PEDOMAN PELAYANAN
SUBSTANSI PELAYANAN PENUNJANG

RSST

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN
TAHUN 2022

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO
Jalan KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro Nomor 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/6683 /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PELAYANAN PENUNJANG RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO

Menimbang :

a. bahwa dalam rangka memberikan acuan dalam penyelenggaraan pelayanan di Substansi Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sesuai dengan tugas pokok dan fungsi , perlu adanya Pedoman Pelayanan Substansi Bidang Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
b. bahwa bahwa Keputusan Direktur Utama Nomor HK.02.03/III.3.1/8921/2021 tentang Pedoman Pelayanan Bidang Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sudah tidak sesuai perkembangan, perlu dilakukan penyesuaian;
c. bahwa berdasarkan pertimbanagn dengan butir a dan b tersebut, perlu menetapkan Keputusan Direktur Utama tentang Pedoman Pelayanan Substansi Bidang Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

Mengingat :

1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5063);
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5072);
3. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1998 Nomor 138, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3781);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
5. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1045/MENKES/PER/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;

7. Peraturan...

7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 1189/Menkes/Per/VIII/2010 tentang Produksi Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1197)
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2017 Tentang Rencana Aksi Pengembangan Industri Farmasi Dan Alat Kesehat;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2017 tentang Izin Edar Alat Kesehatan, Alat Kesehatan Diagnostik In Vitro dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 82);
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21) ;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2020 Tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1510);
13. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tanggal tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/I/5650/2018 tentang Pemberlakuan Peraturan Internal (*Hospital Bylaws*) RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
15. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PELAYANAN PENUNJANG RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO KLATEN.

KESATU : Pedoman Pelayanan Substansi Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Menetapkan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Pedoman Pelayanan Substansi Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan.

KETIGA : Dengan diberlakukannya Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.02.03/III.3.1/8921/2021 Tentang Pedoman Pelayanan Bidang Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

KEEMPAT...

KEEMPAT : Segala biaya yang berkaitan dengan pelaksanaan keputusan ini dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KELIMA : Keputusan ini berlaku mulai tanggal ditetapkan, dengan catatan, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Klaten
Pada tanggal 26 April 2022

DIREKTUR UTAMA,

ENDANG WIDYASWATI

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/III.3.1/ /2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN SUBSTANSI PELAYANAN PENUNJANG RSUP DR. SOERADJI TIRTONEGORO

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kehadlirat Alloh SWT yang telah mencurahkan karunia dan hidayahnya sehingga kami dapat menyusun Buku Pedoman Pelayanan di Pelayanan Penunjang. Satu hal yang harus kita ketahui bahwa saat ini kebutuhan akan informasi dan hukum sudah mengalami kemajuan yang sangat pesat . Masyarakat sudah semakin tahu dan melek hukum serta menyadari akan kewajiban dan haknya lebih - lebih akan kebutuhan pelayanan kesehatah umumnya menyangkut kelengkapan fasilitas rumah sakit yaitu alat medik dan non medik

Optimalisasi peralatan medik dan non medik merupakan perpaduan berhasilnya mempertahankan alat dalam kondisi laik pakai dengan pemanfaatan peralatan medik dan non medik tersebut sesuai dengan tujuan pemanfaatannya apakah untuk diagnostik atau terapi serta untuk kelengkapan dalam mendukung pelayanan di Rumah Sakit

Dalam pedoman pelayanan ini harus ada perencanaan, maupun monitoring serta evaluasi terhadap program secara komprehensif untuk menurunkan Bahaya, Kontrol Bahaya, dan Risiko yang terjadi dalam pemanfaatan peralatan medik maupun non medik guna mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga dapat mencapai keselamatan pasien, maupun keselamatan bagi petugas yang memanfaatkan peralatan tersebut. Pada akhirnya perencanaan, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi program yang komprehensif mempunyai andil yang sangat signifikan dalam mewujudkan dan Memelihara*"SAFE CONDITION"* guna keberhasilan program *patient safety*.

Tiada gading yang tak retak kami menyadari masih banyak kekurangan dan keterbatasan dalam penyusunan buku ini maka kami sangat mengharapakan kritik dan saran yang membangun dari semua pihak guna penyempurnaan dan pengembangan dimasa mendatang dan disampaikan ucapan terima kasih

Klaten, April 2022

Penyusun

Substansi Pelayanan Penunjang

DAFTAR ISI

		Hal
JUDUL		i
SURAT KEPUTUSAN		ii
KATA PENGANTAR		vi
DAFTAR ISI		vii
BAB I	Pendahuluan.....	1
	A Latar Belakang.....	1
	B Ruang Lingkup.....	1
	C Batasan Operasional.....	1
	D Landasan Hukum.....	3
BAB II	Standar Ketenagaan	4
BAB III	Sarana Prasarana	5
BAB IV	Tatalaksana Pelaksanaan.....	7
BAB V	Monitoring dan Evaluasi	10
BAB VI	Keselamatan Pasien.....	15
BAB VII	Keselamatan Kerja.....	17
BAB VIII	Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	21
BAB IX	Keselamatan dan Keamanan	24
BAB X	Kegawat Daruratan Bencana	27
BAB XI	Pengendalian Mutu	32
BAB XII	Manajemen Fasilitas dan Keselamatan Peralatan Medik.....	36
BAB XIII	Penutup	42

BAB I
PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit pada masa kini tidak terlepas dari pemanfaatan peralatan medik guna menghasilkan diagnosa dan terapi yang optimal serta untuk mewujudkan Keselamatan Pasien. Keselamatan pasien menjadi komitmen dan janji manajemen rumah sakit termasuk Keselamatan Petugas, Pengunjung dan keluarga pasien. Utilisasi peralatan medik perlu diupayakan agar kondisi laik pakai dapat dijaga sampai usia teknis peralatan medik melampaui sesuai dengan ketentuan produksinya.

Optimalisasi peralatan medik merupakan perpaduan berhasilnya mempertahankan alat dalam kondisi laik pakai dengan pemanfaatan peralatan medik tersebut sesuai dengan tujuan pemanfaatannya apakah untuk diagnostik atau terapi dalam pelayanan medik di Rumah Sakit

Ketentuan–ketentuan tersebut diatas dapat diupayakan dengan perencanaan, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi program yang komprehensif di bidang pemanfaatan dan pengamanan peralatan medik. Di samping itu perencanaan, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi program yang komprehensif menurunkan Bahaya, Kontrol Bahaya, dan Risiko yang terjadi dalam pemanfaatan peralatan medik guna mendukung pelayanan kesehatan di rumah sakit sehingga sedapat mungkin Mencegah Kecelakaan dan Perlukaan terhadap pasien, dan petugas medik dalam pemanfaatan peralatan medik. Pada akhirnya perencanaan, pelaksanaan dan monitoring serta evaluasi program yang komprehensif mempunyai andil yang sangat signifikan dalam mewujudkan dan Memelihara "*SAFE CONDITION*" guna keberhasilan program *patient safety*.

B. RUANG LINGKUP

Ruang lingkup buku pedoman ini diperuntukkan bagi Pelayanan Penunjang RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro yang memberikan layanan pemenuhan kebutuhan peralatan medik dan non medik yang menunjang peralatan tersebut serta monitoring dan evaluasinya.

C. BATASAN OPERASIONAL

Pengertian yang digunakan dalam buku pedoman ini perlu dijelaskan agar pembaca memilki pengertian yang sama dengan maksud yang terkandung dalam buku ini

1. Penunjang Medik dan Non Medik

   Adalah seluruh peralatan medik yang digunakan oleh dokter, perawat, analis kesehatan, fisioterapy, radiografer dan tenaga kesehatan lain yang menggunakan peralatan tersebut serta peralatan non medik untuk menunjang tindakan medik yang dilakukan oleh tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan.

2. Pengoperasian

   Adalah berisikan langkah-langkah/petunjuk cara menggunakan alat agar dapat berfungsi

baik.

3. Peralatan kesehatan

   Adalah bahan, instrumen, aparatus, mesin serta implan yang tidak mengandung obat yang digunakan untuk mencegah, mendiagnosa, menyembuhkan dan meringankan penyakit, merawat orang sakit serta memulihkan kesehatan pada manusia dan/atau membentuk struktur dan memperbaiki fungsi tubuh (UU No. 44 Tahun 2009).

4. Peralatan medik

   Adalah peralatan yang digunakan untuk keperluan diagnosa, terapi, rehabilitasi dan penelitian medik baik secara langsung maupun tidak langsung (UU No. 44 Tahun 2009).

5. Peralatan non medik

   Adalah peralatan yang digunakan untuk menunjang keperluan tindakan Medis.

6. Spesifikasi teknis

   Adalah data menguraikan kemampuan kapasitas, teknologi, sistim fungsi, aksesoris, keselamatan dan aspek teknis lainnya dari suatu alat.

7. Cara distribusi alat kesehatan yang baik

   Adalah pedoman yang digunakan dalam rangkaian kegiatan distribusi dan pengendalian mutu yang bertujuan menjamin agar produk alat kesehatan yang didistribusikan senantiasa memenuhi persyaratan yang digunakan sesuai tujuan penggunaannya.

8. Keselamatan pasien (*patient safety*)

   Adalah suatu sistim dimana asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assesment* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes No. 11 Tahun 2017).

9. Perencanaan

   Adalah penentuan cara-cara pencapaian tujuan yaitu apa yang akan dilakukan, kapan, bagaimana dan oleh siapa.

10. Monitoring

    Proses rutin pengumpulan data dan pengukuran kemajuan atas obyek program atau memantau perubahan, yang fokus pada proses dan keluaran.

11. Evaluasi

    Proses pengukuran akan efektiftas strategi yang digunakan dalam upaya mencapai tujuan

12. Pengganggaran

    Adalah suatu rencana kerja yang dinyatakan secara kuantitatif yang diukur dalam satuan moneter standar dan satuan ukuran yang lain yang mencakup jangka waktu satu tahun.

13. Inventarisasi

    Adalah kegiatan untuk memperoleh data atas seluruh logistik yang dimiliki atau

dikuasai atau diurus oleh organisasi, baik yang diperoleh dari usaha pembuatan sendiri, pembelian, pertukaran, hadiah, maupun hibah, baik berkaitan dengan jenis dan spesifikasinya, jumlah, sumber; waktu pengadaan, harga, tempat,dan kondisi serta perubahan-perubahan yang terjadi guna mendukung proses pengendalian dan pengawasan logistik serta mendukung efektivitas dan efisiensi dalam upaya pencapaian tujuan organisasi (Dwiantara & Sumarto, 2005)

14. Distribusi

    Adalah penyaluran barang dari produsen kepada pelanggan/*customer*.

15. Pelatihan pengguna/User

    Adalah proses pencapaian kemampuan tertentu bagi pengguna/user dalam hal ini kemampuan untuk mengoperasikan alat medik yang baru diadakan.

D. LANDASAN HUKUM

Sebagai landasan hukum dalam pedoman pengelolaan alat medik dan non medik ini, diambil dari peraturan perundangan sebagai berikut:

1. Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 72 Tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi Dan Peralatan Kesehatan.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 363/Menkes/Per/IV/1998 Tentang Pengujian Dan Kalibrasi Alat Kesehatan Pada Sarana Pelayanan Kesehatan
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1184/Menkes/Per/X/2004 Tentang Pengamanan Alat Kesehatan Dan Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1190 Tahun 2010 Tentang Izin Edar Alat Kesehatan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 86 Tahun 2013 Tentang Peta Jalan Pengembangan Industri Alat Kesehatan.
7. Peraturan Menteri Kesehatan 56 Tahun 2016 Tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

Sumber Daya Manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis, tenaga kesehatan non profesi dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan managemen kesehatan. Tujuan dari penyelenggaraan subsistim SDM Kesehatan adalah tersedianya SDM Kesehatan yang kompeten bagi penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mewujudkan derajad kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Pelayanan Penunjang dapat dicermati pada tabel sebagai berikut:

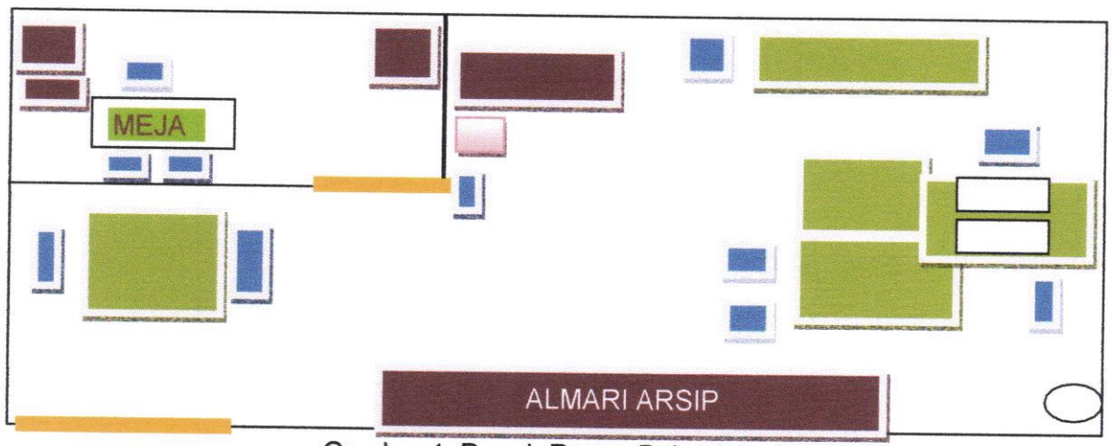
Tabel 1. Kualifikasi Sumber Daya Manusia di Substansi Pelayanan Penunjang

Nama Jabatan	Pendidikan Formal	Sertifikasi / Non Formal	Kualifikasi
Koordinator Pelayanan Penunjang	S.2 Kesehatan	1. Manajemen Risiko Mutu dan *Patient safety* 2. Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa 3. ASPAK 4. Pelatihan HTA	Memiliki pengalaman jabatan minimal 3 tahun sesuai dengan bidang tugasnya
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Medik	S1 .Kesehatan	1. Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa 2. Pelatihan HTA Pelatihan	Memiliki pengalaman jabatan minimal 2 tahun sesuai dengan bidang tugasnya
Sub Koordinator Pelayanan Penunjang non Medik	S1 Kesehatan	1. Pelatihan Pengadaan Barang dan Jasa 2. Pelatihan HTA Pelatihan	Memiliki pengalaman jabatan minimal 2 tahun sesuai dengan bidang tugasnya
Analis Data	S1 Kesehatan Masyarakat	Tata kelola naskah	Mahir mengoperasikan komputer

BAB III
SARANA DAN PRASARANA

Sarana adalah fasilitas yang secara langsung berfungsi sebagai penunjang proses penyelenggaraan tugas dan fungsi di bidang pemerintahan kesehatan. Prasarana adalah fasilitas yang secara tidak langsung berfungsi sebagai penunjang proses penyelenggaraan tugas dan fungsi di bidang pemerintahan kesehatan. Sarana dan Prasarana di Substansi Pelayanan Penunjang dapat dicermati pada tabel sebagai berikut:

A. Standar Fasilitas Ruangan



Gambar 1. Denah Ruang Pelayanan Penunjang

Keterangan :

- Kursi
- Pintu
- Meja
- Komputer
- Almari Arsip
- Wastafel
- Kulkas

Ukuran Kantor Substansi Pelayanan Penunjang RSUP Dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten terdiri dari :

No	RUANGAN	UKURAN	PERSONIL	NO.Ext.
1	Kantor	4 x 4 m²	Koordinator Pelayanan Penunjang	108
			Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Medik	108
			Sub Koordinator Pelayanan Penunjang Non Medik	108
			Analis Data dan Informasi	108

PERALATAN KERJA :

No	RUANGAN	ALAT KERJA	JUMLAH	KONDISI
1	Kantor	Meja kerja ½ biro	3 unit	Baik
		Meja computer	2 buah	Jelek
		Kusrsi sultan	2 buah	1 jelek 1 baik
		Kursi putar	2 buah	Jelek
		Kursi cytos	7 unit	Baik
		Almari arsip kaca	1 buah	baik
		Almari satu pintu	2 unit	Baik
		Almari 2 pintu	1 buah	Baik
		Almari tanpa pintu	1 buah	baik
		Filling Cabinet	2 unit	Baik
		Computer	3 unit	Baik
		Laptop	1 Unit	Baik
		Printer HP LaserJet P1005	1 unit	Baik
		Printer+ foto copi EPSON L210	1 unit	Baik
		Printer+ foto copi EPSON L312	1 unit	Baik
		Mesin scaner	1 unit	Baik
		Pesawat aiphon	4 unit	Baik
		Dispenser	1 unit	Baik
		Kulkas satu pintu	1 unit	Baik
		AC	2 unit	Baik
		Wastafel	1	Baik
		Jam dinding	1	Baik

BAB IV
TATA LAKSANA PELAKSANAAN

A. PERENCANAAN DAN PENGEMBANGAN PERALATAN MEDIK DAN NON MEDIK

Tahapan perencanaan pengadaan alat medik yang dimaksud adalah suatu kegiatan yang terpola dan menyeluruh, bagaimana pengelolaan alat medik yang ada di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro berjumlah ribuan item jenis alat medik. Satuan kerja yang ditunjuk sebagai pengelola peralatan medik dan non medik adalah Koordinator Pelayanan Penunjang dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 42 Tahun 2020 tanggal 23 Oktober 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro, bentuk pengelolaannya mulai dari :

1. **Daftar Inventaris**

   Mempunyai data Inventaris peralatan medik dan non medik, bertujuan untuk membuat kebijakan cara pengelolaan peralatan medik yang baik dalam memutuskan perencanaan pengadaan dan utilisasi serta monitoring dan evaluasi penggunaan alat tersebut baik itu diruangan regular maupun diruang khusus

2. **Menerima usulan kebutuhan peralatan medik dan non medik dari seluruh satuan kerja.**

   Menerima usulan kebutuhan peralatan medik dan non medik adalah langkah awal perencanaan pengadaan peralatan medik dan non medik yang diputuskan untuk segera di adakan dengan alokasi anggaran yang sudah ditetapkan

3. **Menerima barang bantuan / Hibah pada Era Pandemi covid 19**

   Ada tim atau panitia yang menerima barang hibah, baik alkes/alat medik untuk ruang Penyakit Infeksi *Emeging* (PIE) Covid 19, Barang Rumah Tangga, Bahan kebutuhan gizi (makanan kering/basah), maupun BHP serta obat-obatan farmasi. Barang hibah diterima oleh tim, kemudian dibuatkan Berita Acara Serah Terima Barang (BAST), barang tersebut diterima dan dikelola oleh masing- masing user besar, User besar mendistribusikan sesuai kebutuhan, serta membuat pelaporan seminggu sekali untuk di upload oleh PKRS di Web Kemenkes. Pemberi Hibah dari Kemenkes, Dinas propinsi/Daerah serta dari pihak swasta Barang hibah tersebut sangat bermanfaat khususnya untuk kebutuhan alat medik di ruang umum dan ruang khusus, yang membutuhkan alat – alat medik yang khusus/canggih, sehingga sangat membantu untuk menyelamatkan pasien di rumah sakit ini.

4. **Menyusun perencanaan sesuai alokasi anggaran yang tersedia**

   Setelah mendapatkan alokasi anggaran dari rumah sakit yang terdiri dari :

   a. Alokasi anggaran dari sumber dana BLU (dana pendapatan RS)
   b. Merencanakan dengan sistim Kerja sama operasional Seluruh alokasi anggaran adalah merupakan sumber alokasi yang akan dijadikan bahan perencanaan pembelian peralatan medik. Peralatan medik dan non medik yang akan dibeli disusun sesuai urutan proritas dengan memperhatikan

c. Pembelian untuk pemenuhan standar alat di ruangan
d. Pembelian untuk Penggantian karena alat yang tersedia sudah tidak layak pakai.
e. Pembelian untuk penambahan karena alat yang tersedia dengan utilitinya cukup tinggi.
f. Pembelian untuk pengembangan pelayanan unggulan dan prioritas, harus didukung dengan peralatan.
g. Apabila anggaran perencanaan pengadaan pembelian peralatan medik dan non medik tidak mencukupi, maka diupayakan dengan memperlakukan kerja sama operasional (KSO) dengan penyedia barang.
h. Dari urutan peralatan yang akan dibeli atau diputuskan untuk KSO, maka perlu di buat skala proritas, bekerjasama dengan Tim *Health Technology Assesment* (HTA) berdasarkan :
    1) Jumlah pasien perhari
    2) Jumlah kasus perhari
    3) Jumlah produk layanan perhari
    4) Sesuai standar yang dibutuhkan
    5) Utility sangat tinggi
    6) *Unit cost* sangat menguntungkan dalam memperhatikan BEP

5. Menyusun Kebutuhan alat medik dan non medik di ruang GBST, Pengembangan Layanan Unggulan dan Prioritas

Setelah mendapatkan alokasi anggaran dari BLU, kemudian membuat perencanaan kebutuhan alat medik dan alat non medik, BHP, obat-obatan maupun APD yang di perlukan untuk layanan pasien di GBST, covid 19 yang belum dinyatakan berakhir oleh pemerintah terdiri dari:

a. Alkes khusus (*Radiography Fluoroskopi, dermatom skin graft*, USG, Nebu, dll)
b. Alat non medik (alat2 kebutuhan GBST, ICU, ICCU, HCU, NICU,Farmasi, dll)
c. BHP, APD, alat kesehatan farmasi dll

6. Menyusun Kebutuhan alat medik dan non medik untuk Pengembangan Layanan Unggulan dan Prioritas

Setelah mendapatkan alokasi anggaran dari saldo awal BLU, Subkoordinator Pelayanan Penunjang Medis dan Subkoordinator Pelayanan Penunjang Non Medik untuk pengembangan layanan unggulan maupun layanan prioritas. yang terdiri dari:

Alat medik (Endoskopi kranial, IVUS-FFR, Rotablator, *Set clipping*, Instrument UBE (unilateral biportal endosocpy) instrumen untuk orthospine dan bedah saraf, *Instrument endoscopy cervical*, dll)

7. Menyusun Kebutuhan alat medik dan non medik untuk Pengembangan Layanan *Oncologi center*

Setelah mendapat bimbingan dan sosialisasi dari Fasyankes dan Tim IsDB, Substansi Pelayanan Penunjang menyusun perencanaan alat medis dengan perencanaan anggaran Rp. 239.250.000.000 dan alat non medis dengan perencanaan anggaran

Rp. 36.800.000.000, untuk kebutuhan digedung onkologi sentral sebanyak 8 lantai antara lain

a. Alat medik (Linac 3D VMAT, *Linac Multi Energi include* 4D *Treatment Planning System* & LINAC dengan kemampuan 3D, IMRT, EPID, *Brachiterapy*, *Source* Co 60, C-Arm, *Dosimetry System* LINAC, CT Stimulator, dll)
b. Alat Non Medik (kemoterapi chair, sofa, meja rapat, kursi kerja, kursi sultan, almari, loker, TV, LCD, Monitor, Laptop, printer, paket *broadcasting* dll)

8. Menyusun spesifikasi dan PAGU anggaran

Cara penyusunan spesifikasi peralatan medik dan non medik adalah sebagai berikut:

a. Spesifikasi disusun secara umum tidak mengarah kesalah satu merk.
b. User mengajukan minimal 3 merk alat untuk disusun spesifikasinya dengan prioritas dan sudah masuk di e-katalog.
c. Apabila berdasar kajian dari *user* dan unit yang terkait alat yang masuk e- katalog, tidak sesuai dengan yang dibutuhkan, bisa mengajukan alat diluar e-katalog dengan justifikasi berupa surat pernyataan/kajian dari *user*/Unit kerja.
d. Spesifikasi disusun berdasarkan komparasi parameter ukur dengan sistem jangkauan (*range*).
e. Pagu anggaran ditentukan berdasarkan spesifikasi alat yang dipilih.
f. Minimal ada tiga penawaran dari *supplyer*.

9. Mengusulkan kepada Direktur Pelayanan Medik, Keperawatan, dan Penunjang untuk diproses pengadaan

Usulan pembelian peralatan medik dan non medik setiap tahun dibuat sebagai berikut :

a. Program pembelian peralatan medik dan non medik sebagai investasi.
b. Disusun jadual kegiatan tahapan pembelian peralatan medik dan non medik.
c. Dilakukan monitoring.
d. Dievaluasi setiap triwulan keberhasilannya.

BAB V
MONITORING DAN EVALUASI

A. MONITORING

Monitoring dilakukan untuk memantau performa dan mutu pelayanan di Pelayanan Penunjang, maka ditetapkan beberapa indikator sebagai berikut :

Tabel 4. Indikator Pelayanan Penunjang

No	Indikator	Definisi Operasional	Std	Target
1	Keberhasilan pengumpulan data kebutuhan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik sesuai dengan usulan satuan kerja dan tercantum dalam RBA, dilaksanakan secara bertahap serta memerlukan proses persetujuan pimpinan RS.	100%	100%
2	Melakukan analisis kebijakan program kesehatan **JF**	Analisis Usulan alat medik dan non medik dituangkan dalam KAK Cara menghitung: Jumlah KAK yang sudah jadi / KAK sesuai E-planing X 100	100%	100%
3	Keberhasilan penyusunan kajian realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik yang sesuai dengan permintaan satuan kerja dan tercantum dalam RBA, dilaksanakan secara bertahap serta memerlukan proses persetujuan pimpinan RS.	100%	100%
4	Keberhasilan memonitor dan mengevaluasi ketersediaan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Monitoring data alat medik dan non medik adalah meliputi data inventaris yang ada, kondisi peralatan (masih berfungsi baik, rusak, dll), serta kebutuhan/kekurangan/ pengembangan peralatan yang dibutuhkan oleh masing-masing satuan kerja di jajaran Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang untuk mendukung kesinambungan pelayanan	100%	100%

No	Indikator	Definisi Operasional	Std	Target
		kesehatan di RS.		
5	Keberhasilan memonitor dan mengevaluasi utilisasi alat medik dan non medik **SPM Internal**	Monitoring dan menganalisis data Utilisasi Alat medik adalah semua data pemakaian peralatan medik yang digunakan oleh dokter spesialis khusus peralatan yang dikatagorikan alat canggih, dengan nilai harga yang mahal. Monitoring dan evaluasi Utilisasi peralatan medik ini dimaksudkan untuk mengetahui sampai sejauh mana alat-alat digunakan, untuk membuat suatu kajian investasi pemenuhan dan pengembangan pelayanan kesehatan di rumah sakit	100%	100%
6	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah Efektifitas penggunaan prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) **RSB**	Menganalisis laporan tingkat Kehandalan Prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE) OEE adalah Suatu cara untuk mengukur kinerja mesin yang terdiri dari 3 komponen utama pada mesin produksi yaitu *Availability* (Waktu Kesediaan Mesin), *Performance* (Kemampuan Produksi) dan *Quality* (Mutu yang dihasilkan). **OEE= *Availability X Performance X Quality*** **(KE X KI X KU)** **Availability = Jumlah waktu operasional alat / Jumlah waktu tersedia untuk operasional x 100%** **Performance = Total produksi x waktu ideal / Waktu operasional alat x 100%** **Quality = Total produksi - total produk gagal / Total produksi x 100%**	<100%	85%
7	Menyusun draft rancangan pedoman/prosedur pelaksanaan	Merevisi SOP-AP Pelayanan Penunjang sehingga Ter-up date	100%	100%

No	Indikator	Definisi Operasional	Std	Target
	program kesehatan **JF**			
8	Menyusun draft tata hubungan kerja pelaksanaan program kesehatan **JF**	Merevisi hingga tersusunnya buku Pedoman Pelayanan dan buku Pedoman Pengorganisasian Pelayanan Penunjang	100%	100%
9	Kepatuhan terhadap protokol kesehatan **IKT**	Kepatuhan terhadap protokol kesehatan adalah kepatuhan petugas menggunakan APD sesuai standar dan indikasi, *social distancing* dan cuci tangan.	100%	100%
10	Pelaksanaan monev PKS Pelayanan Penunjang **SPM Internal**	Melakukan monitoring dan evaluasi PKS yang menjadi PIC Substansi Pelayanan Penunjang dan melaporkan hasil monev PKS setiap bulan kepada atasan Pelaporan ≤ tgl 10 setiap bulan nilai 100, jika a. Dilengkapi RTL nilai 105 b. Ada TL nilai 110, c. Monitoring dan evaluasi nilai 115 d. Dilengkapi PDSA nilai 120 e. Jika Pelaporan > tgl 10 nilai 90. f. Dilengkapi Rencana Tindak Lanjut, nilai 100 g. Dilengkapi RTL, Tindak lanjut, PDSA, nilai 105	100%	100%
11	Menyusun laporan pelaksanaan tugas sebagai pertangungjawaban kepada pimpinan **JF**	Membuat laporan permasalahan dan tindak lanjutnya terkait dengan tugas pelayanan penunjang setiap bulan sebagai pertanggungjawaban kepada pimpinan	100%	90%

Monitoring dilakukan dengan mengintegrasikan pengumpulan data dalam aktivitas sehari-hari, kemudian rekapitulasi dilakukan setiap bulan, dan dilaporkan setiap tiga enam bulan sekali. Selain daripada pengumpulan data tersebut, monitoring dilakukan juga dengan cara melakukan pengawasan pelaksanaan SOP-AP di lapangan oleh Subkoordinator Pelayanan

Penunjang Medik dan Subkoordinator Pelayanan Penunjang Non Medik.

B. EVALUASI

Evaluasi dilakukan terhadap :

1. Hasil data monitoring

   Data hasil monitoring dikumpulkan, disajikan dalam bentuk matrik dan grafik, kemudian dibandingkan dari bulan ke bulan dan dari tahun ke tahun. Data.

   dibuat trend dan dilakukan analisa setiap 6 bulan sekali. Data dibandingkan dengan standar atau nilai yang diharapkan dari setiap indikator/parameter yang diukur. Analisa dilakukan untuk mencari penyebab dari penyimpangan yang ditemukan dari proses pengumpulan data.

2. Hasil proses monitoring

   Selain melakukan analisa data indikator yang diukur, analisa juga dilakukan terhadap data subyektif hasil pengawasan (Observasi) pelaksanaan SOP-AP di lapangan. Adapun proses-proses yang esensial untuk dilakukan pengawasan di lapangan oleh Subkoordinator Pelayanan Penunjang medik dan Subkoordinator Pelayanan Penunjang Non Medik adalah:

   a. Proses pengelolaan peralatan medik dan non medik yang menunjang peralatan medik tersebut di seluruh satuan kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
   b. Proses pemeliharaan peralatan medik dan non medik (*linspection*, *preventive maintenance*, *corective maintenance*) oleh petugas Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit.
   c. Proses perbaikan peralatan medik dan non medik
   d. Rencana pengadaan peralatan medik dan non medik baru
   e. Monitoring dan evaluasi PKS/KSO alat medik dan alat penunjang medik
   f. Monitoring dan evaluasi utilisasi alat medik
   g. Menganalisis tingkat Kehandalan Prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness* (OEE)

Data hasil monitoring yang telah dianalisis dilaporkan kepada Koordinator Pelayanan Penunjang setiap bulannya, untuk ditindak lanjuti. Tindak lanjut yang dilakukan adalah meninjau tentang hasil monitoring baik yang dilakukan pada Indikator kinerja atau hasil pengumpulan data-data, dapat berupa:

a. Pelayanan Penunjang mengusulkan untuk penggantian alat medik dan non medik dengan type, merk dan sistim yang baru.
b. Membuat dan mengusulkan perubahan sistim pengelolaan peralatan medik dan non medik untuk model *preventive maintenancenya* (misalkan perubahan sistim pengadaannya menjadi KSO).
c. Menganalisis Utilisasi alat medik.
d. Menganalisis tingkat Kehandalan Prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness* (OEE).

Dari data monitoring dan tindak lanjut yang dilakukan memiliki tujuan penting yaitu dapat meningkatkan kualitas pelayanan medik dan non medik RSUP dr Soeradji Tirtonegoro kepada pelanggan yang berstandarkan keamanan dan kenyamanan dari penggunaan alat medik yang ada.

BAB VI
KESELAMATAN PASIEN

A. PENGERTIAN

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) Adalah suatu sistim dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman.

Sistim tersebut meliputi :

1. *Assesment* risiko.
2. Identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien.
3. Pelaporan dan analisis insiden.
4. Kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya.
5. Implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Sistim ini mencegah terjadinya cidera yang disebabkan oleh :

1. Kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan.
2. Tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

B. TUJUAN

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).

C. STANDAR KESELAMATAN PASIEN

1. Hak pasien.
2. Mendidik pasien dan keluarga.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan.
5. Program peningkatan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien.
7. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
8. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

D. ISTILAH DALAM KESELAMATAN PASIEN

1. KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) *ADVERSE EVENT* :

Adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan, yang mengakibatkan cidera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cidera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat

dicegah.

2. **KTD yang tidak dapat dicegah Unpreventable Adverse Event :**

   Suatu KTD yang terjadi akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah dengan pengetahuan mutakhir

3. **KEJADIAN NYARIS CIDERA (KNC) Near Miss :**

   Adalah suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), yang dapat menciderai pasien, tetapi cidera serius tidak terjadi :

   Karena " keberuntungan"

   Karena " pencegahan "

   Karena " peringanan "

4. **KESALAHAN MEDIS Medical Errors:**

   Adalah kesalahan yang terjadi dalam proses asuhan medis yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cidera pada pasien

5. **KEJADIAN SENTINEL**

   Sentinel Event :

   Adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti : operasi pada bagian tubuh yang salah.

   Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cidera yang terjadi seperti: amputasi pada kaki yang salah sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

E. TATA LAKSANA

1. Memberikan pertolongan pertama sesuai dengan kondisi yang terjadi pada pasien
2. Melaporkan pada Komite PMKPMR.
3. Mendokumentasikan kejadian tersebut pada formulir "Pelaporan Insiden Keselamatan".

BAB VII
KESELAMATAN KERJA

A. TUJUAN

1. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya dapat melindungi diri sendiri, pasien dan masyarakat dari penyebaran infeksi.
2. Petugas kesehatan didalam menjalankan tugas dan kewajibannya mempunyai risiko tinggi terinfeksi penyakit menular dilingkungan tempat kerjanya, untuk menghindarkan paparan tersebut, setiap petugas harus menerapkan prinsip "*Universal Precaution*".

B. TINDAKAN YANG BERISIKO TERPAJAN

1. Cuci tangan yang kurang benar
2. Penggunaan sarung tangan yang kurang tepat
3. Penutupan kembali jarum suntik secara tidak aman
4. Pembuangan peralatan tajam secara tidak aman
5. Tehnik dekontaminasi dan sterilisasi peralatan kurang tepat
6. Praktek kebersihan ruangan yang belum memadai

C. PRINSIP KESELAMATAN KERJA

Prinsip utama prosedur Universal Precaution dalam kaitan keselamatan kerja adalah menjaga hygiene sanitasi individu, hygiene sanitasi ruangan dan sterilisasi peralatan. Ketiga prinsip tesebut dijabarkan menjadi 5 (lima) kegiatan pokok yaitu :

1. Cuci tangan guna mencegah infeksi silang
2. Pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksi yang lain.
3. Pengelolaan alat kesehatan bekas pakai
4. Pengelolaan jarum dan alat tajam untuk mencegah perlukaan
5. Pengelolaan limbah dan sanitasi ruangan

D. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PEGAWAI RSST TERKAIT CORONA VIRUS DESEASE 2019 (COVID-19)

Penanggulangan pandemi covid-19 membutuhkan peran serta dari semua pihak. Pegawai rumah sakit memiliki risiko tertular covid-19 dalam melakukan pelayanan atau kegiatan sehari-hari, sehingga pegawai dianjurkan mematuhi Pedoman sesuai Keputusan Direktur Utama Nomor: HK.02.03/III.3.1/1347/2021 tentang Pedoman Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai Terkait Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Lingkungan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, sehingga dengan menerapkan pedoman ini diharapkan dapat meminimalisir risiko dan dampak pandemi Covid-19 pada tempat kerja khususnya di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

1. **Pengertian**
   a. **Kasus suspek adalah seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut:**
      1) Seseorang yang memenuhi salah satu kriteria klinis dan salah satu kriteria epidemiologis: Kriteria klinis : Demam akut (>38 C)/riwayat demam dan batuk

      ATAU

      2) Terdapat 3 atau lebih gejala/tanda akut berikut: demam/riwayat demam, batuk, kelelahan, sakit kepala, myalgia, nyeri tenggorokan, coryza/pilek/hidung tersumbat, sesak nafas, anoreksia/mual/muntah, diare, penurunan kesadaran

      DAN

      3) Kriteria epidemiologis:
         a) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bekerja di tempat berisiko tinggi penularan, ATAU
         b) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala memiliki riwayat tinggal atau bepergian di negara/wilayah Indonesia yang melaporkan transmisi lokal, ATAU
         c) Pada 14 hari terakhir sebelum timbul gejala bekeqa di fasilitas pelayanan kesehatan, baik melakukan pelayanan medis dan non medis serta petugas yang melaksanakan kegiatan investigasi, pemantauan kasus dan kontak; ATAU
         d) Seseorang dengan ISPA Berat
         e) Seseorang tanpa gejala yang tidak memenuhi kriteria epidemiologis denganhasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif.

2. **Kasus Probable adalah seseorang yang memiliki salah satu dari kriteria berikut**
   a. Seseorang yang memenuhi kriteria klinis dan **Memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* ATAU terkonfirmasi ATAU berkaitan dengan *cluster* COVID-19**
   b. Kasus suspek dengan gambaran radiologis sugestif ke arah COVID- 19
   c. Seseorang dengan gejala akut anosmia (hilangnya kemampuan indra penciuman) atau ageusia (hilangnya kemampuan indra perasa) dengan tidak ada penyebab lain yang dapat diidentifikasi
   d. Orang dewasa yang meninggal dengan distres pernapasan DAN memiliki riwayat kontak erat dengan kasus probable atau terkonfirmasi atau berkaitan dengan duster COVID-19

3. **Kasus Konfirmasi adalah seseorang yang dinyatakan positif terinfeksi virus COVID-19 dengan kriteria sebagai berikut :**
   a. Seseorang dengan hasil RT-PCR positif
   b. Seseorang dengan hasil rapid antigen SARS-VoV-2 positif dan memenui kriteria definisi kasus Probable ATAU kasus suspek (kriteria A atau B)
   c. Seseorang tanpa gejala dengan hasil rapid antigen SARS-CoV-2 positif dan memiliki

riwayat kontak erat dengan kasus probable ATAU terkonfirmasi.

4. **Deteksi dini kasus pada tempat rumah sakit**
   a. Pegawai mengisi self assesment setiap kali melakukan presensi *online*
   b. Petugas melakukan deteksi suhu terhadap seluruh pegawai ketika memasuki area kerja.
   c. Pegawai secara aktif melaporkan jika didapatkan gejala gangguan kesehatan dengan kecurigaan terkait Covid-19 kepada Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3RS.
5. **Karyawan disebut sebagai kontak erat bila memiliki kontak sebagai berikut:**
   a. Kontak tatap muka/berdekatan dengan kasus probable atau kasus konfirmasi dalam radius satu meter dan dalam jangka waktu 15 menit atau lebih
   b. Sentuhan fisik langsung dengan kasus probable atau konfirmasi (Seperti bersalaman, berpegangan tangan dan lain-lain)
   c. Karyawan yang memberikan perawatan langsung terhadap kasus probable atau konfirmasi tanpa menggunakan APD sesuai standar.
6. **Pada karyawan yang memenuhi kriteria kontak erat maka:**
   a. Dilakukan pemeriksaan specimen real time PCR 2 kali dalam rentang waktu 14 hari setelah kontak.
   b. Selama menunggu hasil pemeriksaan bagi karyawan tetap melakukan aktifitas pekerjaan di RS dengan mematuhi protokol kesehatan 5M sesuai dengan APD level 2 dengan Masker N95
   c. Setelah hasil didapatkan maka dilakukan penilaian ulang kategori status karyawan tersebut probable/konfirmasi/discarded
7. **Penatalaksanaan kasus**
   a. Penegakkan diagnosis

   Pegawai dinyatakan sebagai sebagai kasus terkonfirmasi adalah :
   1) Pegawai dengan hasil RT-PCR positif
   2) Pegawai dengan hasil rapid antigen SARS CoV positif DAN **memenuhi kriteria definisi kasus**
   3) Pegawai dengan hasil rapid antigen SARS CoV 2 positif DAN **Memenuhi kriteria definisi kasus *probable* ATAU kasus suspek**
   4) Pegawai tanpa gejala dengan hasil rapid antigen SARS CoV 2 positif DAN **Memiliki riwayat kontak erat dengan kasus *probable* ATAU terkonfirmasi**

   b. Kriteria isolasi mandiri dan rawat inap
   1) Pegawai dengan status suspek atau *probable* atau terkonfirmasi COVID 19, akan diperiksa di klinik PIE atau IGD PIE
   2) Jika dalam pemeriksaan secara medis, pegawai termasuk dalam kriteria tanpa gejala atau gejala ringan (tidak ada bukti pneumonia dan hipoksia), maka pegawai diarahkan untuk isolasi mandiri di rumah atau di tempat yang disediakan Rumah Sakit (sesuai kemampuan dan kebijakan RS) dengan pemantauan oleh

tenaga medis. Pegawai akan mendapatkan obat-obatan berupa obat-obatan simtomatik, vitamin, antioksidan dan jika diperlukan diberikan antivirus.

3) Jika dalam pemeriksaan secara medis, pegawai termasuk dalam kriteria sedang, berat, kritis atau dengan komorbid yang tidak terkontrol, pegawai akan menjalani rawat inap dan mendapatkan pengobatan COVID 19 sesuai derajat penyakitnya.

c. Kriteria selesai isolasi

1) Kriteria pasien konfirmasi yang dinyatakan selesai isolasi, sebagai berikut:

a) Kasus konfirmasi tanpa gejala (asimtomatik)

Pegawai menjalani isolasi mandiri selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi. Pada hari ke 7 dilakukan swab RT- PCR evaluasi. Apabila hasil negatif, tetap melanjutkan isolasi sampai hari ke 10. Apabila hasil positif, maka melanjutkan isolasi dan evaluasi swab RT-PCR di hari ke14. Apabila masih didapatkan hasil positif pada hari ke 14 atau lebih *prolonged positive),* maka dilakukan analisis oleh Tim PIE untuk menentukan langkah selanjutnya

b) Kasus konfirmasi dengan gejala ringan dangejala sedang

Pegawai menjalani isolasi mandiri selama 10 hari sejak pengambilan spesimen diagnosis konfirmasi. Pada hari ke 7 dilakukan swab RT- PCR evaluasi. Apabila hasil negatif, tetap melanjutkan isolasi sampai hari ke 10. Apabila hasil positif, maka melanjutkan isolasi dan evaluasi swab RT-PCR di hari ke 14. Apabila masih didapatkan hasil positif pada hari ke 14 atau lebih *(prolonged positive),* maka dilakukan analisis oleh Tim PIE untuk menentukan langkah selanjutnya.

c) Pada kasus konfirmasi dengan gejala ringan dan gejala sedang yang disertai komorbid dan/atau terdapat kemungkinan potensi terjadi perburukan dapat dilakukan evaluasi ulang dengan RT-PCR sesuai Tim PIE/DPJP.

d) Kasus konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit

Kasus konfirmasi dengan gejala berat/kritis yang dirawat di rumah sakit dinyatakan selesai isolasi apabila telah mendapatkan hasil pemeriksaan *follow up* RT-PCR 1 kali negatif ditambah minimal 3 hari tidak lagi menunjukkan gejala demam dan gangguan pemapasan sesuai rekomendasi DPJP.

d. Kriteria Sembuh:

Pasien konfirmasi tanpa gejala, gejala ringan, gejala sedang, dan gejala berat/kritis dinyatakan sembuh apabila telah memenuhi kriteria selesai isolasi dan dikeluarkan surat pernyataan selesai pemantauan, berdasarkan penilaian oleh DPJP.

BAB VIII
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Rumah sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang bermutu sesuai standar yang sudah ditentukan. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dan pengunjung di rumah sakit dihadapkan pada risiko terjadinya infeksi atau infeksi nosokomial yaitu infeksi yang diperoleh di rumah sakit. Untuk meminimalkan risiko terjadinya infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya perlu diterapkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), yaitu kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan, serta monitoring dan evaluasi. Pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit (PPIRS) sangat penting karena menggambarkan mutu pelayanan rumah sakit. Apalagi akhir-akhir ini muncul berbagai penyakit infeksi baru (*new emerging, emerging diseases dan re- emerging diseases and covid-19*). Infeksi Rumah Sakit (IRS) atau *Healthcare Assosiated Infection*/HAIs adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di Rumah Sakit atau Fasilitas pelayanan kesehatan lain.

A. TUJUAN

1. Tujuan Umum

   Meningkatkan mutu layanan rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, yang dilaksanakan oleh semua departemen / unit di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, meliputi kualitas pelayanan, manajemen risiko, *clinical governance*, serta kesehatan dan keselamatan kerja.

2. Tujuan Khusus

   Sebagai pedoman bagi direktur rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dalam membentuk organisasi, menyusun serta melaksanakan tugas, program, wewenang dan tanggung jawab secara jelas.Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara efektif dan efisien dalam pelaksanaan PPI. Menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit maupun mengurangi terjadinya transmisi virus kepada orang lain dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya secara bermakna

B. IMPLEMENTASI PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI DI RUMAH SAKIT

Sebagai unit kerja penyelenggara pendidikan dan pengembangan SDM Bagian Pendidikan dan Penelitian mempunyai tanggung jawab dalam pembudidayaan dan penyebarluasan informasi mengenai PPI.

a. Upaya peningkatan kompetensi dan pengetahuan SDM

Sebagai bentuk tanggung jawab terhadap peningkatan kompetensi dan pengetahuan SDM mengenai PPI bekerjasama dengan Tim PPI antara lain dengan cara sebagai berikut:

1) Pelatihan Dasar-dasar PPI terhadap semua karyawan.
2) Menerapkan kaidah - kaidah PPI di Koordinator Diklit yang meliputi kebersihan tangan, cara penggunaan dan pelepasa APD dengan benar baik level 3, 2,1 dan penerapan kaidah lainnya.
3) Menjadikan materi keselamatan pasien bagi peserta didik baru dan karyawan baru

b. *Five moment* cuci tangan

1) Sebelum kontak dengan pasien.
2) Sebelum tindakan asepsis.
3) Sesudah terkena cairan tubuh pasien.
4) Sesudah kontak dengan pasien.
5) Sesudah kontak dengan lingkungan pasien.

c. Langkah Melakukan Kebersihan Tangan

1) Gulung lengan baju sampai atas pergelangan tangan, lepas cincin, jam tangan dan perhiasan tangan yang lain.
2) Basahi tangan sampai sepertiga lengan di bawah air mengalir
3) Ambil sabun cair kira-kira 5 ml, ratakan dengan dua telapak tangan
4) Gosok punggung dan sela- sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya.
5) Gosok kedua telapak dan sela- sela jari.
6) Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci.
7) Bersihkan jempol tangan kanan dengan menggenggamnya dengan tangan kiri lalu putar-putar,dan lakukan sebaliknya.
8) Akhirnya dengan menggunakan ujung jari dan jari bersihkan telapak tangan. dengan menggunakan gerakan memutar, dan lakukan sebaliknya.
9) Bilas tangan seluruhnya dengan air.
10) Keringkan dengan tissue dan gunakan tissue bekas itu untuk menutup kran air.

d. Standar Pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) saat pandemi Covid-19.

1) Diperkatoran menggunakan APD level satu : Masker bedah.
2) Diruang pelayanan nin Covid, menggunkanan APD Level 2 :
   a) Baju dinas/kerja
   b) Masker bedah
   c) *Face shield*
   d) *Handscoon* sesuai kebutuhan
3) Diruang Pelayanan Covid -19, petugas menggunakan APD Level 3
   a) Baju kerja
   b) Gaun/*coverall*
   c) Masker bedah + N95

d) *Face shield*

e) Cap

f) Sepatu boot

g) Apron

h) *Handscoon* sesuai kebutuhan

i) Google

BAB IX
KESELAMATAN DAN KEAMANAN

Keselamatan merupakan suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/*ground* dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung. Keamanan merupakan proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang.

Keamanan **:** adalah Perlindungan fasilitas dan penghuninya dari bahaya dan kerugian, hal ini terkait dengan ancaman dari pihak luar. ***Keselamatan :***adalah suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat (Pasien, Staf, Pengunjung, dan *vendor*), serta terhindar dari kecelakan.

A. RUANG LINGKUP KESELAMATAN

1. **NSI (***Needlestick Injury***),** kasus tertusuk jarum bekas pakai/infeksius
2. **Cidera Punggung,**
3. **Terpapar Kuman**, potensial hazard paling besar
4. ***SLIP* (Terpleset)**, : insiden yang disebabkan tidak aman/licin
5. ***TRIP* (Tersandung)** : jenis kecelakaan karena terantuk
6. **Jatuh :** salah satu jenis kecelakaan yang mengakibatkan cidera ringan sampai berat karena
7. **Tersengat Listrik :** semua area menggunakan listrik dalam
8. **Terbakar :** Potensi terjadinya bahaya kebakaran di rumah sakit antara lain berasal dari : Listrik, Api, Ledakan, Bahan Kimia.
9. **Bising :** Berdasarkan persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, tingkat kebisingan di bedakan berdasarkan ruangan atau unit pelayanan.
10. **Radiasi :** Potensi bahaya radiasi di rumah sakit pada sarana penunjang yang menggunakan sinar x/ sinar gama

B. RUANG LINGKUP KEAMANAN

1. **Pencurian :** gangguan keamanan mengambil benda yang bukan miliknya
2. **Kekerasan :** gangguan kemanan bersifat paksaan dengan ciri kekerasan
3. **Penculikan :** gangguan keamana berupa melarikan orang lain dengan maksud tertentu (dibunuh/ dijadikan sandra/maksud lain yang merugikan).
4. **Terorisme :** gangguan keamanan dengan cara mengunakan kekerasan untuk menimbulkan ketakutan dalam mencapai tujuan

C. TUGAS KEPALA SATUAN KERJA

1. Mematuhi peraturan dan ketetapan rumah sakit terkait keselamatan dan keamanan
2. Memastikan sarana, lingkungan dan aktifitas kerja dalam kondisi aman .
3. Melaporkan setiap adanya insiden dan potensial bahaya disatuan kerja terkait

keselamatan dan keamanan.

4. Mampu memberikan briefing atau training terkait dengan keselamatan dan keamanan di satuan kerjanya

D. TUGAS SEMUA PEGAWAI

1. Melakukan tugas sesuai yang diinstruksikan
2. Mematuhi peraturan dan ketetapan rumah sakit terkait keselamatan dan keamanan.
3. Menjaga sarana, lingkungan dan aktifitas kerja yang aman dan selamat serta menjaga kebersihan lingkungan
4. Melaporkan setiap adanya insiden dan potensial bahaya di area kerja dan area lain yang ditemuinya.

E. DAERAH RISIKO KEAMANAN

1. Akses ke rumah sakit (pintu masuk/ keluar rumah sakit)
2. Area Perawatan Pasien Sensitive :
   - Ruang Perinatologi
   - Ruang *Intensive Cardiac Care Unit* (ICCU)
   - Ruang *Intensive Care Unit* (ICU)
   - Ruang Perinatal *Intensive Care Unit* (PICU)
   - Instalasi Gawat Darurat (IGD)

F. DAERAH RISIKO TERPAPAR INFEKSI COVID-19

Ruang pelayanan PIE (Rawat Inap, Rawat jalan PIE, IGD, kamar operasi PIE)

G. AREA KEAMANAN SENSITIF

Ruang Direksi, Ruang Bagian Keuangan, Kamar Operasi, Ruang Arsip, Gudang Obat Farmasi, Gardu Listrik, General Set, Ruang Panel Distribusi/Panel Sinkron, Pompa Hidrant, Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL), Penampungan Air Bersih (ground tank, water torn), Gudang Penyimpanan Oksigen dan gas medis lainnya, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan Patologi, Instalasi Rekam Medis, Tangki Solar.

H. SISTIM PELAPORAN INSIDEN

1. Pelaporan insiden dibuat sesegera mungkin setelah kejadian dengan mengisi formulir Laporan Insiden (pelaporan paling lambat 2 X 24 jam).
2. Penyerahan laporan kepada Atasan langsung Pelapor, atau ke Tim Kesehatan dan keselamatan kerja bila kejadian terjadi pada area–area netral (seperti: koridor, taman, area parkir). Laporan harus diserahkan ke komite Kesehatan dan keselamatan kerja. Pelaksanaan investigasi Insident dilakukan segera setelah laporan diterima dan dilakukan oleh tim investigasi insident (pelaksanaan investigasi dilakukan paling lambat (2 x 24 jam). Laporan *incident* menggunakan formulir investigasi insiden.

3. Pembentukan tim investigasi sesuai dengan kebutuhan, tim investigasi dapat terdiri dari Tim K3, atau melibatkan unit kerja terkait bila insiden termasuk kategori *Accident* atau *emergency*.
4. Pelaporan investigasi harus disimpan di area dan Tim K3.
5. Laporan investigasi harus dilengkapi Penyampaian informasi incident harus di lakukan langsung ke area, dan area–area lain yang memiliki potensi bahaya yang sama. Informasi incident harus menyebutkan lokasi *incident*, kejadian, dampak pada korban, hari dan tanggal tanpa perlu menyebutkan nama yang bersangkutan untuk menghindari terjadinya kejadian serupa.

I. PROGRAM STRATEGI KEAMANAN YANG DAPAT DICEGAH

a. Tanda **pengenal dengan foto kepada seluruh pegawai/staf. Staf harus mengenakan tanda pengenal.**
b. ID Band pergelangan tangan digunakan untuk semua pasien rawat inap dan pasien di Instalasi Gawat Darurat.
c. Staf *outsourcing/* pihak ketiga mengunakan tanda pengenal sesuai ketentuan
d. Peserta didik (siswa/mahasiswa) ***mengunakan lencana tanda pengenal*** yang dikeluarkan oleh Bagian Diklit.
e. Mengisi buku tamu pada saat berkunjung (pengunjung/rekanan) ke Rumah Sakit dan ***mendapatkan kartu tamu (visitor).***
f. **Kontraktor tetap harus memiliki ID yang dilengkapi dengan foto.,** Peralatan kerja dan barang-barang yang digunakan untuk pekerjaannya harus diperiksa dan didata.
g. Pendataan tenaga sukarela didata oleh Subsubstansi Hukormas.
h. Skrining pengunjung, keluarga pasien dan rekanan pada jam setelah jam kerja
i. Melakukan pengontrolan ditiap-tiap gedung rawat inap/rawat jalan Diberlakukan jam perawatan setelah jam berkunjung khusus di gedung perawatan dan di gedung perkantoran setelah jam keja diberlakukan tidak menerima tamu kecuali sudah membuat janji sebelumnya

BAB X
KEGAWATDARURATAN BENCANA

A. MANAJEMEN EMERGENSI

Adalah sebuah pengorganisasian/penatalaksanaan pelayanan kedaruratan dalam kondisi terjadi bencana. Korban massal adalah suatu keadaan atau timbulnya kedaruratan yang mengakibatkan korban lebih dari satu yang harus di kelola oleh lebih dari satu penolong bukan akibat bencana sehari hari (SPGDT-S), sedangkan korban bencana adalah kedaruratan yang memerlukan penerapan Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu sehari hari dan Bencana (SPGDT–S dan SPGDT–B)

Untuk penatalaksanaan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif. ***Disaster Plan***, misal gempa Bumi. Hal Yang Perlu Diperhatikan Saat Gempa :

1. Jangan panik
2. Berlindung dibawah meja/ kursi yang kuat
3. Bila keluar gedung tidak berebut
4. Gunakan tangga darurat (Tidak boleh menggunakan *Lift*, karena otomatis listrik mati)
5. Ikuti petunjuk petugas
6. Segera menuju tempat berhimpun (parkir depan direksi, jalan sebelah timur RS)
7. Petugas K3 akan mendata pengunjung gedung Gedung ini sudah teruji oleh gempa 2006 dan sudah diuji oleh balai teknik UGM ***Disaster*** adalah segala kejadian yang menyebabkan kerugian, gangguan ekonomi, kerugian jiwa manusia dan gangguan kesehatan dan pelayanan kesehatan dengan skala yang cukup besar sehingga memerlukan penanganan lebih besar dari biasanya. MACAM BENCANA yaitu sebagai berikut:
   a. Kebakaran (SOP)
   b. Wabah/Epidemik (SOP)
   c. Ledakan (SOP)
   d. Gempa Bumi (SOP)
   e. Keracunan Masal (SOP)
   f. Huru hara (SOP)
   g. Ancaman Bom (SOP)

B. SATUAN KERJA YANG BERSANGKUTAN

1. Segera memberikan laporan tentang kejadian bencana kepada Ka. Satker, Satpam dan diluar jam kerja menghubungi perawat supervisi.
2. Ka. Satker/yang didelegasikan bertugas sebagai pimpinan penanggulangan dan pengendalian bencana pada siaga III.
3. Apabila api tidak dapat dipadamkan dengan APAR/kondisi siaga meningkat menjadi siaga II, segera mengaktifkan KODE MERAH Rumah Sakit dengan cara mengunakan

telpon (Tekan 100 umumkan "KODE MERAH... 3X, SEBUTKAN LOKASI....(ulangi 2x) suara pengumuman.

4. Mengendalikan semua pihak untuk tidak panik.
5. Mengaktifasi Regu Keselamatan masing-masing satuan kerja di unit kerjanya.
6. Menkoordinir pemadaman api yang belum membesar dengan alat pemadam yang ada di unit kerjanya.
7. Berwenang memerintahkan semua personil yang ada untuk melakukan tindakan pemadaman, penyelamatan, pengamanan dan evakuasi.

C. REGU KESELAMATAN

Regu Keselamatan yang telah dibentuk akan sangat membantu dalam antisipasi dan penanggulangan bencana di masing-masing Satuan kerja di **Ketua Regu**.

Mereka bertanggung jawab terhadap kejadian bencana di masing-masing lokasi sesuai satuan kerjanya, melakukan monitoring sarana prasarana proteksi bencana (kebakaran dan bencana lainnya), mengkoordinir semua kegiatan pencegahan terhadap bahaya kebakaran, pemadaman api, evakuasi jiwa dan barang, keselamatan jiwa serta bencana lainnya serta antisipasi penyelamatan jiwa jika terjadi kebakarn dan bencana lainnya, melaporkan kejadian bencana sesuai dengan prosedur tetap yang berlaku, melaporkan kegiatan penanggulangan bencana yang terjadi ke Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3 RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

D. PERSONIL REGU RESPON KEADAAN DARURAT

Personil regu respon keadaan darurat terbagi dalam 3 (tiga) kategori, yaitu:

a. **Petugas Utama,** yaitu petugas-petugas yang wajib/diharuskan hadir di tempat kejadian tersebut jika mendengar tanda bahaya/pemberitahuan keadaan darurat (pada jam kerja) yaitu Ka Instalasi yang bersangkutan, Koordinator Keadaan Darurat Gedung, Regu Keselamatan, *Security*/Regu Pemadam/Regu Evakuasi, Tim medis, Tim teknik. Tim Pembersih.

b. **Petugas Bantuan,** yaitu petugas-petugas yang wajib/diharuskan hadir ke posko masing-masing bila mendengar tanda bahaya, yaitu Ka Instalasi Kesling dan K3RS, Ka Sub Kom Keselamatan Kerja, Koordinator Teknik, Koordinator Logistik,Koordinator Medis, Regu Komunikasi, Farmasi, Bidang Pelayanan Medik, Pelayanan Bidang Keperawatan, Tim Parkir.

c. **Petugas Penunjang,** yaitu petugas-petugas yang wajib/diharuskan hadir di tempat kerja masing-masing (wajib *standby* di tempat kerja), yaitu Bedah, Anestesi, Anak, Kandungan&kebidanan, Radiologi, Laboratorium, Forensik, IFPJ

d. **Penetapan Sistim Alarm dengan kode warna**

Aktifasi sistim alarm dengan menggunakan kode warna yang diketahui seluruh petugas Rumah Sakit, perlu ditetapkan oleh manajemen.

Kode MERAH: Api / Asap/kebakaran .

Kode UNGU : Evakuasi

Kode PINK : Penculikan Bayi.

Kode HIJAU : Gempa Bumi.

Kode Hitam : Ancaman Bom

Kode Biru : Kegawat Daruratan Medik

Kode Abu-abu : Gangguan keamanan

e. **Penanganan Korban Masal**

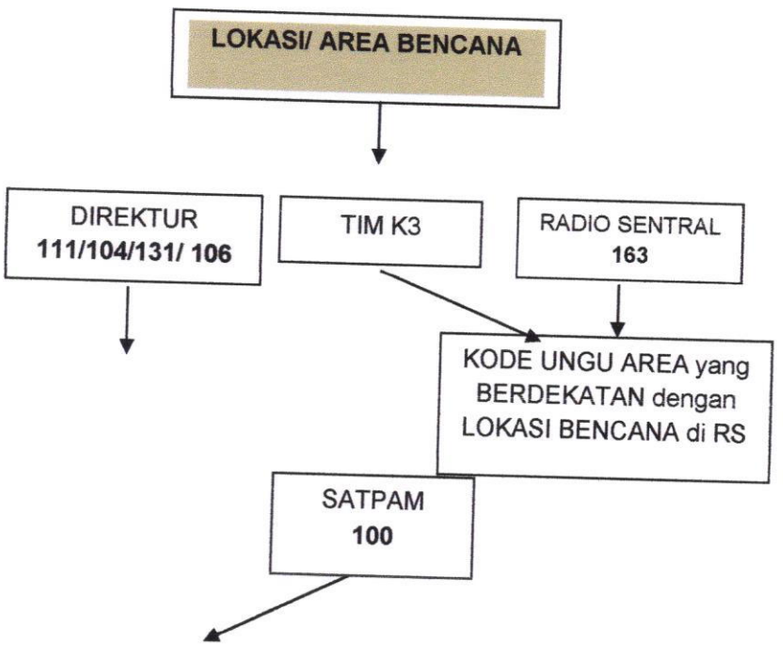
Rescue (Penyelamatan Segera).

Triage (seleksi berdasar kegawatan untuk prioritas pertolongan)

Life Support (bantuan hidup dasar dan lanjut bila diperlukan)

Evacuation (transportasi ke tempat yang diperlukan dengan cepat dan aman).

ALUR EVAKUASI



Gambar 3. Alur Evakuasi Lokasi/Area Bencana

f. **Cara menggunakan APAR yaitu dengan mengenal PASS**

a. ***Pull*** tarik pin yang ada di APAR

b. ***Aim*** arahkan selang ke titik nyala api/ sumber api

c. ***Squeeze*** *the handle* tekan tuas

d. ***Sweep*** semprotkan/ kibaskan selang ke sumber api sampai mati

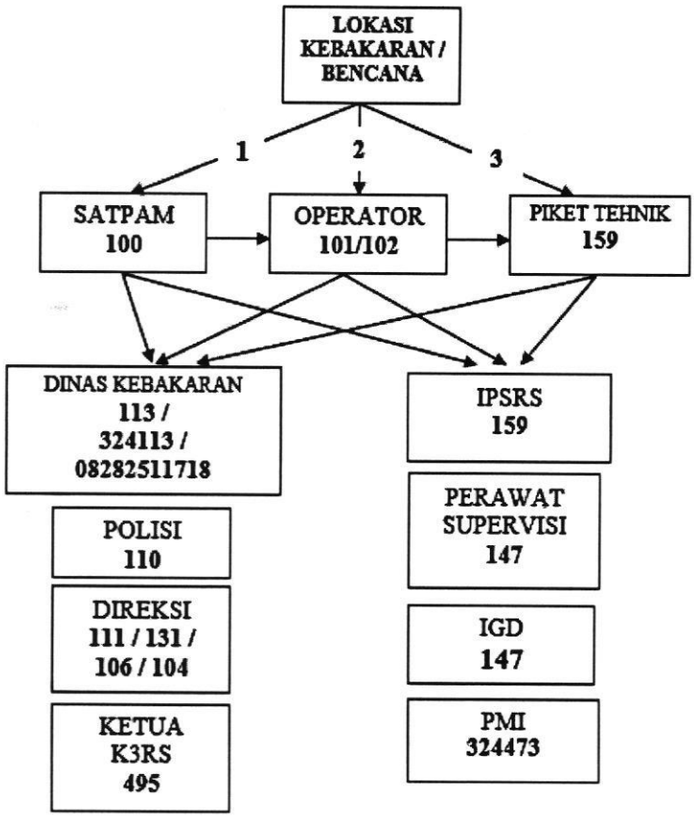
Salah satu upaya untuk mencegah kebakaran dan mengutamakan kesehatan maka IGD mencoba mengimplementasikan Kebijakan sebagai berikut :

a. Dilarang merokok di lingkungan RS (UU No. 36 Th 2009)

b. Dilarang membuang sampah sembarangan

c. Setiap SDM di IGD sudah pelatihan K3RS dalam penanganan kebakaran

d. Kerja sama dengan Instalasi Sanitasi dan K3RS untuk monitor dan evaluasi.



Gambar 4. Alur Informasi Penanggulangan Bahaya Kebakaran

g. **Tugas Ruangan/Unit Kerja Bila Kebakaran :**
   a. Memerintahkan untuk membunyikan tanda bahaya kebakaran.
   b. Memimpin dan mengendalikan penanggulangan kebakaran yang terjadi diluar jam kerja.
   c. Segera melaporkan kejadian kebakaran tersebut kepada Dinas Kebakaran, Kepolisian dan Pemda.
   d. Memberitahukan kejadian kebakaran kepada unit kerja yang lain (IPSRS dan SATPAM).
   e. Menentukan tempat untuk evakuasi pasien, dokumen dan peralatan.
   f. Segera memadamkan api dikala masih kecil.

h. **Petugas Unit Kerja di Sekitar Lokasi Kebakaran Bertugas**
   a. Personil : perawat, petugas administrasi dan petugas lain.
   b. Mengevakuasi pasien, dokumen dan peralatan RS yang dipandang perlu.
   c. Menyingkirkan barang-barang yang mudah terbakar.
   d. Membantu mengatasi kebakaran



Gambar 5. Papan Jadwal Tim Bencana/Kebakaran (Code Red)

Tempat/ daerah berisiko tinggi di RSST

a. Instalasi Radiologi
b. Instalasi Laboratorium (Patologi dan Anatomi)
c. Instalasi Farmasi (Ruang Penyimpanan Gas Medis)
d. Instalasi Farmasi (Ruang Penyimpanan Bahan Berbahaya Beracun–B3)
e. Instalasi Farmasi (Ruang Cytotoksik)
f. Instalasi Bedah Sentral
g. Instalasi Steriliasi Sentral
h. Instalasi Gizi
i. IPSRS (Ruang Generator Set, sentral gas)
j. IPSRS (Ruang panel listrik, gardu trafo listrik)
k. IPSRS (work shop)
l. IRNA Melati dan IRNA Dahlia
m. Unit Tranfusi Darah
n. Ruang HD 1, HD 2, HD PIE (Ruang Hemodialisis)
o. IGD (Ruang Radiologi IGD)
p. IRI/ICU
q. IKFPJ
r. TPS (Tempat Pembuangan Sampah Sementara)
s. Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3 (Limbah IPAL – Bioreaktor)
t. Sub Bagian Rumah Tangga (Gudang Gas Elpiji)
u. Instalasi Sterilisasi dan Binatu
v. Ruang Rawat Inap

j. **Pelaporan segera oleh orang pertama yang melihat tanda potensi bahaya kebakaran (Asap, Panas, Percikan Api, Bunyi/ tanda Alarm) kepada** :

a. Ka. Satuan Kerja tempat kejadian (di dalam jam kerja).
b. Kepala Instalasi Kesehatan Lingkungan dan K3

BAB XI
PENGENDALIAN MUTU

Indikator mutu yang digunakan di Pelayanan Penunjang dalam memberikan pelayanan adalah:

Tabel 5. Indikator Mutu di Pelayanan Penunjang

NO	INDIKATOR	DEFINISI OPERASIONAL	STD	TARGET
1	Keberhasilan pengumpulan data kebutuhan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik sesuai dengan usulan satuan kerja dan tercantum dalam RBA, dilaksanakan secara bertahap serta memerlukan proses persetujuan pimpinan RS.	100%	100%
2	Melakukan analisis kebijakan program kesehatan **JF**	Analisis Usulan alat medik dan non medik dituangkan dalam KAK Cara menghitung: Jumlah KAK yang sudah jadi/KAK sesuai E-planing X 100	100%	100%
3	Keberhasilan penyusunan kajian realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Realisasi pemenuhan kebutuhan alat medik dan non medik yang sesuai dengan permintaan satuan kerja dan tercantum dalam RBA, dilaksanakan secara bertahap serta memerlukan proses persetujuan pimpinan RS.	100%	100%
4	Keberhasilan memonitor dan mengevaluasi ketersediaan alat medik dan non medik **SPM Internal**	Monitoring data alat medik dan non medik adalah meliputi data inventaris yang ada, kondisi peralatan (masih berfungsi baik, rusak, dll), serta kebutuhan/kekurangan/pengembangan peralatan yang dibutuhkan oleh masing-masing satuan kerja di jajaran Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang untuk mendukung kesinambungan pelayanan	100%	100%

NO	INDIKATOR	DEFINISI OPERASIONAL	STD	TARGET
		kesehatan di RS.		
5	Keberhasilan memonitor dan mengevaluasi utilisasi alat medik dan non medik **SPM Internal**	Monitoring dan menganalisis data Utilisasi Alat medik adalah semua data pemakaian peralatan medik yang digunakan oleh dokter spesialis khusus peralatan yang dikatagorikan alat canggih, dengan nilai harga yang mahal. Monitoring dan evaluasi Utilisasi peralatan medik ini dimaksudkan untuk mengetahui sampai sejauh mana alat-alat digunakan, untuk membuat suatu kajian investasi pemenuhan dan pengembangan pelayanan kesehatan di rumah sakit	100%	100%
6	Terealisasinya sarana dan prasarana siap/laik pakai rumah sakit heritage yang memiliki nilai sejarah Efektifitas penggunaan prasarana sesuai *Overall Equipment Effectiveness* (OEE) **RSB**	Menganalisis laporan tingkat Kehandalan Prasarana sesuai Overall Equipment Effectiveness (OEE) OEE adalah Suatu cara untuk mengukur kinerja mesin yang terdiri dari 3 komponen utama pada mesin produksi yaitu *Availability* (Waktu Kesediaan Mesin), *Performance* (Kemampuan Produksi) dan *Quality* (Mutu yang dihasilkan). OEE= ***Availability X Performance X Quality*** **(KE X KI X KU)** **Availability=**Jumlah Waktu Operasional X 100% Jumlah Waktu Operasional Tersedia ***Performance=*** Total Produksi X Waktu Produksi Ideal X 100 %	<100%	85%

NO	INDIKATOR	DEFINISI OPERASIONAL	STD	TARGET
		Waktu Operasional Alat ***Quality***=Total Produksi – Total Produk gagal X100% Total Produksi		
7	Menyusun draft rancangan pedoman/prosedur pelaksanaan program kesehatan **JF**	Merevisi SOP-AP Pelayanan Penunjang sehingga Ter-up date	100%	100%
8	Menyusun draft tata hubungan kerja pelaksanaan program kesehatan **JF**	Merevisi hingga tersusunnya buku Pedoman Pelayanan dan buku Pedoman Pengorganisasian Pelayanan Penunjang	100%	100%
9	Kepatuhan terhadap protokol kesehatan **IKT**	Kepatuhan terhadap protokol kesehatan adalah kepatuhan petugas menggunakan APD sesuai standar dan indikasi, *social distancing* dan cuci tangan.	100%	100%
10	Pelaksanaan monev PKS Pelayanan Penunjang **SPM Internal**	Melakukan monitoring dan evaluasi PKS yang menjadi PIC Substansi Pelayanan Penunjang dan melaporkan hasil monev PKS setiap bulan kepada atasan Pelaporan ≤ tgl 10 setiap bulan nilai 100, jika a. Dilengkapi RTL nilai 105 b. Ada TL nilai 110, c. Monitoring dan evaluasi nilai 115 d. Dilengkapi PDSA nilai 120 e. Jika Pelaporan > tgl 10 nilai 90. f. Dilengkapi Rencana Tindak Lanjut, nilai 100 g. Dilengkapi RTL, Tindak lanjut, PDSA, nilai 105	100%	100%
11	Menyusun laporan pelaksanaan tugas	Membuat laporan permasalahan dan tindak lanjutnya terkait dengan	100%	90%

NO	INDIKATOR	DEFINISI OPERASIONAL	STD	TARGET
	sebagai pertangungjawaban kepada pimpinan JF	tugas pelayanan penunjang setiap bulan sebagai pertanggungjawaban kepada pimpinan		

Dalam pelaksanaan indikator mutu menggunakan kurva harian dalam format tersendiri dan dievaluasi serta dilaporkan setiap bulan pada direktur medik keperawatan dan Penunjang.

BAB XII
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN PERALATAN MEDIK

Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan suportif bagi para pelanggannya. Untuk mencapai tujuan ini, fasilitas rumah sakit harus dikelola secara efektif, dan secra khusus harus ditata manajemen untuk : mengurangi dan mengendalikan bahaya serta risiko, mencegah kecelakaan dan cidera, serta memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif meliputi perencanaan, pendidikan dan pemantauan yang multidisiplin untuk dapat memenuhi hal hal berikut : pimpinan merencanakan ruang, peralatan dan sumberdaya yang dibutuhkan; seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, dan bagaimana memonitor serta melaporkan situasi yang menimbulkan risiko; serta terdapat kriteria kinerja yang digunakan untuk mengevaluasi sistim serta mengidentifikasi perbaikan yang dapat dilakukan.

Terdapat enam bidang yang mencakup tata kelola fasilitas dan keselamatan, yaitu :

1. Keselamatan dan keamanan
2. Bahan berbahaya
3. Manajemen emergensi
4. Pengamanan kebakaran
5. Peralatan medis
6. Sistim utilitas

Keberhasilan organisasi mencapai tujuan tersebut diatas didukung oleh pengelolaan faktor-faktor berikut :***Man, Money, Machine, Methode dan Material*** / logistik. Pengelolaan yang seimbang dan baik dari kelima faktor tersebut akan memberikan kepuasan kepada kostumer baik kostumer internal maupun eksternal. Manajemen logistik merupakan aktivitas yang sangat penting dalam sebuah perusahaan atau perkantoran. Fungsi logistik tidak lagi dipandang sebagai supporting dalam operasional perkantoran, namun sebagai salah satu fungsi yang akan meningkatkan efektivitas dan efisiensi instansi tersebut. Adanya dinamika dalam internal instansi atapun antar instansi menuntut pengelolaan logistik untuk menggunakan pendekatan baru yang mampu meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan.

Keberhasilan pengelolaan logistik rumah sakit tergantung pada kompetensi dari manajer logistik rumah sakit. Manajer berfungsi untuk mengelola logistik melalui fungsi antara lain mengidentifikasi, merencanakan pengadaan, pendistribusian alat hingga mengembangkan sistim pengelolaan logistik yang efektif dan efisien. Pengadaan alat yang tepat dan berfungsi dengan baik akan memperlancar kegiatan pelayanan pasien sehingga berdampak bagi peningkatan mutu pelayanan secara umum.

A. PENERIMA MANFAAT

1. Manfaat untuk pasien yaitu
    a. Dengan kondisi peralatan kesehatan yang Laik pakai akan memberikan keamanan

dan kenyamanan bagi pasien serta keakuratan diagnosa pasien.

b. Dengan kondisi peralatan kesehatan yang Laik pakai akan memberikan hasil diagnosa dan teraphy lebih baik dan tepat sehingga dapat memberikan kepuasan pada pelanggan.

2. Manfaat bagi Petugas yaitu dengan kondisi peralatan kesehatan yang Laik pakai akan memberikan keamanan dan kenyamanan bagi petugas yang mengoperasionalkan peralatan kesehatan serta keakuratan diagnosa pasien lebih tepat.
3. Manfaat bagi masyarakat yaitu dengan kondisi peralatan kesehatan yang Laik pakai akan memberikan kepercayaan dan kepuasan kepada masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dilakukan di rumah sakit.

B. STRATEGI PENCAPAIAN KELUARAN

1. Metode Pelaksanaan

a. Inventaris peralatan medis

Inventarisasi peralatan ini berisi data meliputi : Nama ruang, Nama alat, Merk, Model/ Type, Tahun pengadaan dan kondisi alat, dilaksanakan oleh teknisi elektromedik rumah sakit. Inventarisasi peralatan guna kepentingan pemeliharaan alat dan ditinjau secara periodik, paling tidak setahun sekali dan setiap ada perubahan atau penambahan peralatan baru.

b. Uji Fungsi dan Uji Coba

Uji Fungsi adalah Menguji fungsi/kinerja alat medis baru sesuai dengan kegunaannya. Uji Coba adalah Mengoperasionalkan alat baru pada pasien dalam jangka waktu tertentu (1 bulan) untuk menguji keandalan alat. Dilaksanakan teknisi penyedia alat, calon operator alat, teknisi rumah sakit disaksikan oleh Koordinator/subkoordinator Pelayanan Penunjang, serta oleh Panitia Penerima alat.

c. Pemantauan Fungsi alat/Inspeksi.

Pemeriksaan/Inspeksi alat untuk mengetahui fungsi alat, kinerja alat dan kondisi fisik alat dan aksesoris.

d. Pemeliharaan alat

Pemeliharaan peralatan kesehatan adalah suatu upaya yang dilakukan agar peralatan kesehatan selalu dalam kondisi laik pakai, dapat difungsikan dengan baik untuk menjamin usia pakai lebih lama.

2. Pemeliharaan Preventif

Pemeliharaan preventif atau pencegahan adalah kegiatan pemeliharaan berupa perawatan dengan membersihkan alat yang dilaksanakan setiap hari oleh operator dan kegiatan penyetelan, pelumasan serta pergantian bahan pemeliharaan oleh teknisi rumah sakit. Kartu Pemeliharaan preventif untuk peralatan yang fisiknya besar, Kartu ini digantungkan pada alat :

KARTU PEMELIHARAAN ALAT					
RUANG :					
NAMA ALAT :					
MERK/TYPE :					
N0.	Tanggal	Jenis kegiatan	Keterangan	Paraf	
				Petugas	User

Gambar 6. Kartu Pemeliharaan Alat

Pemeliharaan preventif untuk peralatan yang fisiknya kecil, Kartu ini ditempel pada alat :

RSST

BUKTI PEMELIHARAAN PERALATAN MEDIS
RSUP Dr. SOERADJI TIRTONEGORO

NAMA ALAT : _____

MERK/TYPE : _____

INSPEKSI :

JAN PEB MAR APR
MEI JUN JUL AGT
SEP OKT NOV DES

PEMELIHARAN PREVENTIF :

1 2 3 4

NAMA TEKNISI _____

Gambar 7. Bukti Pemeliharaan Peralatan Medis

3. **Kontrak Servis :**

Pemeliharaan peralatan medis dengan kriteria sebagai berikut :

a. Tingkat kecanggihan alat medik cukup tinggi

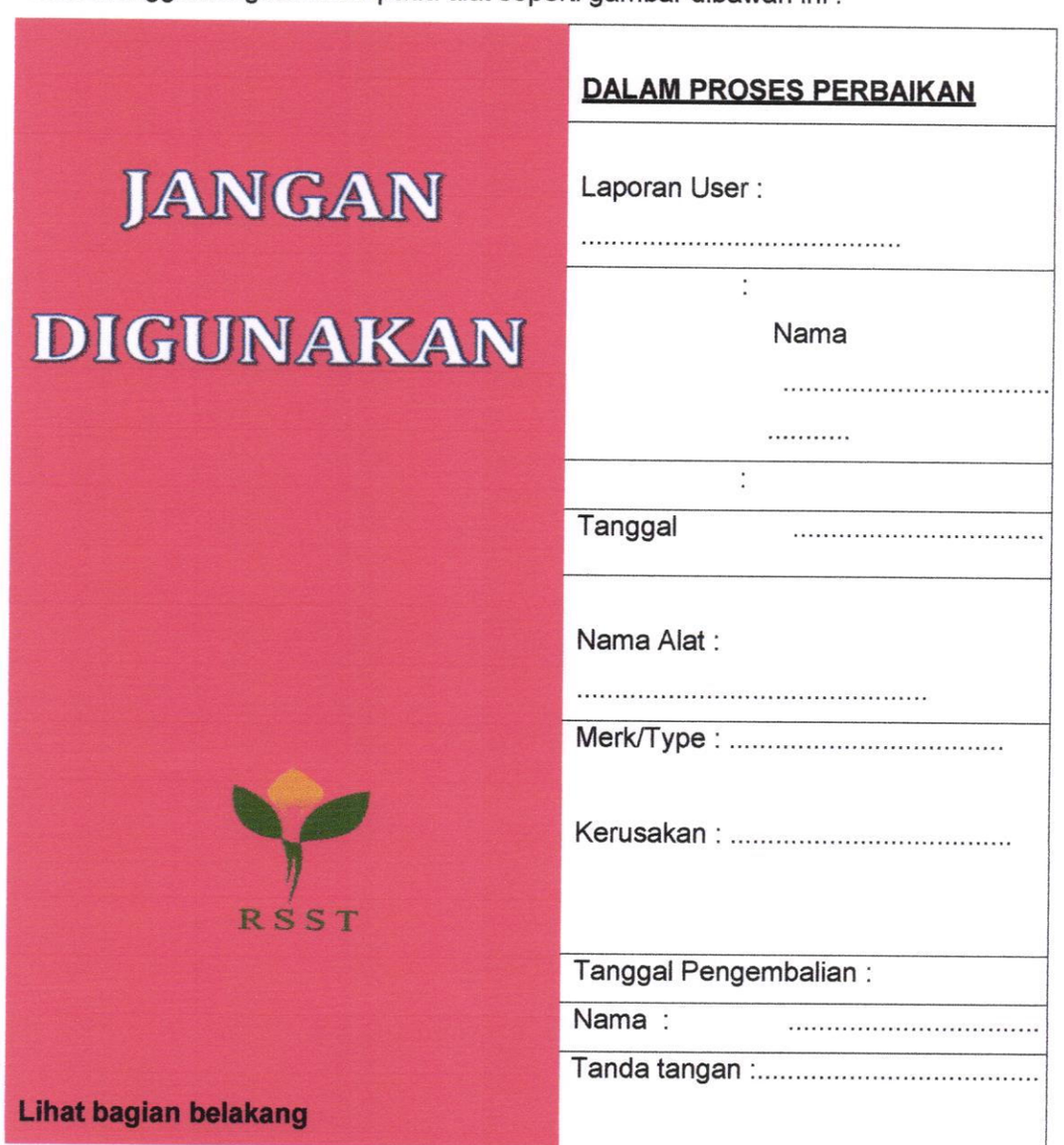
b. Pemeliharaan alat medik memerlukan keahlian khusus

4. **Memerlukan alat khusus untuk pemeliharaan.**

Pemeliharaan dilaksanakan dengan kontrak servis di tangani oleh perusahaan yang mempunyai keagenan alat tersebut

5. **Pemeliharaan Korektif**

Pemeliharaan korekti/Perbaikan adalah kegiatan pemeliharaan yang bersifat perbaikan terhadap peralatan yang mengalami kerusakan dengan atau tanpa penggantian suku cadang. Pemeliharaan korektif yang dilaksanakan oleh tehnisi rumah sakit apabila perbaikan dapat disiasati dan *spare part* tersedia di gudang perlengkapan dan gudang farmasi. Pemeliharaan korektif yang dilaksanakan oleh Pihak III apabila perbaikan peralatan memerlukan biaya untuk penggantian spare part, dan teknisi rumah sakit sebagai pengawas. Selama proses pemeliharaan korektif, teknisi rumah sakit menggantungkan label pada alat seperti gambar dibawah ini :



Gambar 8. LABEL Dalam Proses Perbaikan

6. **Pemeliharaan Peralatan Gas medis**

Pemeliharan preventif dan pemeliharaan korektif pada peralatan gas medis kriterianya sama dengan pemeliharaan peralatan medis.meliputi :

a. Oksigen Sentral
b. Oksigen tabung.
c. Suction Sentral
d. Suction portable
e. Kompresor/ Udara tekan
f. N2O Sentral

7. **Kalibrasi**

Kalibrasi adalah kegiatan peneraan untuk menentukan kebenaran nilai penunjukan alat ukur dan atau bahan ukur. Pengujian adalah keseluruhan tindakan yang meliputi pemeriksaan fisik dan pengukuran untuk membandingkan alat ukur dengan standart untuk satuan yang sesuai guna menetapkan alat ukurnya (sifat metrologik) atau kesalahan pengukuran. Pengujian atau kalibrasi wajib dilakukan terhadap alat kesehatan dengan kriteria :

a. Belum memiliki sertifikat dan tanda lulus pengujian atau kalibrasi.
b. Masa berlaku sertifikat dan tanda lulus pengujian atau kalibrasi telah habis.
c. Diketahui penunjukannya atau keluarannya atau kinerjanya (*performance*) atau keamanannya *(safety)* tidak sesuai lagi, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.
d. Telah mengalami perbaikan, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.
e. Telah dipindahkan bagi yang memerlukan instalasi, walaupun sertifikat dan tanda masih berlaku.

8. **Pelaksana Kalibrasi :**

a. Kalibrasi Internal dilaksanakan oleh teknisi rumah sakit apabila sudah mempunyai peralatan kalibrator sendiri.
b. Untuk pengujian peralatan baru dilakukan oleh pihak penjual/Penyedia alat.
c. Kegiatan pengujian dan kalibrasi tahunan dilakukan oleh instansi penguji dari BPFK (Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan Kem.kes RI) atau perusahaan swasta yang telah mempunyai izin atau rekomendasi dari Dinas Kesehatan/ BPFK untuk dapat melakukan pengujian dan kalibrasi peralatan medis.

C. TAHAPAN DAN WAKTU PELAKSANAAN

1. Pemeliharaan yang dilaksanakan oleh tehnisi rumah sakit dilaksanakan sesuai jadwal.
2. Pemeliharaan dengan kontrak servis dilakukan setiap tahun (CT Scan 1 tahun 4 kali)
3. Kalibrasi peralatan kesehatan dilaksanakan 1 tahun 2 kali (Bulan pebruari dan bulan Agustus). Pada Tahun 2020 kalibrasi dilakukan satu kali dalam satu tahun pada bulan November-Desember karena terkendala dengan adanya pandemi Covid-19.

D. KURUN WAKTU PENCAPAIAN KELUARAN

Diharapkan dalam waktu 1 tahun target pemeliharaan peralatan kesehatan tercapai seratus persen (100%). Pada Tahun 2020 tercapai 80 % karena masa pandemi covid-19.

E. BIAYA YANG DIPERLUKAN

Sesuai dengan rencana anggaran dan biaya (RAB) yang sudah direncanakan/diusulkan pada tahun sebelumnya dengan sumber anggaran BLU. Mekanisme permohonan anggaran pemeliharaan: Sub Instalasi Peralatan medis IPSRS membuat usulan anggaran pemeliharaan tahunan diserahkan kepada Bagian Perencanaan Anggaran kemudian dipresentasikan dalam forum yang terdiri dari: Direktur Umum, SDM dan Pendidikan, Koordinator Perencanaan Anggaran, Koordinator Pelayanan Penunjang dan IPSRS. Usulan anggaran pemeliharaan tahunan dari Sub Instalasi Peralatan medis IPSRS dikaji dan besaran anggaran pemeliharaan peralatan medis ditentukan oleh Koordinator Anggaran kemudian diajukan kepada Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten untuk mendapat persetujuan.

Pemenuhan standar fasilitas fisik oleh RS masih sangat sulit dilakukan dibandingkan standar akreditasi lainnya. Hal ini terjadi karena fasilitas fisik terkait dengan infrastruktur RS sedangkan standar akreditasi lainnya yang notabene bersifat program dapat dikembangkan di Rumah Sakit dengan pelatihan secara terus–menerus. Kurangnya pemahaman mengenai standar–standar manajemen fasilitas dan keselamatan Rumah Sakit berdampak pada kurang efisiennya kinerja rumah sakit.

Fasilitas rumah sakit yang kompleks dan peralatan kedokteran yang canggih semakin memerlukan perencanaan, pengadaan, pengelolaan dan perawatan yang baik agar dapat mendukung pelayanan medis. Kebutuhan tersebut merupakan keniscayaan diperlukannya sumber daya manusia yang tepat dalam pemenuhan standar–standar pada fasilitas dan peralatan di rumah sakit. Selama ini pengelolaan sarana dan prasarana dilakukan oleh unit kerja "Instalasi Pemeliharaan Sarana Prasarana RS (IPSRS) ". Unit kerja inilah yang pada akhirnya memegang peran sentral dalam perencanaan dan pengelolaan sarana dan prasarana rumah sakit dalam pemenuhan standar akreditasi di bidang Manajemen Fasilitas dan Keselamatan di Rumah Sakit.

BAB XII
PENUTUP

Pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat bergantung pada adanya dukungan dari fasilitas (sarana, prasarana dan alat) yang bermutu. Sehingga pengelolaan fasilitas khususnya alat medik dan non medik harus sesuai peraturan dan kaidah yang ada agar dapat selalu dalam kondisi baik dan laik pakai untuk pelayanan sehari-hari. Diharapkan dengan adanya pedoman ini, pengelolaan alat medik dan non medik dapat berada dalam koridor yang benar dan terarah menuju pengelolaan yang profesional dan bertanggung jawab.