTC, KPCS dengan melakukan investigasi sederhana dengan kurun waktu yaitu grading biru tidak melebihi 7 (tujuh) hari, grading hijau tidak melebihi 14 (empat belas) hari.				0	10		
5	Pimpinan rumah sakit melakukan tindakan perbaikan korektif dan memantau efektivitasnya untuk mencegah atau mengurangi berulangnya KTD, KNC, KTC, KPCS tersebut.				0	10		
					0	50	0%	
<b>PMKP 9 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Proses pengumpulan data sesuai sampai dari maksud dan tujuan, analisis, dan pelaporan diterapkan untuk memastikan akurasi data.				0	10		
2	Analisis data mendalam dilakukan ketika terjadi tingkat, pola atau tren yang tak diharapkan yang digunakan untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
3	Data luaran (outcome) dilaporkan kepada direktur dan representatif pemilik/ dewan pengawas sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>PMKP 10 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan pasien dengan survei budaya keselamatan pasien setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti.				0	10		
2	Hasil pengukuran budaya sebagai acuan dalam menyusun program peningkatan budaya keselamatan di rumah sakit.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PMKP 11 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu memandu penerapan program manajemen risiko yang ditetapkan oleh Direktur				0	10		
2	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu telah membuat daftar risiko rumah sakit berdasarkan daftar risiko unit-unit di rumah sakit				0	10		
3	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu telah membuat profil risiko dan rencana penanganan				0	10		
4	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu telah membuat pemantauan terhadap rencana penanganan dan melaporkan kepada direktur dan representatif pemilik/dewan pengawas setiap 6 (enam) bulan				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
5	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu telah menyusun Program manajemen risiko tingkat rumah sakit untuk ditetapkan Direktur				0	10		
6	Komite/ Tim Penyelenggara Mutu telah memandu pemilihan minimal satu analisis secara proaktif proses berisiko tinggi yang diprioritaskan untuk dilakukan analisis FMEA setiap tahun.				0	10		
					0	60	0%	
<b>TOTAL :</b>					0	440	0%	



## MRMIK ( MANAJEMEN REKAM MEDIK DAN INFORMASI KESEHATAN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>MRMIK 1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi sesuai poin – yang terdapat dalam gambaran umum.				0	10		
2	Terdapat bukti rumah sakit telah menerapkan proses pengelolaan informasi untuk memenuhi kebutuhan PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen/unit layanan dan badan/individu dari luar rumah sakit.				0	10		
3	Proses yang diterapkan sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas layanan, ketersediaan staf terlatih, sumber daya teknis, dan sumber daya lainnya.				0	10		
4	Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi secara berkala sesuai ketentuan rumah sakit serta upaya perbaikan terhadap pemenuhan informasi internal dan eksternal dalam mendukung asuhan, pelayanan, dan mutu serta keselamatan pasien.				0	10		
5	Apabila terdapat program penelitian dan atau pendidikan Kesehatan di rumah sakit, terdapat bukti bahwa data dan informasi yang mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset telah tersedia tepat waktu dari sumber data terkini.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti PPA, pimpinan rumah sakit, kepala departemen, unit layanan dan staf telah dilatih tentang prinsip pengelolaan dan penggunaan sistem informasi sesuai dengan peran dan tanggung jawab mereka.				0	10		
2	Terdapat bukti bahwa data dan informasi klinis serta non klinis diintegrasikan sesuai kebutuhan dan digunakan dalam mendukung proses pengambilan keputusan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 2.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses untuk memastikan kerahasiaan, keamanan, dan integritas data dan informasi sesuai dengan peraturan perundangan.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan proses pemberian akses kepada staf yang berwenang untuk mengakses data dan informasi, termasuk entry ke dalam rekam medis pasien.				0	10		
3	Rumah sakit memantau kepatuhan terhadap proses ini dan mengambil tindakan ketika terjadi pelanggaran terhadap kerahasiaan, keamanan, atau integritas data.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 2.2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Data dan informasi yang disimpan terlindung dari kehilangan, pencurian, kerusakan, dan penghancuran.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan pemantauan dan evaluasi terhadap keamanan data dan informasi.				0	10		
3	Terdapat bukti rumah sakit telah melakukan tindakan perbaikan untuk meningkatkan keamanan data dan informasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>Kriteria MRMIK 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan pengelolaan dokumen sesuai dengan butir – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki dan menerapkan format yang seragam untuk semua dokumen sejenis sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah memiliki dokumen internal mencakup butir – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti bahwa penyebaran data dan informasi memenuhi kebutuhan internal dan eksternal rumah sakit sesuai dengan yang tercantum dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Terdapat proses yang memastikan bahwa data dan informasi yang dibutuhkan untuk perawatan pasien telah diterima tepat waktu dan sesuai format yang seragam dan sesuai dengan kebutuhan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 5 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Rumah sakit menetapkan unit penyelenggara rekam medis dan 1 (satu) orang yang kompeten mengelola rekam medis.				0	10		
3	Rumah Sakit menerapkan penyelenggaraan Rekam Medis yang dilakukan sejak pasien masuk sampai pasien pulang, dirujuk, atau meninggal.				0	10		
4	Tersedia penyimpanan rekam medis yang menjamin keamanan dan kerahasiaan baik kertas maupun elektronik.				0	10		
					0	40	0%	
<b>Kriteria MRMK 6 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti bahwa setiap pasien memiliki rekam medik dengan satu nomor RM sesuai sistem penomoran yang ditetapkan.				0	10		
2	Rekam medis rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang disusun dan diisi sesuai ketentuan rumah sakit.				0	10		
3	Terdapat bukti bahwa formulir rekam medis dievaluasi dan diperbaharui (terkhusus dengan kebutuhan dan secara periodik).				0	10		
					0	30	0%	
<b>MRMK 7 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti rekam medis pasien telah berisi informasi yang sesuai dengan ketentuan rumah sakit dan peraturan perundangan yang berlaku.				0	10		
2	Terdapat bukti rekam medis pasien mengandung informasi yang memadai sesuai butir – pada maksud dan tujuan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>MRMK 8 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	PPA mencantumkan identitas secara jelas pada saat mengisi RM.				0	10		
2	Tanggal dan waktu penulisan setiap catatan dalam rekam medis pasien dapat diidentifikasi.				0	10		
3	Terdapat prosedur koreksi penulisan dalam pengisian RM elektronik dan non elektronik.				0	10		
4	a) Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi terhadap penulisan identitas, tanggal dan waktu penulisan catatan pada rekam medis pasien serta koreksi penulisan catatan dalam rekam medis, dan hasil evaluasi yang ada telah digunakan sebagai dasar upaya perbaikan di rumah sakit.				0	10		
					0	40	0%	
<b>MRMK 9 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
2	Dilakukan evaluasi secara berkala penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, singkatan dan simbol yang berlaku di rumah sakit dan hasilnya digunakan sebagai upaya tindak lanjut untuk perbaikan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>MRMK 10 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menentukan otoritas pengisian rekam medis termasuk isi dan format rekam medis.				0	10		
2	Rumah Sakit menentukan hak akses dalam pelepasan informasi rekam medis				0	10		
3	Rumah sakit menjamin otentifikasi, keamanan dan kerahasiaan data rekam medis baik kertas maupun elektronik sebagai bagian dari hak pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>MRMK 11 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki regulasi jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis (kertas/elektronik), serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien dan prosedur pemusnahannya sesuai dengan peraturan perundangan.				0	10		
2	Dokumen, data dan/informasi terkait pasien dimusnahkan setelah melampaui periode waktu penyimpanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan dengan prosedur yang tidak membahayakan keamanan dan kerahasiaan.				0	10		
3	Dokumen, data dan/atau informasi tertentu terkait pasien yang bernilai guna, disimpan abadi (permanen) sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
					0	30	0%	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>MRMIK 12 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan komite/tim rekam medis.				0	10		
2	Komite/tim secara berkala melakukan pengkajian rekam medis pasien secara berkala setiap tahun dan menggunakan sampel yang mewakili (rekam medis pasien yang masih dirawat dan pasien yang sudah pulang).				0	10		
3	Fokus pengkajian paling sedikit mencakup pada ketepatan waktu, keterbacaan, kelengkapan rekam medis dan isi rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan.				0	10		
4	Hasil pengkajian yang dilakukan oleh komite/tim rekam medis dilaporkan kepada pimpinan rumah sakit dan dibuat upaya perbaikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 13 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan teknologi informasi kesehatan				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan SIMRS sesuai dengan ketetapan dan peraturan perundangan yang berlaku.				0	10		
3	Rumah sakit menetapkan unit yang bertanggung jawab sebagai penyelenggara SIMRS dan dipimpin oleh staf kompeten.				0	10		
4	Data serta informasi klinis dan non klinis diintegrasikan sesuai dengan kebutuhan untuk mendukung pengambilan keputusan				0	10		
5	Rumah sakit telah menerapkan proses untuk menilai efektifitas sistem rekam medis elektronik dan melakukan upaya perbaikan terkait hasil penilaian yang ada.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>MRMIK 13.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat prosedur yang harus dilakukan jika terjadi waktu henti sistem data (down time) untuk mengatasi masalah pelayanan.				0	10		
2	Staf dilatih dan memahami perannya di dalam prosedur penanganan waktu henti sistem data (down time), baik yang terencana maupun yang tidak terencana.				0	10		
3	Rumah sakit melakukan evaluasi pasca terjadinya waktu henti sistem data (down time) dan menggunakan informasi dari data tersebut untuk persiapan dan perbaikan apabila terjadi waktu henti (down time) berikutnya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>510</b>	<b>0%</b>	

## PPI ( PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PPI 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur rumah sakit telah menetapkan regulasi PPI meliputi a - m pada gambaran umum.				0	10		
2	Direktur rumah sakit telah menetapkan komite/tim PPI untuk mengelola dan mengawasi kegiatan PPI di rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah menerapkan mekanisme koordinasi yang melibatkan pimpinan rumah sakit dan komite/tim PPI untuk melaksanakan program PPI sesuai dalam maksud dan tujuan.				0	10		
4	Direktur rumah sakit memberikan dukungan sumber daya terhadap penyelenggaraan kegiatan PPI meliputi namun tidak terbatas pada maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 1.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan perawat PPI/IPCN purna waktu dan IPCLN berdasarkan jumlah dan kualifikasi sesuai ukuran rumah sakit, kompleksitas kegiatan, tingkat risiko, cakupan program dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Ada bukti perawat PPI/IPCN melaksanakan supervisi pada semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.				0	10		
					0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan kebijakan Program PPI yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan transmisi sesuai maksud dan tujuan diatas.				0	10		
2	Rumah sakit melakukan evaluasi pelaksanaan program PPI.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit secara proaktif telah melaksanakan pengkajian risiko pengendalian infeksi (ICR) setiap tahunnya terhadap tingkat dan kecenderungan infeksi layanan kesehatan sesuai poin – pada maksud dan tujuan dan selanjutnya menggunakan data tersebut untuk membuat dan menentukan prioritas/fokus pada Program PPI.				0	10		
2	Rumah sakit telah melaksanakan surveilans data secara periodik dan dianalisis setiap triwulan meliputi - dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 4 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pengolahan sterilisasi mengikuti peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Staf yang memroses peralatan medis dan/atau BMHP telah diberikan pelatihan dalam pembersihan, desinfeksi, dan sterilisasi serta mendapat pengawasan.				0	10		
3	Metode pembersihan, desinfeksi, dan sterilisasi dilakukan secara seragam di semua area di rumah sakit.				0	10		
4	Penyimpanan peralatan medis dan/atau BMHP bersih dan steril disimpan dengan baik di area penyimpanan yang ditetapkan, bersih dan kering dan terlindungi dari debu, kelembaban, serta perubahan suhu yang ekstrem.				0	10		
5	Bila sterilisasi dilaksanakan di luar rumah sakit harus dilakukan oleh lembaga yang memiliki sertifikasi mutu dan ada kerjasama yang menjamin kepatuhan proses sterilisasi sesuai dengan peraturan perundang- undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 4.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan peralatan medis dan/atau BMHP yang dapat digunakan ulang meliputi – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit menggunakan proses terstandarisasi untuk menentukan kapan peralatan medis dan/atau BMHP yang digunakan ulang sudah tidak aman atau tidak layak digunakan ulang.				0	10		
3	Ada bukti pemantauan, evaluasi, dan tindak lanjut pelaksanaan penggunaan kembali (reusperalatan medis dan/atau BMHP meliputi – dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PPI 5 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan prosedur pembersihan dan disinfeksi permukaan dan lingkungan sesuai standar PPI				0	10		
2	Rumah sakit melaksanakan pembersihan dan disinfeksi tambahan di area berisiko tinggi berdasarkan hasil pengkajian risiko				0	10		
3	Rumah sakit telah melakukan pemantauan proses pembersihan dan disinfeksi lingkungan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 6 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Ada unit kerja pengelola linen/laundry yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Prinsip-prinsip PPI diterapkan pada pengelolaan linen/laundry, termasuk pemilahan, transportasi, pencucian, pengeringan, penyimpanan, dan distribusi				0	10		
3	Ada bukti supervisi oleh IPCN terhadap pengelolaan linen/laundry sesuai dengan prinsip PPI termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 7 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pengelolaan limbah rumah sakit untuk meminimalkan risiko infeksi yang meliputi – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah sesuai dengan regulasi, dipantau dan dievaluasi, serta di tindak lanjutnya.				0	10		
3	Pelaporan pajanan limbah infeksius sesuai dengan regulasi dan dilaksanakan pemantauan, evaluasi, serta tindak lanjutnya.				0	10		
4	Bila pengelolaan limbah dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 7.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pemulasaraan jenazah dan bedah mayat sesuai dengan regulasi.				0	10		
2	Ada bukti kegiatan kamar mayat dan kamar bedah mayat sudah dikelola sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Ada bukti pemantauan dan evaluasi, serta tindak lanjut kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 7.2 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Benda tajam dan jarum sudah dikumpulkan, disimpan di dalam wadah yang tidak tembus, tidak bocor, berwarna kuning, diberi label infeksius, dan dipergunakan hanya sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Bila pengelolaan benda tajam dan jarum dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit harus berdasar atas kerjasama dengan pihak yang memiliki izin dan sertifikasi mutu sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Ada bukti data dokumen limbah benda tajam dan jarum.				0	10		
4	Ada bukti pelaksanaan supervisi dan pemantauan oleh IPCN terhadap pengelolaan benda tajam dan jarum sesuai dengan prinsip PPI, termasuk bila dilaksanakan oleh pihak luar rumah sakit				0	10		
5	Ada bukti pelaksanaan pemantauan kepatuhan prinsip-prinsip PPI sesuai regulasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 8 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit yang meliputi – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Ada bukti pelaksanaan yang penyimpanan bahan makanan, pengolahan, pembagian/pemorsian, dan distribusi makanan sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Ada bukti pelaksanaan penyimpanan makanan dan produk nutrisi dengan memperhatikan kesehatan lingkungan meliputi sanitasi, suhu, pencahayaan, kelembapan, ventilasi, dan keamanan untuk mengurangi risiko infeksi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PPI 9 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering control) untuk fasilitas yang tercantum pada – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICR) yang minimal meliputi – yang ada pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICR) pada semua renovasi, konstruksi dan demoli sesuai dengan regulasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 10 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menyediakan dan menempatkan ruangan untuk pasien dengan imunitas rendah (immunocompromised) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Rumah sakit melaksanakan proses transfer pasien airborne diseases di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya				0	10		
3	Rumah sakit telah menempatkan pasien infeksi "air borne" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk di ruang gawat darurat dan ruang lainnya.				0	10		
4	Ada bukti pemantauan ruang tekanan negatif dan penempatan pasien secara rutin.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 10.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan pasien bila terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne.				0	10		
2	Rumah sakit menyediakan ruang isolasi dengan tekanan negatif bila terjadi ledakan pasien (outbreak) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Ada bukti dilakukan edukasi kepada staf tentang pengelolaan pasien infeksius jika terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 11 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan hand hygiene yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (hand wash) atau dengan disinfektan (hand rubs) serta ketersediaan fasilitas hand hygiene.				0	10		
2	Sabun, disinfektan, serta tisu/handuk sekali pakai tersedia di tempat cuci tangan dan tempat melakukan disinfeksi tangan.				0	10		
3	Ada bukti pelaksanaan pelatihan hand hygiene kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 11.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya.				0	10		
2	Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar.				0	10		
3	Ketersediaan alat pelindung diri sudah cukup sesuai dengan regulasi.				0	10		
4	Ada bukti pelatihan penggunaan alat pelindung diri kepada semua pegawai termasuk tenaga kontrak.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 12 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Ada regulasi sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu di Komite/ Tim Penyelenggara Mutu.				0	10		
2	Ada bukti pertemuan berkala antara Komite/ Tim Penyelenggara Mutu dan Komite/Tim PPI untuk berkoordinasi dan didokumentasikan.				0	10		
3	Ada bukti penyampaian hasil analisis data dan rekomendasi Komite/Tim PPI kepada Komite/ Tim Penyelenggara Mutu setiap tiga bulan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPI 13 - 3 Elemen Penilaian</b>								

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
1	Rumah sakit menetapkan program pelatihan dan edukasi tentang PPI yang meliputi – yang ada pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinik dan nonklinik sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI.				0	10		
3	Ada bukti pelaksanaan edukasi untuk pasien, keluarga, dan pengunjung				0	10		
					0	30	0%	
<b>TOTAL :</b>					0	620	0%	

## PPK ( PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PPK 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki kerjasama resmi rumah sakit dengan institusi pendidikan yang masih berlaku.				0	10		
2	Kerjasama antara rumah sakit dengan institusi pendidikan yang sudah terakreditasi.				0	10		
3	Kriteria penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas RS harus dicantumkan dalam perjanjian Kerjasama.				0	10		
4	Pemilik, pimpinan rumah sakit dan pimpinan institusi pendidikan membuat kajian tertulis setidaknya satu kali setahun terhadap hasil evaluasi program pendidikan kesehatan yang dijalankan di rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPK 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan pendidikan klinis yang telah disepakati bersama meliputi poin sampai dengan pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki daftar lengkap memuat nama semua peserta pendidikan klinis yang saat ini ada di rumah sakit.				0	10		
3	Untuk setiap peserta pendidikan klinis terdapat dokumentasi yang meliputi poin – pada maksud dan tujuan				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPK 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti perhitungan rasio peserta pendidikan dengan staf pendidik klinis untuk seluruh peserta dari setiap program pendidikan profesi yang disepakati oleh rumah sakit dan institusi pendidikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Terdapat bukti perhitungan peserta didik yang diterima di rumah sakit per periode untuk proses pendidikan disesuaikan dengan jumlah pasien untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
3	Terdapat bukti bahwa sarana prasarana, teknologi, dan sumber daya lain di rumah sakit tersedia untuk mendukung pendidikan peserta didik.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPK 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis dan penetapan penugasan klinis serta rincian kewenangan klinis dari rumah sakit.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki daftar staf klinis yang memberikan pendidikan klinis secara lengkap (akademik dan profesesuai dengan jenis pendidikan yang dilaksanakan di rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki bukti staf klinis yang memberikan pendidikan klinis telah mengikuti pendidikan sebagai pendidikan dan keprofesian berkelanjutan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PPK 5 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah memiliki tingkat supervisi yang diperlukan oleh setiap peserta pendidikan klinis di rumah sakit untuk setiap jenjang pendidikan				0	10		
2	Setiap peserta pendidikan klinis mengetahui tingkat, frekuensi, dan dokumentasi untuk supervisinya.				0	10		
3	Rumah sakit telah memiliki format spesifik untuk mendokumentasikan proses supervisi yang sesuai dengan kebijakan rumah sakit, tujuan program pendidikan, serta mutu dan keselamatan asuhan pasien.				0	10		
4	Rumah sakit telah memiliki proses pengkajian rekam medis untuk memastikan kepatuhan batasan kewenangan dan proses supervisi peserta pendidikan yang mempunyai akses pengisian rekam medis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PPK 6 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan unit yang bertanggung jawab untuk mengelola pelaksanaan pendidikan klinis di rumah sakit.				0	10		
2	Rumah sakit menetapkan program orientasi peserta pendidikan klinis.				0	10		
3	Rumah sakit telah memiliki bukti pelaksanaan dan sertifikat program orientasi peserta pendidikan klinis.				0	10		
4	Rumah sakit telah memiliki bukti pelaksanaan dan dokumentasi peserta didik diikutsertakan dalam semua program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.				0	10		



NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
5	Rumah sakit telah memantau dan mengevaluasi bahwa pelaksanaan program pendidikan kesehatan tidak menurunkan mutu dan keselamatan pasien yang dilaksanakan sekurang-kurangnya sekali setahun yang terintegrasi dengan program mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
6	Rumah sakit telah melakukan survei mengenai kepuasan pasien terhadap pelayanan rumah sakit atas dilaksanakannya pendidikan klinis sekurang-kurangnya sekali setahun.				0	10		
					0	60	0%	
<b>TOTAL :</b>					0	230	0%	

## AKP ( AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>AKP 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi akses dan kesinambungan pelayanan (AKP) meliputi poin – pada gambaran umum.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit dan terdokumentasi.				0	10		
3	Ada proses untuk memberikan hasil pemeriksaan diagnostik kepada tenaga kesehatan yang kompeten/terlatih untuk bertanggung jawab menentukan apakah pasien akan diterima, ditransfer, atau dirujuk.				0	10		
4	Bila kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi sesuai misi dan sumber daya yang ada, maka rumah sakit akan merujuk atau membantu pasien ke fasilitas pelayanan yang sesuai kebutuhannya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>AKP 1.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Proses triase dan pelayanan kegawatdaruratan telah diterapkan oleh staf yang kompeten dan bukti dokumen kompetensi dan kewenangan klinisnya tersedia.				0	10		
2	Staf telah menggunakan kriteria triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.				0	10		
3	Pasien darurat dinilai dan distabilkan sesuai kapasitas rumah sakit sebelum ditransfer ke ruang rawat atau dirujuk dan didokumentasikan dalam rekam medik.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>AKP 1.2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif, pelayanan khusus/spesialistik atau pelayanan intensif.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan kriteria masuk dan kriteria keluar di unit pelayanan khusus/spesialistik menggunakan parameter diagnostik dan atau parameter objektif termasuk kriteria berbasis fisiologis dan terdokumentasikan di rekam medik.				0	10		
3	Rumah sakit telah menerapkan kriteria masuk dan kriteria keluar di unit pelayanan intensif menggunakan parameter diagnostik dan atau parameter objektif termasuk kriteria berbasis fisiologis dan terdokumentasikan di rekam medik				0	10		
4	Staf yang kompeten dan berwenang di unit pelayanan khusus dan unit pelayanan intensif terlibat dalam penyusunan kriteria masuk dan kriteria keluar di unitnya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>AKP 1.3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Pasien dan atau keluarga diberi informasi jika ada penundaan dan atau keterlambatan pelayanan beserta alasannya dan dicatat di rekam medis.				0	10		
2	Pasien dan atau keluarga diberi informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien dan dicatat di rekam medis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>AKP 2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses penerimaan pasien meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan sistem pendaftaran pasien rawat jalan dan rawat inap baik secara offline maupun secara online dan dilakukan evaluasi dan tindak lanjutnya.				0	10		
3	Rumah sakit telah memberikan informasi tentang rencana asuhan yang akan diberikan, hasil asuhan yang diharapkan serta perkiraan biaya yang harus dibayarkan oleh pasien/keluarga.				0	10		
4	Saat diterima sebagai pasien rawat inap, pasien dan keluarga mendapat edukasi dan orientasi tentang ruang rawat inap.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>AKP 2.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan pengelolaan alur pasien untuk menghindari penumpukan. mencakup poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Manajer pelayanan pasien (MPP)/case manager bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pengaturan alur pasien untuk menghindari penumpukan.				0	10		
3	Rumah sakit telah melakukan evaluasi terhadap pengelolaan alur pasien secara berkala dan melaksanakan upaya perbaikannya.				0	10		
4	Ada sistem informasi tentang ketersediaan tempat tidur secara online kepada masyarakat.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	40	0%	
<b>AKP 3 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Para PPA telah memberikan asuhan pasien secara terintegrasi berfokus pada pasien meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Ada penunjukkan MPP dengan uraian tugas meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Para profesional pemberi asuhan (PPdan manajer pelayanan pasien (MPP) telah melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
4	Pencatatan perkembangan pasien didokumentasikan para PPA di formulir catatan pasien terintegrasi (CPPT).				0	10		
5	Pencatatan di unit intensif atau unit khusus menggunakan lembar pemantauan pasien khusus, pencatatan perkembangan pasien dilakukan pada lembar tersebut oleh DPJP di unit tersebut, PPA lain dapat melakukan pencatatan perkembangan pasien di formulir catatan pasien terintegrasi (CPPT).				0	10		
6	Perencanaan dan pelayanan pasien secara terintegrasi diinformasikan kepada pasien dan atau keluarga secara berkala sesuai ketentuan Rumah Sakit.				0	10		
					0	60	0%	
<b>AKP 3.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan bahwa setiap pasien memiliki dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan telah melakukan asuhan pasien secara terkoordinasi dan terdokumentasi dalam rekam medis pasien.				0	10		
2	Rumah sakit juga menetapkan proses perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP utama.				0	10		
3	Bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP utama sebagai koordinator asuhan pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>AKP 4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dilengkapi dengan formulir transfer pasien.				0	10		
2	Formulir transfer internal meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>AKP 5 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan kriteria pemulangan pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien beserta edukasinya.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan kemungkinan pasien diizinkan keluar rumah sakit dalam jangka waktu tertentu untuk keperluan penting.				0	10		
3	Penyusunan rencana dan instruksi pemulangan didokumentasikan dalam rekam medis pasien dan diberikan kepada pasien secara tertulis.				0	10		
4	Tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan baik perorangan ataupun dimana pasien untuk memberikan pelayanan berkelanjutan.				0	10		
					0	40	0%	
<b>AKP 5.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan Ringkasan pasien pulang meliputi – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit memberikan salinan ringkasan pasien pulang kepada pihak yang berkepentingan dan tersimpan di dalam rekam medik.				0	10		
3	Formulir Ringkasan pasien pulang dijelaskan kepada pasien dan atau keluarga.				0	10		
					0	30	0%	
<b>AKP 5.2 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan proses untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan.				0	10		
2	Ada bukti pemberian edukasi kepada pasien tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap.				0	10		
3	Pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri, tetapi tetap mengikuti proses pemulangan pasien.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
4	Dokter keluarga (bila ada) atau dokter yang memberi asuhan berikutnya kepada pasien diberitahu tentang kondisi tersebut.				0	10		
5	Ada dokumentasi rumah sakit melakukan pengkajian untuk mengetahui alasan pasien keluar rumah sakit apakah permintaan sendiri, menolak asuhan medis, atau tidak melanjutkan program pengobatan.				0	10		
					0	50	0%	
<b>AKP 5.3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Ada regulasi yang mengatur pasien rawat inap dan rawat jalan yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri).				0	10		
2	Rumah sakit melakukan identifikasi pasien penderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan.				0	10		
3	Rumah sakit melaporkan kepada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan.				0	10		
					0	30	0%	
<b>AKP 5.4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Ada regulasi tentang rujukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Rujukan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien.				0	10		
3	Rumah sakit yang merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk.				0	10		
4	Ada kerjasama rumah sakit yang merujuk dengan rumah sakit yang menerima rujukan yang sering dirujuk.				0	10		
					0	40	0%	
<b>AKP 5.5 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.				0	10		
2	Selama proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memantau dan mencatatnya dalam rekam medis.				0	10		
3	Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien.				0	10		
4	Rumah sakit memiliki proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima.				0	10		
5	Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan.				0	10		
					0	50	0%	
<b>AKP 5.6 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Dokumen rujukan berisi nama dari fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima dan nama orang yang menyetujui menerima pasien.				0	10		
2	Dokumen rujukan berisi alasan pasien dirujuk, memuat kondisi pasien, dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut.				0	10		
3	Dokumen rujukan juga memuat prosedur dan intervensi yang sudah dilakukan.				0	10		
4	Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
					0	40	0%	
<b>AKP 5.7 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosisnya kompleks diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMR) meliputi poin a-d dalam maksud tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki proses yang dapat dibuktikan bahwa PRMRJ mudah ditelusur dan mudah di-review.				0	10		
3	Proses tersebut dievaluasi untuk memenuhi kebutuhan para DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>AKP 6 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki proses transportasi pasien sesuai dengan kebutuhannya yang meliputi pengkajian kebutuhan transportasi, SDM, obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, peralatan medis dan persyaratan PPI yang sesuai dengan kebutuhan pasien.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Bila rumah sakit memiliki kendaraan transport sendiri, ada bukti pemeliharaan kendaraan tersebut sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Bila rumah sakit bekerja sama dengan jasa transportasi pasien mandiri, ada bukti kerja sama tersebut dan evaluasi berkala dari rumah sakit mengenai kelayakan				0	10		
4	Kriteria alat transportasi yang digunakan untuk merujuk, memindahkan, atau memulangkan pasien ditentukan oleh rumah sakit (staf yang kompeten), harus sesuai dengan Program PPI, memenuhi aspek mutu, keselamatan pasien dan keselamatan transportasi.				0	10		
					0	40	0%	
<b>TOTAL :</b>					0	670	0%	

## HPK ( HAK PASIEN DAN KELUARGA )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>HPK 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan regulasi hak pasien dan keluarga sebagaimana tercantum dalam poin – pada gambaran umum dan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki proses untuk mengidentifikasi siapa yang diinginkan pasien untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait perawatannya.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki proses untuk menentukan preferensi pasien, dan pada beberapa keadaan preferensi keluarga pasien, dalam menentukan informasi apa mengenai perawatan pasien yang dapat diberikan kepada keluarga/pihak lain, dan dalam situasi apa.				0	10		
4	Semua staff dilatih tentang proses dan peran mereka dalam mendukung hak-hak serta partisipasi pasien dan keluarga dalam perawatan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 1.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah mengidentifikasi hambatan serta menerapkan proses untuk mengurangi hambatan bagi pasien dalam mendapatkan akses, proses penerimaan dan pelayanan perawatan.				0	10		
2	Informasi terkait aspek perawatan dan tata laksana medis pasien diberikan dengan cara dan bahasa yang dipahami pasien.				0	10		
3	Informasi mengenai hak dan tanggung jawab pasien terpampang di area rumah sakit atau diberikan kepada setiap pasien secara tertulis atau dalam metode lain dalam bahasa yang dipahami pasien.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 1.2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Staf memberikan perawatan yang penuh penghargaan dengan memerhatikan harkat dan martabat pasien.				0	10		
2	Rumah sakit menghormati keyakinan spiritual dan budaya pasien serta nilai-nilai yang dianut pasien.				0	10		
3	Rumah sakit memenuhi kebutuhan pasien terhadap bimbingan rohani.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 1.3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menjamin kebutuhan privasi pasien selama perawatan dan pengobatan di rumah sakit.				0	10		
2	Kerahasiaan informasi pasien dijaga sesuai dengan peraturan perundangan.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki proses untuk meminta persetujuan pasien terkait pemberian informasi.				0	10		
4	Rumah sakit memiliki proses untuk memberikan pasien akses terhadap informasi kesehatan mereka.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 1.4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan proses untuk mencatat dan melindungi pertanggungjawaban harta benda pasien.				0	10		
2	Pasien mendapat informasi mengenai tanggung jawab rumah sakit untuk melindungi harta benda pribadi mereka.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 1.5 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan proses untuk melindungi semua pasien dari serangan fisik dan verbal.				0	10		
2	Rumah sakit mengidentifikasi populasi yang memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami serangan.				0	10		
3	Rumah sakit memantau area fasilitas yang terisolasi dan terpencil.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>HPK 2 - 5 Elemen Penilaian</b>								

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
1	Rumah sakit menerapkan proses untuk mendukung pasien dan keluarga terlibat dan berpartisipasi dalam proses asuhan dan dalam pengambilan keputusan.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan proses untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya mengenai kondisi medis, diagnosis, serta rencana perawatan dan terapi yang diberikan.				0	10		
3	Pasien diberikan informasi mengenai hasil asuhan dan tata laksana yang diharapkan.				0	10		
4	Pasien diberikan informasi mengenai kemungkinan hasil yang tidak dapat diantisipasi dari terapi dan perawatan.				0	10		
5	Rumah sakit memfasilitasi permintaan pasien untuk mencari pendapat kedua tanpa perlu khawatir akan mempengaruhi perawatannya selama di dalam atau luar rumah sakit.				0	10		
					0	50	0%	
<b>HPK 2.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses mengenai pemberian pelayanan resusitasi dan penghentian terapi penunjang kehidupan untuk pasien.				0	10		
2	Rumah sakit 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.				0	10		
					0	20	0%	
<b>HPK 2.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses untuk menghargai dan mendukung hak pasien mendapatkan pengkajian dan pengelolaan nyeri.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan proses untuk menghargai dan mendukung hak pasien untuk mendapatkan pengkajian dan pengelolaan terhadap kebutuhan pasien menjelang akhir hayat.				0	10		
					0	20	0%	
<b>HPK 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pasien diberikan informasi mengenai proses untuk menyampaikan keluhan dan proses yang harus dilakukan pada saat terjadi konflik/perbedaan pendapat pada proses perawatan.				0	10		
2	Keluhan, konflik, dan perbedaan pendapat tersebut dikaji dan diselesaikan oleh unit/petugas yang bertanggung jawab melalui sebuah alur/proses spesifik.				0	10		
3	Pasien dan keluarga berpartisipasi dalam proses penyelesaian keluhan, konflik, dan perbedaan pendapat.				0	10		
					0	30	0%	
<b>HPK 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses bagaimana persetujuan umum didokumentasikan dalam rekam medis pasien.				0	10		
2	Pasien dan keluarga diberikan informasi mengenai pemeriksaan, tindakan dan pengobatan yang memerlukan informed consent.				0	10		
3	Pasien menerima informasi mengenai kemungkinan keterlibatan peserta didik, mahasiswa, residen trainee dan fellow yang berpartisipasi dalam proses perawatan.				0	10		
					0	30	0%	
<b>HPK 4.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses bagi pasien untuk mendapatkan informed consent.				0	10		
2	Pemberian informed consent dilakukan oleh staf yang kompeten dan diberikan dengan cara dan bahasa yang mudah dipahami pasien.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki daftar tindakan invasif, pemeriksaan dan terapi tambahan yang memerlukan informed consent.				0	10		
					0	30	0%	
<b>HPK 4.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses untuk pemberian informed consent oleh orang lain selain pasien sesuai peraturan perundangan yang berlaku.				0	10		
2	Rekam medis pasien mencantumkan (satu atau lebih) nama individu yang menyatakan persetujuan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>390</b>	<b>0%</b>	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
----	-----------------------	------------------	-------------	-------------------	------	---------------	---------	---------

© 2022 STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT 2022 - RSD BALUNG KABUPATEN JEMBER



## PP ( PENGAJIAN PASIEN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PP 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengkajian awal dan pengkajian ulang medis dan keperawatan di unit gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan.				0	10		
2	Rumah sakit menetapkan isi minimal pengkajian awal meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Hanya PPA yang kompeten, diperbolehkan untuk melakukan pengkajian sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
4	Perencanaan pulang yang mencakup identifikasi kebutuhan khusus dan rencana untuk memenuhi kebutuhan tersebut, disusun sejak pengkajian awal.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PP 1.1 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan didokumentasikan dalam kurun waktu 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap, atau lebih awal bila diperlukan sesuai dengan kondisi pasien.				0	10		
2	Pengkajian awal medis menghasilkan diagnosis medis yang mencakup kondisi utama dan kondisi lainnya yang membutuhkan tata laksana dan pemantauan				0	10		
3	Pengkajian awal keperawatan menghasilkan diagnosis keperawatan untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan, intervensi atau pemantauan pasien yang spesifik.				0	10		
4	Sebelum pembedahan pada kondisi mendesak, minimal terdapat catatan singkat dan diagnosis praoperasi yang didokumentasikan di dalam rekam medik.				0	10		
5	Pengkajian medis yang dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum pasien menjalani prosedur di layanan rawat jalan rumah sakit harus dilakukan dalam waktu kurang atau sama dengan 30 (tiga puluh) hari sebelumnya. Jika lebih dari 30 (tiga puluh) hari, maka harus dilakukan pengkajian ulang.				0	10		
6	Hasil dari seluruh pengkajian yang dikerjakan di luar rumah sakit ditinjau dan/atau diverifikasi pada saat masuk rawat inap atau sebelum tindakan di unit rawat Jalan				0	10		
					<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0%</b>	
<b>PP 1.2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan kriteria risiko nutrisi yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.				0	10		
2	Pasien diskriming untuk risiko nutrisi sebagai bagian dari pengkajian awal.				0	10		
3	Pasien dengan risiko nutrisi dilanjutkan dengan pengkajian gizi.				0	10		
4	Pasien diskriming untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PP 1.3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan jenis populasi khusus yang akan dilakukan pengkajian meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian tambahan terhadap populasi pasien khusus sesuai ketentuan rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PP 2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit melaksanakan pengkajian ulang oleh DPJP, perawat dan PPA lainnya untuk menentukan rencana asuhan lanjutan.				0	10		
2	Terdapat bukti pelaksanaan pengkajian ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu/libur untuk pasien akut.				0	10		
3	Terdapat bukti pelaksanaan pengkajian ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien.				0	10		
4	Terdapat bukti pengkajian ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PP 3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan laboratorium di rumah sakit.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Pelayanan laboratorium buka 24 jam, 7 (tujuh) hari seminggu, sesuai dengan kebutuhan pasien.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur rumah sakit menetapkan penanggung jawab laboratorium yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan perundang-undangan.				0	10		
2	Terdapat bukti pelaksanaan tanggung jawab pimpinan laboratorium sesuai poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Staf laboratorium yang membuat interpretasi telah memenuhi persyaratan kredensial.				0	10		
2	Staf laboratorium dan staf lain yang melaksanakan pemeriksaan termasuk yang mengerjakan Point-of-care testing (POCT), memenuhi persyaratan kredensial.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan dan menerapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium reguler dan cito.				0	10		
2	Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium.				0	10		
3	Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito.				0	10		
4	Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi pelayanan laboratorium rujukan.				0	10		
					0	40	0%	
<b>PP 3.4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti pelaksanaan semua reagensia esensial disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai prosedur dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya				0	10		
2	Terdapat bukti pelaksanaan evaluasi/audit semua reagen.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Pengelolaan spesimen dilaksanakan sesuai poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Terdapat bukti pemantauan dan evaluasi terhadap pengelolaan spesimen.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.6 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan dan mengevaluasi rentang nilai normal untuk interpretasi, pelaporan hasil laboratorium klinis.				0	10		
2	Setiap hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan rentang nilai normal.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.7 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti bahwa unit laboratorium telah melakukan Pemantapan Mutu Internal (PMsecara rutin yang meliputi poin a-e pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Terdapat bukti bahwa unit laboratorium telah melakukan Pemantapan Mutu Eksternal (PMsecara rutin.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.8 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Unit laboratorium memiliki bukti sertifikat akreditasi laboratorium rujukan yang masih berlaku.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi kerjasama pelayanan kontrak sesuai dengan kesepakatan kedua belah pihak.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 3.9 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan darah di rumah sakit.				0	10		
2	Penyelenggaraan pelayanan darah dibawah tanggung jawab seorang staf yang kompeten.				0	10		
3	Rumah sakit telah melakukan pemantauan dan evaluasi mutu terhadap penyelenggaraan pelayanan darah di rumah sakit				0	10		
4	Rumah sakit menerapkan proses persetujuan tindakan pasien untuk pemberian darah dan produk darah.				0	10		
					0	40	0%	
<b>PP 4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi pelayanan radiologi klinik.				0	10		
2	Terdapat pelayanan radiologi klinik selama 24 jam, 7 (tujuh) hari seminggu, sesuai dengan kebutuhan pasien.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 4.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Direktur menetapkan penanggung jawab radiologi klinik yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Terdapat bukti pengawasan pelayanan radiologi klinik oleh penanggung jawab radiologi klinik sesuai poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 4.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Staf radiologi klinik yang membuat interpretasi telah memenuhi persyaratan kredensial				0	10		
2	Staf radiologi klinik dan staf lain yang melaksanakan pemeriksaan termasuk yang mengerjakan tindakan di Ruang Rawat pasien, memenuhi persyaratan kredensial.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 4.3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik.				0	10		
2	Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik.				0	10		
3	Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito.				0	10		
4	Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi pelayanan radiologi rujukan.				0	10		
					0	40	0%	
<b>PP 4.4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan proses pengelolaan logistik film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan.				0	10		
2	Semua film x-ray disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PP 4.5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti bahwa unit radiologi klinik telah melaksanakan Pemantapan Mutu Internal (PMI).				0	10		
2	Terdapat bukti bahwa unit radiologi klinik melaksanakan Pemantapan Mutu Eksternal (PME).				0	10		
					0	20	0%	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>580</b>	<b>0%</b>	

## PAP ( PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PAP 1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) yang meliputi poin – dalam gambaran umum.				0	10		
2	Asuhan yang seragam diberikan kepada setiap pasien meliputi poin – dalam maksud dan tujuan				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 1.1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan pelayanan dan asuhan yang terintegrasi serta terkoordinasi kepada setiap pasien.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan kewenangan pemberian instruksi oleh PPA yang kompeten, tata cara pemberian instruksi dan pendokumentasiannya.				0	10		
3	Permintaan pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imaging harus disertai indikasi klinis apabila meminta hasilnya berupa interpretasi.				0	10		
4	Prosedur dan tindakan telah dilakukan sesuai instruksi dan PPA yang memberikan instruksi, alasan dilakukan prosedur atau tindakan serta hasilnya telah didokumentasikan di dalam rekam medis pasien				0	10		
5	Pasien yang menjalani tindakan invasif/berisiko di rawat jalan telah dilakukan pengkajian dan didokumentasikan dalam rekam medis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 1.2 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	PPA telah membuat rencana asuhan untuk setiap pasien setelah diterima sebagai pasien rawat inap dalam waktu 24 jam berdasarkan hasil pengkajian awal.				0	10		
2	Rencana asuhan dievaluasi secara berkala, direvisi atau dimutakhirkan serta didokumentasikan dalam rekam medis oleh setiap PPA.				0	10		
3	Instruksi berdasarkan rencana asuhan dibuat oleh PPA yang kompeten dan berwenang, dengan cara yang seragam, dan didokumentasikan di CPPT.				0	10		
4	Rencana asuhan pasien dibuat dengan membuat sasaran yang terukur dan di dokumentasikan.				0	10		
5	DPJP telah melakukan evaluasi/review berkala dan verifikasi harian untuk memantau terlaksananya asuhan secara terintegrasi dan membuat notasi sesuai dengan kebutuhan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pimpinan rumah sakit telah melaksanakan tanggung jawabnya untuk memberikan pelayanan pada pasien berisiko tinggi dan pelayanan berisiko tinggi meliputi - dalam maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah memberikan pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi yang telah diidentifikasi berdasarkan populasi yaitu pasien anak, pasien dewasa dan pasien geriatri sesuai dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Pimpinan rumah sakit telah mengidentifikasi risiko tambahan yang dapat mempengaruhi pasien dan pelayanan risiko tinggi				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit sesuai dengan kemampuan, sumber daya dan sarana prasarana nya.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan tim terpadu geriatri dan telah menyelenggarakan pelayanan sesuai tingkat jenis layanan				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan proses pemantauan dan evaluasi kegiatan pelayanan geriatri				0	10		
4	Ada pelaporan penyelenggaraan pelayanan geriatri di rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2.2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Ada program PKRS terkait Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (Hospital Based Community Geriatric Service).				0	10		
2	Rumah sakit telah memberikan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (Hospital Based Community Geriatric Service).				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
3	Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan sesuai program dan tersedia leaflet atau alat bantu kegiatan (brosur, leaflet, dan lain-lainnya).				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan evaluasi dan membuat laporan kegiatan pelayanan secara berkala.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2.3 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan proses pengenalan perubahan kondisi pasien yang memburuk (EWS) dan mendokumentasikannya di dalam rekam medik pasien.				0	10		
2	Rumah sakit memiliki bukti PPA dilatih menggunakan EWS.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2.4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Pelayanan resusitasi tersedia dan diberikan selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit.				0	10		
2	Peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar dan lanjut terstandar sesuai dengan kebutuhan populasi pasien.				0	10		
3	Di seluruh area rumah sakit, bantuan hidup dasar diberikan segera saat dikenali henti jantung-paru dan bantuan hidup lanjut diberikan kurang dari 5 menit.				0	10		
4	Staf diberi pelatihan pelayanan bantuan hidup dasar/lanjut sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 2.5 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan penyelenggaraan pelayanan darah.				0	10		
2	Panduan klinis dan prosedur disusun dan diterapkan untuk pelayanan darah serta produk darah.				0	10		
3	Staf yang kompeten bertanggungjawab terhadap pelayanan darah di rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 3 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Berbagai pilihan makanan atau terapi nutrisi yang sesuai untuk kondisi, perawatan, dan kebutuhan pasien tersedia dan disediakan tepat waktu.				0	10		
2	Sebelum pasien rawat inap diberi makanan, terdapat instruksi pemberian makanan dalam rekam medis pasien yang didasarkan pada status gizi dan kebutuhan pasien.				0	10		
3	Untuk makanan yang disediakan keluarga, edukasi diberikan mengenai batasan-batasan diet pasien dan penyimpanan yang baik untuk mencegah kontaminasi.				0	10		
4	Memiliki bukti pemberian terapi gizi terintegrasi (rencana, pemberian dan evaluasi pada pasien risiko gizi).				0	10		
5	Pemantauan dan evaluasi terapi gizi dicatat di rekam medis pasien.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki proses untuk melakukan skrining, pengkajian, dan tata laksana nyeri meliputi poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Informasi mengenai kemungkinan adanya nyeri dan pilihan tata laksananya diberikan kepada pasien yang menerima terapi/prosedur/pemeriksaan terencana yang sudah dapat diprediksi menimbulkan rasa nyeri.				0	10		
3	Pasien dan keluarga mendapatkan edukasi mengenai pengelolaan nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai yang dianut.				0	10		
4	Staf rumah sakit mendapatkan pelatihan mengenai cara melakukan edukasi bagi pengelolaan nyeri.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PAP 5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan pengkajian pasien menjelang akhir kehidupan dan dapat dilakukan pengkajian ulang sampai pasien yang memasuki fase akhir kehidupannya, dengan memperhatikan poin - 9) pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Asuhan menjelang akhir kehidupan ditujukan terhadap kebutuhan psikososial, emosional, kultural dan spiritual pasien dan keluarganya.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	20	0%	
TOTAL :					0	430	0%	

**PAB ( PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH )**

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PAB 1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi pelayanan anestesi dan sedasi dan pembedahan meliputi poin – pada gambaran umum.				0	10		
2	Pelayanan anestesi dan sedasi yang telah diberikan dapat memenuhi kebutuhan pasien.				0	10		
3	Pelayanan anestesi dan sedasi tersedia selama 24 (dua puluh empat) jam 7 (tujuh) hari sesuai dengan kebutuhan pasien.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pelayanan anestesi dan sedasi secara seragam di seluruh area sesuai regulasi yang ditetapkan.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan penanggung jawab pelayanan anestesi dan sedasi adalah seorang dokter anestesi yang kompeten yang melaksanakan tanggung jawabnya meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Bila memerlukan profesional pemberi asuhan terdapat PPA dari luar rumah sakit untuk memberikan pelayanan anestesi dan sedasi, maka ada bukti rekomendasi dan evaluasi pelayanan dari penanggung jawab pelayanan anestesi dan sedasi terhadap PPA tersebut.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan pemberian sedasi moderat dan dalam yang seragam di semua tempat di rumah sakit sesuai dengan poin - pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Peralatan dan perbekalan gawat darurat tersedia di tempat dilakukan sedasi moderat dan dalam serta dipergunakan sesuai jenis sedasi, usia, dan kondisi pasien.				0	10		
3	PPA yang terlatih dan berpengalaman dalam memberikan bantuan hidup lanjut (advancharus selalu mendampingi dan siaga selama tindakan sedasi dikerjakan).				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 3.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Tenaga medis yang diberikan kewenangan klinis memberikan sedasi moderat dan dalam harus kompeten dalam poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Profesional pemberi asuhan (PP yang bertanggung jawab melakukan pemantauan selama pelayanan sedasi moderat dan dalam harus kompeten meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Kompetensi semua PPA yang terlibat dalam sedasi moderat dan dalam tercatat di file kepegawaian.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 3.2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pengkajian prasedasi dan dicatat dalam rekam medis meliputi poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan pemantauan pasien selama dilakukan pelayanan sedasi moderat dan dalam oleh PPA yang kompeten dan di catat di rekam medik.				0	10		
3	Kriteria pemulihan telah digunakan dan didokumentasikan untuk mengidentifikasi pasien yang sudah pulih kembali dan atau siap untuk ditransfer/dipulangkan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Pengkajian pra-anestesi telah dilakukan untuk setiap pasien yang akan dilakukan anestesi.				0	10		
2	Pengkajian pra induksi telah dilakukan secara terpisah untuk mengevaluasi ulang pasien segera sebelum induksi anestesi.				0	10		
3	Kedua pengkajian tersebut telah dilakukan oleh PPA yang kompeten dan telah diberikan kewenangan klinis didokumentasikan dalam rekam medis pasien.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PAB 5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, alternatif dan analgsia pasca tindakan sedasi atau anestesi.				0	10		



NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter spesialis anastesi dan didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan anastesi/sedasi.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PAB 6 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Frekuensi dan jenis pemantauan selama tindakan anastesi dan pembedahan didasarkan pada status praanastesi pasien, anastesi yang digunakan, serta prosedur pembedahan yang dilakukan.				0	10		
2	Pemantauan status fisiologis pasien sesuai dengan panduan praktik klinis (PPdan) didokumentasikan dalam rekam medis pasien.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PAB 6.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pemantauan pasien pascaanastesi baik di ruang intensif maupun di ruang pemulihan dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien.				0	10		
2	Pasien dipindahkan dari unit pascaanastesi (atau pemantauan pemulihan dihentikan) sesuai dengan kriteria baku yang ditetapkan dengan alternatif - pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Waktu dimulai dan dihentikannya proses pemulihan dicatat di dalam rekam medis pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>PAB 7 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pengkajian prabedah pada pasien yang akan dioperasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebelum operasi dimulai.				0	10		
2	Diagnosis praoperasi dan rencana prosedur/tindakan operasi berdasarkan hasil pengkajian prabedah dan didokumentasikan di rekam medik.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PAB 7.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan pemberian informasi kepada pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, komplikasi dan dampak serta alternatif prosedur/teknik terkait dengan rencana operasi (termasuk pemakaian produk darah bila diperlukan) kepada pasien dan atau keluarga atau mereka yang berwenang memberi keputusan.				0	10		
2	Pemberian informasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran.				0	10		
					0	20	0%	
<b>PAB 7.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Laporan operasi memuat poin – pada maksud dan tujuan serta dicatat pada formular/template yang ditetapkan rumah sakit.				0	10		
2	Laporan operasi telah tersedia segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien dipindah ke ruang lain untuk perawatan selanjutnya				0	10		
					0	20	0%	
<b>PAB 7.3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rencana asuhan pascaoperasi dicatat di rekam medis pasien dalam waktu 24 jam oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).				0	10		
2	Rencana asuhan pascaoperasi termasuk rencana asuhan medis, keperawatan, oleh PPA lainnya berdasar atas kebutuhan pasien.				0	10		
3	Rencana asuhan pascaoperasi diubah berdasarkan pengkajian ulang pasien.				0	10		
					0	30	0%	
<b>PAB 7.4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah mengidentifikasi jenis alat implan yang termasuk dalam cakupan layanannya.				0	10		
2	Kebijakan dan praktik mencakup poin – pada maksud dan tujuan.				0	10		
3	Rumah sakit mempunyai proses untuk melacak implan medis yang telah digunakan pasien.				0	10		
4	Rumah sakit menerapkan proses untuk menghubungi dan memantau pasien dalam jangka waktu yang ditentukan setelah menerima pemberitahuan adanya penarikan/recall suatu implan medis.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
					0	40	0%	
TOTAL :					0	380	0%	

**PKPO ( PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT )**

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PKPO 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat, termasuk pengorganisasiannya sesuai dengan peraturan perundang-undangan				0	10		
2	Rumah sakit memiliki bukti seluruh apoteker memiliki izin dan kompeten, serta telah melakukan supervisi pelayanan kefarmasian dan memastikan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki bukti kajian sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang dilakukan setiap tahun.				0	10		
4	Rumah sakit memiliki sumber informasi obat untuk semua staf yang terlibat dalam penggunaan obat.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 2 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah memiliki proses penyusunan formularium rumah sakit secara kolaboratif.				0	10		
2	Rumah sakit melakukan pemantauan kepatuhan terhadap formularium baik dari persediaan maupun penggunaannya.				0	10		
3	Rumah sakit melakukan evaluasi terhadap formularium sekurang-kurangnya setahun sekali berdasarkan informasi tentang efektivitas, keamanan dan biaya.				0	10		
4	Rumah sakit melakukan pelaksanaan dan evaluasi terhadap perencanaan dan pengadaan sediaan farmasi, dan BMHP.				0	10		
5	Rumah sakit melakukan pengadaan sediaan farmasi, dan BMHP melibatkan apoteker untuk memastikan proses berjalan sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Sediaan farmasi dan BMHP disimpan dengan benar dan aman dalam kondisi yang sesuai untuk stabilitas produk, termasuk yang disimpan di luar Instalasi Farmasi.				0	10		
2	Narkotika dan psikotropika disimpan dan dilaporkan penggunaannya sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Rumah sakit melaksanakan supervisi secara rutin oleh apoteker untuk memastikan penyimpanan sediaan farmasi dan BMHP dilakukan dengan benar dan aman				0	10		
4	Obat dan zat kimia yang digunakan untuk peracikan obat diberi label secara akurat yang terdiri atas nama zat dan kadarnya, tanggal kedaluwarsa, dan peringatan khusus.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 3.1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Obat yang memerlukan penanganan khusus dan bahan berbahaya dikelola sesuai sifat dan risiko bahan.				0	10		
2	Radioaktif dikelola sesuai sifat dan risiko bahan radioaktif.				0	10		
3	Obat penelitian dikelola sesuai protokol penelitian.				0	10		
4	Produk nutrisi parenteral dikelola sesuai stabilitas produk.				0	10		
5	Obat/BMHP dari program/donasi dikelola sesuai peraturan perundang-undangan dan pedoman terkait.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 3.2 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	a) Obat dan BMHP untuk kondisi emergensi yang tersimpan di luar Instalasi Farmasi termasuk di ambulans dikelola secara seragam dalam hal penyimpanan, pemantauan, penggantian karena digunakan, rusak atau kedaluwarsa, dan dilindungi dari kehilangan dan pencurian.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan tata laksana obat emergensi untuk meningkatkan ketepatan dan kecepatan pemberian obat.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 3.3 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Batas waktu obat dapat digunakan (beyond use dattercantum pada label obat.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Rumah sakit memiliki sistem pelaporan sediaan farmasi dan BMHP substandar (rusak).				0	10		
3	Rumah sakit menerapkan proses recall obat, BMHP dan implan yang meliputi identifikasi, penarikan, dan pengembalian produk yang di-recall.				0	10		
4	Rumah sakit menerapkan proses pemusnahan sediaan farmasi dan BMHP.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 4 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan rekonsiliasi obat saat pasien masuk rumah sakit, pindah antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dan sebelum pasien pulang.				0	10		
2	Hasil rekonsiliasi obat didokumentasikan di rekam medis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 4.1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Resep dibuat lengkap sesuai regulasi.				0	10		
2	Telah dilakukan evaluasi terhadap penulisan resep/instruksi pengobatan yang tidak lengkap dan tidak terbaca.				0	10		
3	Telah dilaksanakan proses untuk mengelola resep khusus seperti emergensi, automatic stop order, tapering,				0	10		
4	Daftar obat yang diresepkan tercatat dalam rekam medis pasien dan menyertai pasien ketika dipindahkan/transfer.				0	10		
5	Daftar obat pulang diserahkan kepada pasien disertai edukasi penggunaannya.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 5 - 7 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah memiliki sistem distribusi dan dispensing yang sama/seragam diterapkan di rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Staf yang melakukan dispensing sediaan obat non steril kompeten.				0	10		
3	Staf yang melakukan dispensing sediaan obat steril non sitostatika terlatih dan kompeten.				0	10		
4	Staf yang melakukan pencampuran sitostatika terlatih dan kompeten				0	10		
5	Tersedia fasilitas dispensing sesuai standar praktik kefarmasian.				0	10		
6	Telah melaksanakan penyerahan obat dalam bentuk yang siap diberikan untuk pasien rawat inap.				0	10		
7	Obat yang sudah disiapkan diberi etiket yang meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal dispensing dan tanggal kedaluwarsa/beyond use date (BUD).				0	10		
					<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 5.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah melaksanakan pengkajian resep yang dilakukan oleh staf yang kompeten dan berwenang serta didukung tersedianya informasi klinis pasien yang memadai.				0	10		
2	Telah memiliki proses telaah obat sebelum diserahkan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 6 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Staf yang melakukan pemberian obat kompeten dan berwenang dengan pembatasan yang ditetapkan.				0	10		
2	Telah dilaksanakan verifikasi sebelum obat diberikan kepada pasien minimal meliputi: identitas pasien, nama obat, dosis, rute, dan waktu pemberian.				0	10		
3	Telah melaksanakan double checking untuk obat high alert.				0	10		
4	Pasien diberi informasi tentang obat yang akan diberikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PKPO 6.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah melakukan penilaian obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit untuk kelayakan penggunaannya di rumah sakit.				0	10		
2	Telah melaksanakan edukasi kepada pasien/keluarga jika obat akan digunakan secara mandiri.				0	10		
3	Telah memantau pelaksanaan penggunaan obat secara mandiri sesuai edukasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 7 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Telah melaksanakan pemantauan terapi obat secara kolaboratif.				0	10		
2	Telah melaksanakan pemantauan dan pelaporan efek samping obat serta analisis laporan untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 7.1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah memiliki regulasi tentang medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalkan risiko kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan sistem pelaporan kesalahan obat yang menjamin laporan akurat dan tepat waktu yang merupakan bagian program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.				0	10		
3	Rumah sakit memiliki upaya untuk mendeteksi, mencegah dan menurunkan kesalahan obat dalam meningkatkan mutu proses penggunaan obat.				0	10		
4	Seluruh staf rumah sakit dilatih terkait kesalahan obat (medication error).				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 8 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi tentang pengendalian resistansi antimikroba sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan komite/tim PPRA dengan melibatkan unsur terkait sesuai regulasi yang akan mengelola dan menyusun program pengendalian resistansi antimikroba dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan program kerja sesuai maksud dan tujuan.				0	10		
4	Rumah sakit telah melaksanakan pemantauan dan evaluasi kegiatan PPRA sesuai maksud dan tujuan.				0	10		
5	Memiliki telah membuat laporan kepada pimpinan rumah sakit secara berkala dan kepada Kementerian Kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PKPO 8.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan dan mengembangkan penatagunaan antimikroba di unit pelayanan yang melibatkan dokter, apoteker, perawat, dan peserta didik.				0	10		
2	Rumah sakit telah menyusun dan mengembangkan panduan praktik klinis (PPK), panduan penggunaan antimikroba untuk terapi dan profilaksis (PPAB), berdasarkan kajian ilmiah dan kebijakan rumah sakit serta mengacu regulasi yang berlaku secara nasional. Ada mekanisme untuk mengawasi pelaksanaan penatagunaan antimikroba.				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan pemantauan dan evaluasi ditujukan untuk mengetahui efektivitas indikator keberhasilan program.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>610</b>	<b>0%</b>	

## KE ( KOMUNIKASI DAN EDUKASI )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>KE 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan PKRS di rumah sakit sesuai poin – pada gambaran umum.				0	10		
2	Terdapat penetapan tim atau unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang mengkoordinasikan pemberian edukasi kepada pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.				0	10		
3	Tim atau unit PKRS menyusun program kegiatan promosi kesehatan rumah sakit setiap tahunnya, termasuk kegiatan edukasi rutin sesuai dengan misi rumah sakit, layanan, dan populasi pasiennya.				0	10		
4	Rumah sakit telah menerapkan pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga menggunakan media, format, dan metode yang telah ditetapkan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>KE 2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Tersedia informasi untuk pasien dan keluarga mengenai asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit serta akses untuk mendapatkan layanan tersebut. Informasi dapat disampaikan secara langsung dan/atau tidak langsung.				0	10		
2	Rumah sakit menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait alternatif asuhan dan pelayanan di tempat lain, apabila rumah sakit tidak dapat memberikan asuhan dan pelayanan yang dibutuhkan pasien.				0	10		
3	Akses mendapatkan informasi kesehatan diberikan secara tepat waktu, dan status sosial ekonomi perawatan pasien tidak menghalangi pasien dan keluarga untuk mendapatkan informasi yang dibutuhkan.				0	10		
4	Terdapat bukti pemberian informasi untuk pasien dan keluarga mengenai asuhan dan pelayanan di rumah sakit.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>KE 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Kebutuhan edukasi pasien dan keluarga dinilai berdasarkan pengkajian terhadap kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga yang meliputi poin – pada maksud dan tujuan, dan dicatat di rekam medis.				0	10		
2	Hambatan dari pasien dan keluarga dalam menerima edukasi dinilai sebelum pemberian edukasi dan dicatat di rekam medis.				0	10		
3	Terdapat bukti dilakukan pengkajian kemampuan dan kemauan belajar pasien/keluarga, serta hasil pengkajian digunakan PPA untuk membuat perencanaan kebutuhan edukasi.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KE 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Terdapat bukti bahwa edukasi yang diberikan kepada pasien dan keluarga telah diberikan dengan cara dan bahasa yang mudah dipahami.				0	10		
2	Terdapat bukti bahwa pasien/keluarga telah dijelaskan mengenai hasil pengkajian, diagnosis, rencana asuhan, dan hasil pengobatan, termasuk hasil pengobatan yang tidak diharapkan.				0	10		
3	Terdapat bukti edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan cara cuci tangan yang aman, penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, potensi interaksi obat-obat dan obat-makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri, dan teknik rehabilitasi serta edukasi asuhan lanjutan di rumah.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>KE 5 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit memiliki proses untuk memastikan bahwa pasien dan keluarganya memahami edukasi yang diberikan.				0	10		
2	Proses pemberian edukasi di dokumentasikan dalam rekam medik sesuai dengan metode edukasi yang dapat diterima pasien dan keluarganya.				0	10		
3	Materi edukasi untuk pasien dan keluarga selalu tersedia dan diperbaharui secara berkala.				0	10		
4	Informasi dan edukasi disampaikan kepada pasien dan keluarga dengan menggunakan format yang praktis dan dengan bahasa yang dipahami pasien dan keluarga.				0	10		
5	Rumah sakit menyediakan penerjemah (bahasa dan bahasa isyarat) sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>KE 6 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit mengidentifikasi sumber-sumber yang ada di komunitas untuk mendukung promosi kesehatan berkelanjutan dan edukasi untuk menunjang asuhan pasien yang berkelanjutan.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
2	Rumah sakit telah memiliki jejaring di komunitas untuk mendukung asuhan pasien berkelanjutan.				0	10		
3	Memiliki bukti telah disampaikan kepada pasien dan keluarga tentang edukasi lanjutan dikomunitas. Rujukan edukasi tersebut dilaksanakan oleh jejaring utama yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).				0	10		
4	Terdapat bukti edukasi berkelanjutan tersebut diberikan kepada pasien sesuai dengan kebutuhan.				0	10		
					0	40	0%	
<b>KE 7 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Profesional Pemberi Asuhan (PPT) telah diberikan pelatihan dan terampil melaksanakan komunikasi efektif.				0	10		
2	PPA telah memberikan edukasi yang efektif kepada pasien dan keluarga secara kolaboratif.				0	10		
					0	20	0%	
<b>TOTAL :</b>					0	250	0%	

## SKP ( SASARAN KESELAMATAN PASIEN )

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>SKP 1 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan regulasi terkait Sasaran keselamatan pasien meliputi poin 1 – 6 pada gambaran umum.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (duidentitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
3	Pasien telah diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas meliputi poin - dalam maksud dan tujuan.				0	10		
4	Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, dan penggunaan label seperti tercantum dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 2 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali" (writedown, read back, confirmation dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta di dokumentasikan dalam rekam medik.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostic melalui telepon: menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali" (writedown, read back, confirmation dan di dokumentasikan dalam rekam medik.				0	10		
3	Rumah sakit telah menerapkan komunikasi saat serah terima sesuai dengan jenis serah terima meliputi poin - dalam maksud dan tujuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 3 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	1) Rumah sakit menetapkan daftar obat kewaspadaan tinggi (High Alert) termasuk obat Look -Alike Sound Alike (LASA).				0	10		
2	Rumah sakit menerapkan pengelolaan obat kewaspadaan tinggi (High Alert) termasuk obat Look -Alike Sound Alike (LASsecara seragam di seluruh area rumah sakit untuk mengurangi risiko dan cedera				0	10		
3	Rumah sakit mengevaluasi dan memperbaharui daftar obat High-Alert dan obat Look -Alike Sound Alike (LAS yang sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali berdasarkan laporan insiden lokal, nasional dan internasional.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 3.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi, kecuali di unit pelayanan dengan pertimbangan klinis untuk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.				0	10		
2	Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam untuk situasi yang ditentukan sesuai dalam maksud dan tujuan.				0	10		
3	Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protokol koreksi hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 4 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dengan daftar tilik untuk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.				0	10		
2	Rumah sakit telah menetapkan dan menerapkan tanda yang seragam, mudah dikenali dan tidak bermakna ganda untuk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasif.				0	10		
3	Rumah sakit telah menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (site markin dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yang melakukan operasi atau tindakan invasif dengan melibatkan pasien bila memungkinkan.				0	10		
4	Rumah sakit telah menerapkan proses Time-Out menggunakan "surgical check list" (Surgical Safety Checklist dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 5 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan kebersihan tangan (hand hygienyang mengacu pada standar WHO terkini.				0	10		
2	Terdapat proses evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan di rumah sakit serta upaya perbaikan yang dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan program.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	



NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>SKP 6 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan skrining pasien rawat jalan pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yang dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh, dengan menggunakan alat bantu/metode skrining yang ditetapkan rumah sakit				0	10		
2	Tindakan dan/atau intervensi dilakukan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan hasil skrining serta intervensi didokumentasikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>SKP 6.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melakukan pengkajian risiko jatuh untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai dengan ketentuan rumah sakit.				0	10		
2	Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien rawat inap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian.				0	10		
3	Tindakan dan/atau intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien rawat inap telah dilakukan dan didokumentasikan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>240</b>	<b>0%</b>	

**PROGNAS ( PROGRAM NASIONAL )**

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
<b>PROGNAS 1 - 5 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pelaksanaan PONEK 24 jam.				0	10		
2	Terdapat Tim PONEK yang ditetapkan oleh rumah sakit dengan rincian tugas dan tanggungjawabnya.				0	10		
3	Terdapat program kerja yang menjadi acuan dalam pelaksanaan program PONEK Rumah Sakit sesuai maksud dan tujuan.				0	10		
4	Terdapat bukti pelaksanaan program PONEK Rumah Sakit.				0	10		
5	Program PONEK Rumah Sakit dipantau dan dievaluasi secara rutin.				0	10		
					<b>0</b>	<b>50</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 1.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menetapkan program pembinaan jejaring rujukan rumah sakit.				0	10		
2	Rumah sakit melakukan pembinaan terhadap jejaring secara berkala.				0	10		
3	Telah dilakukan evaluasi program pembinaan jejaring rujukan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit menerapkan regulasi tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit				0	10		
2	Direktur menetapkan tim TB Paru Rumah sakit beserta program kerjanya.				0	10		
3	Ada bukti pelaksanaan promosi kesehatan, surveilans dan upaya pencegahan tuberkulosis				0	10		
4	Tersedianya laporan pelaksanaan promosi Kesehatan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 2.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Tersedia ruang pelayanan rawat jalan yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.				0	10		
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 tuberkulosis.				0	10		
3	Tersedia ruang pengambilan spesimen sputum yang memenuhi pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi tuberkulosis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 2.2 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menerapkan kepatuhan staf medis terhadap panduan praktik klinis tuberkulosis.				0	10		
2	Rumah sakit merencanakan dan mengadakan penyediaan Obat Anti Tuberkulosis.				0	10		
3	Rumah sakit melaksanakan pelayanan TB MDR (bagi rumah sakit rujukan TB MDR).				0	10		
4	Rumah sakit melaksanakan pencatatan dan pelaporan kasus TB Paru sesuai ketentuan.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 3 - 6 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah melaksanakan kebijakan program penanggulangan HIV/AIDS sesuai ketentuan perundangan.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan fungsi rujukan HIV/AIDS pada rumah sakit sesuai dengan kebijakan yang berlaku.				0	10		

NO	ELEMEN PENILAIAN (EP)	FAKTA & ANALISIS	REKOMENDASI	DOKUMEN PENDUKUNG	SKOR	SKOR MAKSIMAL	CAPAIAN	ACTIONS
3	Rumah sakit melaksanakan pelayanan PITC dan PMTC.				0	10		
4	Rumah sakit memberikan pelayanan ODHA dengan faktor risiko IO.				0	10		
5	Rumah sakit merencanakan dan mengadakan penyediaan ART.				0	10		
6	Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan HIV/AIDS.				0	10		
					<b>0</b>	<b>60</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 4 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan program gizi.				0	10		
2	Terdapat tim untuk program penurunan prevalensi stunting dan wasting di rumah sakit.				0	10		
3	Rumah sakit telah menetapkan sistem rujukan untuk kasus gangguan gizi yang perlu penanganan lanjut.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 4.1 - 2 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit membuktikan telah melakukan pendampingan intervensi dan pengelolaan gizi serta penguatan jejaring rujukan kepada rumah sakit kelas di bawahnya dan FKTP di wilayahnya serta rujukan masalah gizi.				0	10		
2	Rumah sakit telah menerapkan sistem pemantauan dan evaluasi, bukti pelaporan, dan analisis.				0	10		
					<b>0</b>	<b>20</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 5 - 4 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan PKBRS.				0	10		
2	Terdapat tim PKBRS yang ditetapkan oleh direktur disertai program kerjanya.				0	10		
3	Rumah sakit telah melaksanakan program KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.				0	10		
4	Rumah sakit telah melakukan pemantauan dan evaluasi pelaksanaan PKBRS.				0	10		
					<b>0</b>	<b>40</b>	<b>0%</b>	
<b>PROGNAS 5.1 - 3 Elemen Penilaian</b>								
1	Rumah sakit telah menyediakan alat dan obat kontrasepsi dan sarana penunjang pelayanan KB.				0	10		
2	Rumah sakit menyediakan layanan konseling bagi peserta dan calon peserta program KB.				0	10		
3	Rumah sakit telah merancang dan menyediakan ruang pelayanan KB yang memadai.				0	10		
					<b>0</b>	<b>30</b>	<b>0%</b>	
<b>TOTAL :</b>					<b>0</b>	<b>370</b>	<b>0%</b>	