

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE (RS SMS)**

**KESIAPAN RS SMS DALAM MENGHADAPI SNARS EDISI 1
PADA STANDAR HAK PASIEN DAN KELURGA TAHUN 2019**



**Oleh:
RINA WAHYU ANDANI
NIM. 101511133089**

**DEPARTEMEN ADMINISTRASI DAN KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2019**

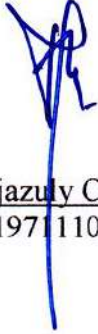
**LEMBAR PENGESAHAN
LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE (RS SMS)**

Disusun Oleh:
RINA WAHYU ANDANI
NIM. 101511133089

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

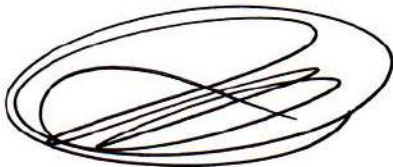
Tanggal ...2 April 2019



Dr. Djazuly Chalidvanto, S.KM, M.ARS
NIP. 1971110819980210001

Pembimbing di RS SMS,

Tanggal ...2 April 2019



dr. Muhlas Udin, M.Kes

Mengetahui,
Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan,

Tanggal ...2 April 2019



Dr. Setya Haksama, drg., M.Kes
NIP. 196509141996011001

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
DAFTAR TABEL.....	iv
DAFTAR GAMBAR	v
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	2
1.2 Tujuan	2
1.3 Manfaat	2
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Rumah Sakit.....	4
2.2 Akreditasi Rumah Sakit	6
2.3 Hak Pasien dan Keluarga (HPK)	10
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	13
3.1 Lokasi Kegiatan Magang	13
3.2 Waktu Kegiatan Magang	13
3.3 Metode Pelaksanaan Magang.....	14
3.4 Teknik Pengumpulan dan Analisis Data	14
3.5 Kerangka Operasional Magang.....	16
3.6 Output Kegiatan Magang	16
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	17
4.1 Gambaran Umum RS SMS	17
4.2 Gambaran Status Akreditasi RS SMS.....	24
4.3 Kesiapan RS SMS dalam Menghadapi Akreditasi 2019 pada Standar HPK....	24
4.4 Rekomendasi	49
BAB V PENUTUP.....	50
5.1 Kesimpulan	50
5.2 Saran.....	51
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 3.1	Timeline Magang di RS SMS	13
Tabel 3.2	Kategori pemenuhan kesiapan akreditasi.....	15
Tabel 4.1	Kesesuaian Misi RS SMS dengan Undang-undang.....	17
Tabel 4.2	Analisis Struktur Organisasi RS SMS.....	20
Tabel 4.3	Kesesuaian Pelayanan RS SMS dengan Permenkes RI No 56 Tahun 2016 ..22	
Tabel 4.4	Kesesuaian SDM RS SMS dengan Permenkes RI No 56 Tahun 2016.....	23
Tabel 4.5	Anggota Kelompok Kerja Hak Pasien dan Keluarga.....	25
Tabel 4.6	Standar HPK 1	27
Tabel 4.7	Standar HPK 1.1.....	27
Tabel 4.8	Standar HPK 1.2.....	28
Tabel 4.9	Standar HPK 1.3.....	29
Tabel 4.10	Standar HPK 1.4.....	30
Tabel 4.11	Standar HPK 2.....	31
Tabel 4.12	Standar HPK 2.1.....	31
Tabel 4.13	Standar HPK 2.2.....	33
Tabel 4.14	Standar HPK 2.3.....	33
Tabel 4.15	Standar HPK 2.4.....	34
Tabel 4.16	Standar HPK 2.5.....	35
Tabel 4.17	Standar HPK 2.6.....	36
Tabel 4.18	Standar HPK 3.....	36
Tabel 4.19	Standar HPK 4.....	37
Tabel 4.20	Standar HPK 5.....	38
Tabel 4.21	Standar HPK 5.1.....	38
Tabel 4.22	Standar HPK 5.2.....	39
Tabel 4.23	Standar HPK 5.3.....	40
Tabel 4.24	Standar HPK 6.....	41
Tabel 4.25	Standar HPK 6.1.....	42
Tabel 4.26	Standar HPK 6.2.....	43
Tabel 4.27	Standar HPK 6.3.....	44
Tabel 4.28	Standar HPK 6.4.....	44
Tabel 4.29	Standar HPK 7.....	45
Tabel 4.30	Standar HPK 8.....	46
Tabel 4.31	Standar HPK 8.1.....	47
Tabel 4.32	Standar HPK 8.2.....	48

DAFTAR GAMBAR

<u>Nomor</u>	<u>Judul Gambar</u>	<u>Halaman</u>
Gambar 3.1	Kerangka Operasional Magang	16
Gambar 4.1	Struktur Organisasi RS SMS	19

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang dijamin dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia tahun 1945 yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang memegang peranan penting dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat adalah rumah sakit. Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU RI, 2009). Berdasarkan data Kementerian Kesehatan, jumlah rumah sakit semakin meningkat sejak tahun 2012 dengan peningkatan rata-rata 5,2% (Trisnanto, 2017). Pertambahan jumlah rumah sakit yang begitu pesat dapat meningkatkan persaingan rumah sakit dalam memberikan pelayanan terbaik yang dibutuhkan masyarakat.

Keberadaan rumah sakit saat ini dalam menyikapi persaingan, juga perlu berusaha meningkatkan produktivitas dengan standar yang ditetapkan (Hendroyogi, 2016). Berdasarkan UU No 44 tahun 2009 pasal 40 bagian ketiga disebutkan bahwa rumah sakit di Indonesia wajib melaksanakan akreditasi dalam upaya peningkatan mutu pelayanan. Akreditasi rumah sakit merupakan sebuah proses penilaian dan penetapan kelayakan rumah sakit berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh lembaga independen akreditasi Kementerian Kesehatan.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sebagai lembaga independen pelaksana akreditasi rumah sakit terus melakukan upaya peningkatan mutu standar akreditasi sehingga menjadi lebih mudah dipahami dan diterapkan oleh rumah sakit di Indonesia. Pada tahun 2017, KARS mereview standar akreditasi versi 2012 dan memperbaiki standar tersebut. Standar tersebut diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 dan diberlakukan mulai tahun 2018. SNARS Edisi 1 merupakan standar pelayanan yang berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit (KARS, 2016).

Rumah Sakit Surabaya Medical Service (RS SMS) merupakan salah satu rumah sakit swasta yang tengah mempersiapkan akreditasi SNARS Edisi 1 di bulan Juli tahun 2019. Salah satu standar akreditasi yang harus dipenuhi rumah sakit adalah standar hak pasien dan keluarga. Hak Pasien dan Keluarga (HPK) sangat penting untuk dipahami baik oleh pihak pasien dan

keluarga maupun rumah sakit agar tidak menyebabkan kejadian salah paham yang berujung pada gugatan kasus malpraktik kepada tenaga kesehatan. Oleh karena itu, penulis ingin mengetahui gambaran kesiapan RS SMS dalam menghadapi akreditasi SNARS Edisi 1 Standar HPK.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Secara umum, tujuan pelaksanaan magang di RS SMS adalah memperoleh pembelajaran, pengalaman ketrampilan, dan wawasan pengetahuan di lapangan mengenai akreditasi rumah sakit.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pelaksanaan magang di RS SMS adalah untuk:

1. Mempelajari gambaran umum RS SMS
2. Mempelajari tim akreditasi pokja HPK RS SMS
3. Mengidentifikasi kesiapan akreditasi RS SMS pada standar HPK
4. Memberikan penilaian berdasarkan penelusuran dokumen standar HPK
5. Memberikan usulan (rekomendasi) dokumen terkait standar HPK

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi RS Surabaya Medical Service

Manfaat yang diperoleh rumah sakit dari kegiatan magang yaitu:

1. Memperoleh masukan mengenai kondisi dan permasalahan yang dihadapi rumah sakit;
2. Menambah sumber daya manusia atau tenaga yang diperlukan untuk membantu tugas rumah sakit dalam rangka penyelenggaraan pembangunan kesehatan;
3. Membantu persiapan rumah sakit dalam menghadapi akreditasi SNARS edisi 1 khususnya pada standar HPK.

1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Manfaat yang diperoleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga adalah dapat menghasilkan lulusan fakultas kesehatan masyarakat yang memiliki *hardskill* dan *softskill* yang baik sehingga mampu menyelesaikan segala permasalahan di bidang kesehatan sebagai salah satu wujud Tri Dharma Perguruan Tinggi.

1.3.3 Bagi mahasiswa

Manfaat bagi mahasiswa adalah sebagai berikut:

1. Mempelajari keselarasan antara materi kuliah yang didapat dengan keadaan nyata di dunia kerja seperti rumah sakit;
2. Menambah pengalaman dalam bekerja dan mengaplikasikan ilmu kesehatan masyarakat terutama di bidang administrasi dan kebijakan kesehatan;
3. Mengembangkan wawasan berpikir, bernalar, menganalisa dan mengantisipasi suatu permasalahan, dengan mengacu pada materi teoritis dari disiplin ilmu yang ditempuh dan mengaitkannya dengan kondisi sesungguhnya;
4. Mahasiswa mempunyai kemampuan untuk mengembangkan ide-ide kreatif dan inovatif dalam menyelesaikan masalah;
5. Menambah pengetahuan terkait akreditasi rumah sakit khususnya pada standar HPK.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Asas dan Tujuan Rumah Sakit

Pasal 2 Undang-undang No 44 Tahun 2009 menjelaskan bahwa rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit tidak lepas dari ketentuan bahwa masyarakat berhak atas kesehatan sebagaimana dirumuskan dalam berbagai ketentuan undang-undang, salah satunya dalam Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. Sementara itu pemerintah memiliki tanggung jawab untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, diantaranya dengan menyediakan fasilitas kesehatan sesuai kebutuhan, dan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan adalah Rumah Sakit.

Adapun tujuan penyelenggaraan Rumah Sakit adalah seperti dirumuskan dalam pasal 3 Undang-Undang kesehatan, dimana disebutkan bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Sedangkan dalam pasal 3 Undang Undang No 44 tahun 2009 penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna (UU RI, 2009). Pelayanan kesehatan paripurna dilaksanakan dengan mengupayakan kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan (kuratif) dan pemeliharaan (rehabilitatif) dengan tetap memadukan upaya promotif dan preventif.

Menurut Undang-Undang No. 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, fungsi rumah sakit adalah:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta pengaplikasian teknologi dalam bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan

2.1.4 Klasifikasi Rumah Sakit

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/Menkes/Per/III/2010, rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan kepemilikan, jenis pelayanan, dan kelas.

a. Berdasarkan kepemilikan

Rumah sakit yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten), rumah sakit BUMN (ABRI), dan rumah sakit yang modalnya dimiliki oleh swasta (BUMS) ataupun Rumah Sakit milik luar negeri (PMA).

b. Berdasarkan Jenis Pelayanan

Yang termasuk ke dalam jenis ini adalah rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit khusus (misalnya rumah sakit jantung, ibu dan anak, rumah sakit mata, dan lain-lain).

c. Berdasarkan Kelas

Rumah sakit berdasarkan kelasnya dibedakan atas rumah sakit kelas A, B (pendidikan dan non-pendidikan), kelas C, kelas D.

1. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialistik luas dan subspecialistik luas.

2. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas.
3. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
4. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar.

2.2 Akreditasi Rumah Sakit

Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia dilaksanakan untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap standar akreditasi. Akreditasi rumah sakit yang sudah mulai dilaksanakan sejak tahun 1995 di Indonesia, selama ini menggunakan standar akreditasi berdasarkan tahun berapa standar tersebut mulai dipergunakan untuk penilaian, sehingga selama ini belum pernah ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia, sedangkan status akreditasi saat ini ada status akreditasi nasional dan status akreditasi internasional, maka di Indonesia perlu ada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Berdasarkan hal tersebut maka standar akreditasi untuk rumah sakit yang mulai diberlakukan pada Januari 2018 ini diberi nama Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 dan disingkat menjadi SNARS Edisi 1. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, merupakan standar akreditasi baru yang bersifat nasional dan diberlakukan secara nasional di Indonesia. Disebut dengan edisi 1, karena di Indonesia baru pertama kali ditetapkan standar nasional untuk akreditasi rumah sakit.

2.2.1 Tujuan Akreditasi Rumah Sakit

Tujuan umum akreditasi rumah sakit adalah untuk mendapatkan gambaran seberapa jauh rumah sakit di Indonesia telah memnuhi berbagai standar yang telah ditentukan, dengan demikian mutu pelayanan rumah sakit dapat dipertanggungjawabkan (Depkes RI, 2000). Adapun tujuan khususnya, yaitu:

- a. memberikan pengakuan dan penghargaan kepada rumah sakit yang telah mencapai tingkat pelayanan kesehatan sesuai standar yang ditetapkan
- b. memberikan jaminan kepada petugas rumah sakit bahwa semua fasilitas, tenaga dan lingkungan yang diperlukan tersedia, sehingga dapat mendukung upaya penyembuhan dan pengobatan pasien dengan sebaik-baiknya
- c. memberikan jaminan dan kepuasan kepada pelanggan dan masyarakat bahwa pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit diselenggarakan sebaik mungkin

2.2.2 Proses Pelaksanaan Akreditasi

Proses akreditasi didasarkan pada hasil evaluasi kepatuhan Rumah Sakit terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi 1. Survei akreditasi dilaksanakan dengan menilai kesesuaian rumah sakit terhadap standar nasional akreditasi rumah sakit edisi 1 melalui proses:

- a. wawancara dengan staf dan pasien serta informasi lisan lainnya;
- b. pengamatan proses penanganan pasien secara langsung;
- c. tinjauan terhadap kebijakan, prosedur, panduan praktik klinis, rekam medis pasien, catatan personel, kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan, dan dokumen lain yang diminta dari rumah sakit;
- d. tinjauan data peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian kinerja dan hasil;
- e. pelaksanaan aktivitas telusur pasien secara individual (yaitu mengevaluasi pengalaman perawatan pasien melalui proses perawatan di rumah sakit); dan
- f. pelaksanaan aktivitas telusur terfokus terhadap sistem atau proses di seluruh organisasi (misalnya, manajemen obat, pengendalian infeksi, limbah dan bahan berbahaya, atau sistem dan proses rawan masalah, berisiko tinggi, bervolume tinggi/rendah lainnya)

Setelah terakreditasi, rumah sakit diharapkan untuk menunjukkan kepatuhan terus menerus terhadap standar di setiap siklus akreditasi. Standar akreditasi diperbarui setiap tiga tahun.

2.2.3 Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1

Standar akreditasi yang dipergunakan mulai 1 Januari 2018 adalah SNARS EDISI 1 yang terdiri dari 16 bab untuk rumah sakit pendidikan dan 15 bab untuk rumah sakit non pendidikan. Standar dikelompokkan menurut fungsi-fungsi yang terkait dengan penyediaan pelayanan bagi pasien; juga dengan upaya menciptakan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, dan dikelola dengan baik. Fungsi-fungsi tersebut tidak hanya berlaku untuk rumah sakit secara keseluruhan tetapi juga untuk setiap unit, departemen, atau layanan yang ada dalam organisasi rumah sakit tersebut. Lewat proses survei dikumpulkan informasi sejauh mana seluruh organisasi mentaati pedoman yang ditentukan oleh standar. Keputusan pemberian akreditasinya didasarkan pada tingkat kepatuhan terhadap standar di seluruh organisasi rumah sakit yang bersangkutan. Pengelompokan Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) Edisi 1 sebagai berikut:

- a. Sasaran Keselamatan Pasien
 - a) Sasaran 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar
 - b) Sasaran 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

- c) Sasaran 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*High Alert Medications*)
 - d) Sasaran 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
 - e) Sasaran 5 : Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
 - f) Sasaran 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh
- b. Standar Pelayanan Berfokus Pasien
- a) Akses ke Rumah Sakit dan Kontinuitas Pelayanan (ARK)
 - b) Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
 - c) Asesmen Pasien (AP)
 - d) Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
 - e) Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
 - f) Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
 - g) Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
- c. Standar Manajemen Rumah Sakit
- a) Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
 - b) Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
 - c) Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
 - d) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
 - e) Kompetensi dan Kewenangan Staf (KKS)
 - f) Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
- d. Program Nasional
- a) Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi
 - b) Menurunkan Angka Kesakitan HIV/AIDS
 - c) Menurunkan Angka Kesakitan TB
 - d) Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
 - e) Pelayanan Geriatri

2.2.4 Persyaratan Akreditasi Rumah Sakit

Terdapat persyaratan untuk mengikuti akreditasi rumah sakit yang ditetapkan oleh KARS. Penilaian Akreditasi SNARS Edisi 1. Persyaratan ini bukan berarti menghambat rumah sakit untuk mengikuti akreditasi, tetapi mendorong rumah sakit untuk mengikuti peraturan dan perundang-undangan, sehingga akreditasi yang dilaksanakan dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat dicapai.

- a. Rumah sakit memenuhi semua persyaratan informasi dan data kepada Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS)
- b. Rumah sakit menyediakan informasi yang lengkap dan akurat kepada KARS selama keseluruhan fase dari proses akreditasi.
- c. Rumah sakit melaporkan bila ada perubahan dari profil rumah sakit (data elektronik) atau informasi yang diberikan kepada KARS saat mengajukan aplikasi survei dalam jangka waktu maksimal 10 hari sebelum waktu survei.
- d. Rumah sakit mengizinkan memberikan akses kepada KARS untuk melakukan monitoring terhadap kepatuhan standar, melakukan verifikasi mutu dan keselamatan atau terhadap laporan dari pihak yang berwenang.
- e. Rumah sakit bersedia menyerahkan data hasil monitoring dari Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota berupa berkas asli atau fotokopi legalisir kepada KARS.
- f. Rumah sakit mengizinkan pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan oleh KARS untuk mengamati proses survei secara langsung. Pejabat KARS atau surveior senior yang ditugaskan wajib menggunakan tanda pengenalan resmi sebagai identitas dan surat tugas dari KARS, termasuk ketika melakukan kunjungan tanpa pemberitahuan kepada rumah sakit sebelumnya.
- g. Rumah sakit bersedia bergabung dalam sistem penilaian perkembangan mutu dengan memberikan hasil pengukuran indikator mutu. Dengan demikian direktur 17 rumah sakit dapat membandingkan capaian indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dengan rumah sakit lain melalui Sismadak KARS.
- h. Rumah sakit wajib menampilkan status akreditasi dengan tepat, program dan pelayanan sesuai dengan tingkatan status akreditasi yang diberikan oleh KARS melalui website atau promosi lainnya.
- i. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan pasien dalam lingkungan yang tidak memiliki risiko atau mengancam keselamatan pasien, kesehatan masyarakat atau keselamatan staf.

2.2.5. Elemen Penilaian SNARS I

Setiap elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D), atau (W) atau (O) atau (S), atau kombinasinya yang berarti sebagai berikut:

(R)= Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit, dan atau program.

(D)= Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen, rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

(O)= Observasi, adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior

(S)= Simulasi, adalah peragaan kegiatan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang diminta oleh surveior.

(W)= Wawancara, adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak, dan lain-lain.

2.3 Hak Pasien dan Keluarga

2.3.1 Pengertian Pasien

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menyebutkan bahwa pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi.

2.3.2 Hak-hak Pasien

Rumah sakit memiliki kewajiban untuk menghormati dan melindungi hak-hak pasien dengan memberlakukan peraturan dan standar rumah sakit, melakukan pelayanan yang berorientasi pada hak dan kepentingan pasien, serta melakukan monitoring dan evaluasi penerapannya. Hak-hak pasien meliputi (Permenkes RI No 69 Tahun 2014):

- a. Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi;
- b. Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional;
- c. Memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi;
- d. Memilih Dokter dan Dokter Gigi serta kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- e. Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada Dokter dan Dokter Gigi lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit;
- f. Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya;

- g. Mendapatkan informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan;
- h. Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh Tenaga Kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya;
- i. Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis;
- j. Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal tersebut tidak mengganggu pasien lainnya;
- k. Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit;
- l. Mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya;
- m. Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianut;
- n. Mendapatkan perlindungan atas rahasia kedokteran termasuk kerahasiaan rekam medik;
- o. Mendapatkan akses terhadap isi rekam medik;
- p. Memberikan persetujuan atau menolak untuk menjadi bagian dalam suatu penelitian kesehatan;
- q. Menyampaikan keluhan atau pengaduan atas pelayanan yang diterima;
- r. Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
- s. Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.

Rumah sakit dalam rangka memenuhi hak pasien untuk menyampaikan keluhan atau pengaduan juga perlu menyediakan unit pelayanan pengaduan. Unit pelayanan pengaduan dilakukan dengan mengumpulkan informasi, klarifikasi dan penyelesaian keluhan pasien atas ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan atau prosedur pelayanan di rumah sakit. Keluhan yang sudah masuk selanjutnya dilanjutkan secara cepat, adil, dan objektif.

2.3.3 Kewajiban Pasien

Selain menerima pelayanan dari rumah sakit, pasien mempunyai kewajiban (Permenkes RI No 69 Tahun 2014):

- a. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- b. Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab;

- c. Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit ;
- d. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
- e. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- f. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- g. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- h. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

Permenkes No 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien tersebut menjelaskan bahwa imbalan poin g merupakan pembayaran atas konsultasi, pemeriksaan medis, tindakan medis dan pelayanan lain yang diterima, yang didasarkan atas itikad baik pasien sesuai dengan jasa yang diterima. Apabila pasien belum dalam memenuhi kewajiban pembayaran, rumah sakit dapat memberikan tenggang waktu sesuai dengan perjanjian antara pasien atau keluarganya.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan Magang dilaksanakan di Rumah Sakit Surabaya Medical Service (RS SMS), yaitu Jalan Kapuas No 2, Keputran, Tegalsari, Kota Surabaya.

3.2 Waktu Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilakukan selama lima minggu, yaitu hari Senin-Jumat mulai tanggal 14 Januari 2019 hingga 15 Februari 2019. Kegiatan magang dilakukan sesuai jam kerja di RS SMS, yaitu pukul 08.00 WIB sampai pukul 16.00 WIB (kecuali hari Selasa dan Rabu sampai pukul 15.00 WIB).

Tabel 3.1 *Timeline* Magang di RS SMS

No	Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Mar
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
1.	Pengusulan Lokasi Magang oleh Mahasiswa													
2.	Evaluasi terhadap usulan lokasi magang dan penyusunan list lokasi magang beserta penentuan dosen pembimbing													
3.	Pembekalan magang departemen													
4.	Penyerahan usulan tempat magang dan pembuatan surat menyurat ke RS SMS													
5.	Penyusunan dan konsultasi proposal magang													
6.	Pengesahan proposal magang													
7.	Perijinan magang ke RS SMS													
8.	Pelaksanaan magang di RS SMS													
9.	Orientasi lingkungan RS SMS													

No	Kegiatan	Desember				Januari				Februari				Mar	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	
10.	Pelaksanaan magang di masing-masing unit														
11	Penyusunan Laporan														
12.	Seminar Magang														

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Metode yang digunakan selama kegiatan magang di RS SMS sebagai berikut:

1. Mendengarkan ceramah

Mahasiswa mendapatkan informasi dari pembimbing lapangan di RS SMS yang disampaikan secara lisan melalui diskusi atau pengarahan langsung.

2. Partisipasi dan observasi

Mahasiswa turut serta melaksanakan pengamatan dan berpartisipasi dalam kegiatan yang dilakukan RS SMS dalam pelaksanaan pemenuhan Hak Pasien dan Keluarga.

3. Wawancara dan diskusi

Mahasiswa melakukan proses tanya jawab dan diskusi terhadap beberapa pihak yang dibutuhkan untuk mendapatkan informasi terkait persiapan akreditasi di RS SMS Surabaya khususnya pada standar Hak Pasien dan Keluarga

4. Telusur dokumen

Mahasiswa melakukan telusur dokumen untuk mendapatkan data sekunder terkait persiapan akreditasi rumah sakit khususnya pada standar Hak Pasien dan Keluarga.

5. Studi literatur

Mahasiswa melakukan kegiatan pembelajaran melalui beberapa sumber referensi (buku teks dan jurnal ilmiah), kebijakan, pedoman, atau peraturan terkait pelaksanaan akreditasi rumah sakit, khususnya pada standar Hak Pasien dan Keluarga.

3.4 Teknik Pengumpulan dan Analisis Data

a. Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang digunakan di RS SMS dilakukan dengan cara :

1. Data primer

Pengumpulan data primer dilakukan dengan wawancara dengan pembimbing instansi maupun pegawai RS SMS yang bersangkutan dengan akreditasi RS khususnya pada standar hak pasien dan keluarga.

2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen seperti profil RS dan dokumen yang berhubungan dengan pemenuhan standar hak pasien dan keluarga seperti kebijakan, pedoman, dan SPO Rumah Sakit.

b. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan memberikan skor pada setiap elemen penilaian. Skor yang diberikan memiliki makna berdasarkan pedoman yaitu 0 (tidak terpenuhi), 5 (terpenuhi sebagian), dan 10 (terpenuhi). Hasil skor kemudian dijumlahkan dan dikategorikan dalam persentase sebagai berikut:

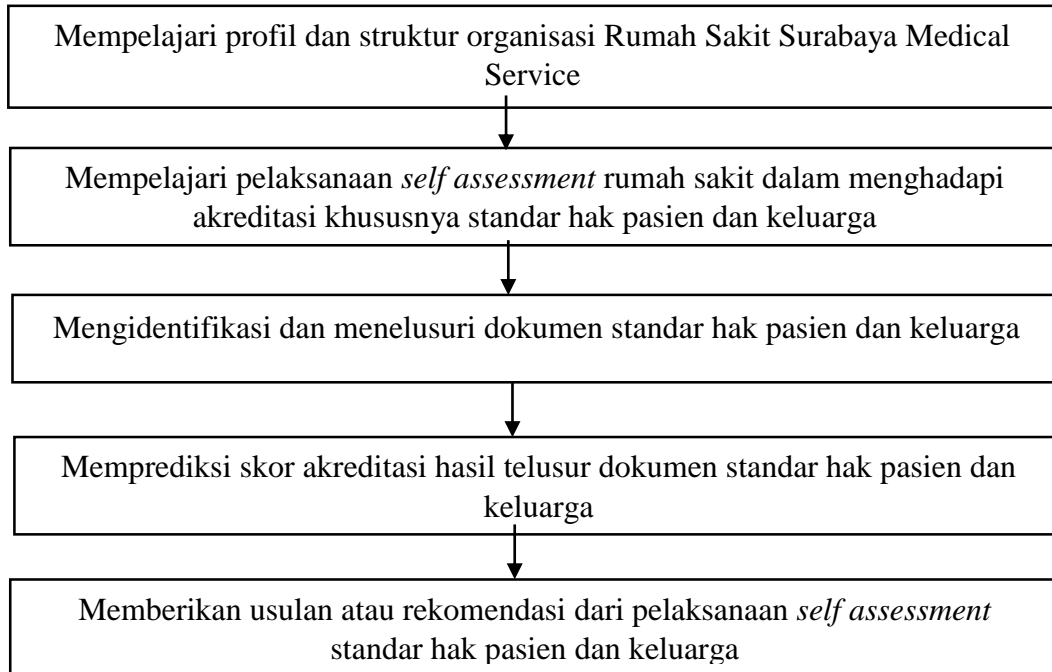
Tabel 2. Kategori Pemenuhan Kesiapan Akreditasi

Nilai	Kategori
<20%	Tidak Terpenuhi
20 – 79%	Terpenuhi sebagian
≥80%	Terpenuhi

Sumber: KARS, 2017

3.5 Kerangka Operasional

Kerangka operasional atau urutan langkah dalam kegiatan magang yang akan dilaksanakan di RS SMS adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Magang

Pembelajaran yang dilakukan selama pelaksanaan magang diawali dengan mempelajari profil dan struktur organisasi RS SMS. Selanjutnya dilakukan pembelajaran mengenai akreditasi rumah sakit terutama pada persiapan akreditasi berupa *self assessment* rumah sakit terhadap standar Hak Pasien dan Keluarga. Kegiatan tersebut dilakukan dengan menelusuri dokumen terkait standar tersebut lalu memberikan skor sesuai kelengkapan dokumen yang ada. Kemudian mahasiswa dapat memberikan usulan atau rekomendasi dari pelaksanaan kegiatan tersebut.

3.6 Output Kegiatan

Output yang akan dihasilkan dari kegiatan magang yaitu saran dan rekomendasi yang diberikan kepada Rumah Sakit Surabaya Medical Service yang dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam pembuatan kebijakan dan pengambilan keputusan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum RS SMS

Rumah Sakit Surabaya Medical Service merupakan rumah sakit yang didirikan oleh Pusat Koperasi Unit Desa (PUSKUD) Jawa Timur. Berdiri pada tanggal 23 Agustus 2003, rumah sakit ini dikelola oleh Yayasan Puja Husada. Lokasi rumah sakit yang terdiri dari 3 lantai ini berada di Jalan Kapuas No 2 Surabaya dengan luas area 1.629 m². Sejak diresmikan beroperasinya pada 17 April 2004 oleh Bapak Surya Dharma Ali, Menteri Negara Koperasi dan UKM RI saat itu, RS SMS telah berkomitmen menjadi penyedia layanan kesehatan paripurna yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat namun tetap mengutamakan mutu pelayanan dengan berdasarkan efisiensi, manusiawi, memuaskan dan informatif sesuai dengan visi dan misi rumah sakit.

4.1.1 Visi, misi, dan motto RS SMS

Visi merupakan gambaran tentang masa depan yang realistis dan ingin diwujudkan dalam kurun waktu tertentu. Visi pada sebuah organisasi merupakan pandangan umum dari cita-cita yang ingin diwujudkan oleh organisasi tersebut atau sebuah pernyataan *want to be* organisasi (Yunus, 2016). Visi RS SMS adalah memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat berstandar Nasional. Visi tersebut didukung dengan misi-misi sebagai berikut:

- a. Senantiasa meningkatkan pelayanan bagi pasien, keluarga, dan stakeholder lainnya
- b. Senantiasa mengembangkan kualitas SDM yang kompeten dan profesional
- c. Meningkatkan kesejahteraan karyawan

Misi merupakan suatu yang dapat menentukan arah sekaligus batasan proses dalam mencapai tujuan (Yunus, 2016). Misi yang dimiliki rumah sakit perlu disesuaikan dengan fungsi rumah sakit yang telah dijabarkan pada pasal 5 Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Berikut merupakan gambaran kesesuaian misi RS SMS dengan undang-undang:

Tabel 4.1 Kesesuaian Misi RS SMS dengan Undang-undang

No	Fungsi RS menurut UU No 44 Tahun 2009	Misi RS SMS
1	Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit	Senantiasa meningkatkan pelayanan bagi pasien, keluarga, dan stakeholder lainnya (misi kesatu)
2	Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis	Senantiasa meningkatkan pelayanan bagi pasien, keluarga, dan stakeholder lainnya (misi kesatu)

No	Fungsi RS menurut UU No 44 Tahun 2009	Misi RS SMS
3	Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan	Senantiasa mengembangkan kualitas SDM yang kompeten dan profesional (misi kedua) Meningkatkan kesejahteraan karyawan (misi ketiga)
4	Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan	Belum menjadi misi RS SMS

Tabel 4.1 merupakan perbandingan antara misi RS SMS dengan fungsi rumah sakit menurut Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Misi RS SMS sudah memenuhi 3 fungsi rumah sakit menurut peraturan tersebut. Satu fungsi yang belum terpenuhi yaitu penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

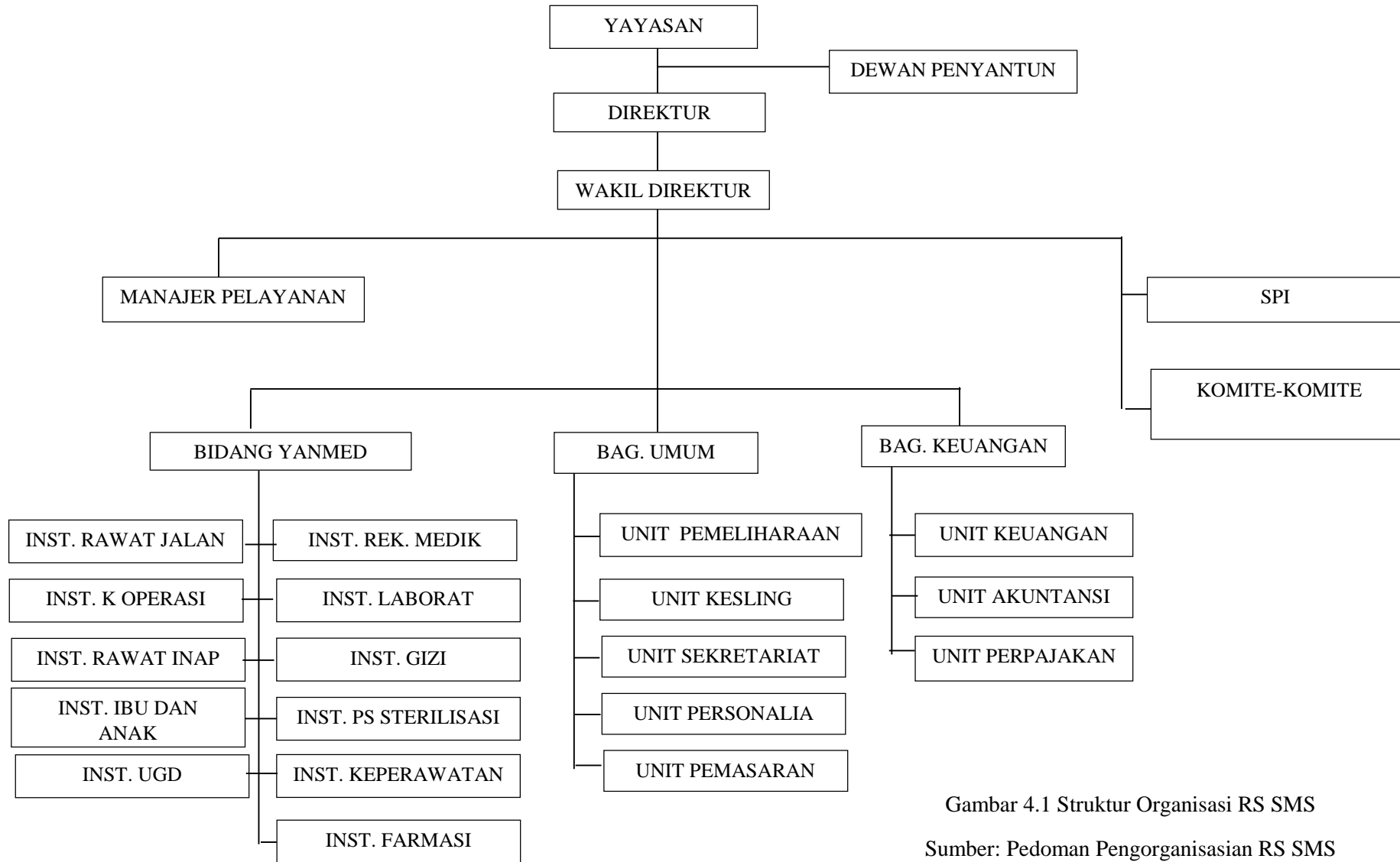
RS SMS juga memiliki sebuah motto. Motto tersebut adalah Melayani dengan SENYUM. SENYUM ini dapat dijabarkan sebagai berikut:

- a. Selalu berdoa sebelum memulai pekerjaan
- b. Nyawa manusia adalah prioritas kami
- c. Urusan pasien lebih utama daripada urusan pribadi
- d. Meningkatkan pengetahuan adalah nafas kehidupan kami

4.1.2 Struktur organisasi RS SMS

Struktur organisasi merupakan sebuah bagan yang menunjukkan hubungan antar bagian atau antar unit dalam suatu organisasi agar terjalin suatu komunikasi untuk kelancaran kegiatan operasional organisasi. Menurut UU No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap organisasi harus memiliki organisasi yang efektif, efisien, dan akuntabel. Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Berikut merupakan struktur organisasi RS SMS:

STRUKTUR ORGANISASI RS SMS TAHUN 2019



Gambar 4.1 Struktur Organisasi RS SMS

Sumber: Pedoman Pengorganisasian RS SMS

Struktur organisasi merupakan suatu representasi dari kewenangan dalam pengambilan keputusan, jalur komando, koordinasi dan supervisi dalam suatu organisasi. Aliran kegiatan atau aktivitas dalam struktur organisasi bergerak dari bawah (level operasional) menuju ke level manajemen organisasi, sedangkan aliran keputusan mengalir dari level manajemen (*top management*) kepada bawahannya di level operasional. Struktur organisasi juga akan memperlihatkan hubungan antar jabatan/bidang kerja dalam proses bisnis organisasi. Struktur organisasi rumah sakit juga diatur dalam Peraturan Presiden No.77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.

Tabel 4.2 Analisis Struktur Organisasi RS SMS

Pedoman Struktur Organisasi menurut Perpres No 77 Tahun 2015		Struktur Organisasi RS SMS	Keterangan
Pasal 6 (1) : Organisasi RS paling sedikit terdiri atas:			
1	Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit	Direktur	Sesuai
2	Unsur Pelayanan Medis	Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, Gawat Darurat	Sesuai
3	Unsur Keperawatan	Instalasi Keperawatan	Sesuai
4	Unsur Penunjang Medis	Laboratorium, Farmasi, Radiologi, Instalasi Gizi, Rekam Medis	Sesuai
5	Unsur Administrasi Umum dan Keuangan	Direktur, Bagian Umum, Bagian Keuangan,	Sesuai
6	Komite Medis	Komite Medik	Sesuai
7	Satuan Pemeriksaan Internal	SPI	Sesuai
Pasal 8 (1): Unsur pelayanan medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah sakit		Unsur pelayanan medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Pelayanan Medis	Kurang sesuai
Pasal 10 (1): Unsur keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit		Unsur keperawatan berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Pelayanan Medis	Kurang sesuai
Pasal 12 (1): Unsur penunjang medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit		Unsur penunjang medis berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Kepala Bagian Pelayanan Medis	Kurang sesuai

Struktur organisasi RS SMS telah memenuhi unsur minimal yang dijelaskan pasal 6 Peraturan Presiden No 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. Terdapat beberapa poin yang tidak sesuai, yaitu unsur pelayanan medis, unsur keperawatan dan unsur penunjang medis berada di bawah tanggung jawab Kepala Bagian Pelayanan Medis dimana pada Pedoman Pengorganisasian RS SMS menjelaskan bahwa Kepala Bagian tersebut bertanggung jawab kepada Wakil Direktur, bukan kepada Kepala RS atau Direktur, sehingga poin tersebut masih kurang sesuai dengan Peraturan Presiden No 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.

4.1.3 Jenis pelayanan dan SDM di RS SMS

RS SMS merupakan rumah sakit umum tipe D yang ditetapkan oleh Dirjen Bina Upaya Kesehatan pada tanggal 21 Februari 2014 berdasarkan Permenkes RI No 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Pelayanan yang diberikan oleh RS SMS antara lain:

a. Pelayanan 24 Jam

RS SMS dalam upaya memberi pelayanan prima sesuai visi dan misi, mendorong penyediaan berbagai fasilitas medik untuk kondisi cito dan regular dengan urgensitas yang tinggi dan siaga dalam 24 jam, diantaranya Intalasi Gawat Darurat (IGD), kamar operasi, persalinan baik normal dan operasi, High Care Unit (HCU), Rawat inap, instalasi farmasi, ambulance dan mobil jenazah.

b. Rawat jalan

c. Rawat inap

d. HCU

e. Laboratorium

f. Fasilitas penunjang: X-Ray, ECG, USG, NST, defibrilator, konsultasi gizi, *ambulance*, instalasi farmasi

g. Ruang pelayanan

h. Fasilitas lain: mushola, area parkir, ruang laktasi, ruang tunggu

i. Paket Event Baksos: paket khitan massal, paket pengobatan gratis, paket *medical check up* dasar.

Berdasarkan Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, terdapat standar minimum pelayanan yang harusnya dipenuhi oleh Rumah Sakit Umum Kelas D, berikut merupakan perbandingan antara standar minimum pelayanan rumah sakit

kelas D berdasarkan Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit dan pelayanan yang diberikan RS SMS:

Tabel 4.3 Kesesuaian Pelayanan RS SMS dengan Permenkes RI No 56 Tahun 2016

No	Pelayanan	Kelas D	Keadaan RS SMS per Februari 2019	Keterangan
A. Pelayanan Medik Umum				
1.	Pelayanan medik dasar	+	Ada	Sesuai
2.	Pelayanan medik gigi mulut	+	Ada	Sesuai
3.	Pelayanan KIA/KB	+	Ada	Sesuai
B. Pelayanan Gawat Darurat				
1.	24 jam & 7 hari seminggu	+	Ada	Sesuai
C. Pelayanan Medik Spesialis Dasar (Untuk Kelas D minimal ada 2 dari 4 Pelayanan Medik Spesialis Dasar)				
1.	Penyakit dalam	+	Ada	Sesuai
2.	Kesehatan anak	+	Ada	Sesuai
3.	Bedah	+	Ada	Sesuai
4.	Obstetri & ginekologi	+	Ada	Sesuai
a. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik				
1.	Radiologi	+	Ada	Sesuai
2.	Patologi Klinik	+	Ada	Sesuai
b. Pelayanan Kefarmasian				
1.	Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan habis pakai	+	Ada	Sesuai
2.	Farmasi klinik	+	Ada	Sesuai
c. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan				
1.	Asuhan keperawatan generalis dan spesialis	+	Ada	Sesuai
2.	Asuhan kebidanan	+	Ada	Sesuai
d. Pelayanan Penunjang Klinik				
1.	Pelayanan bank darah	+	Ada	Sesuai
2.	Perawatan intensif	+	Ada	Sesuai
3.	Gizi	+	Ada	Sesuai
4.	Sterilisasi instrumen	+	Ada	Sesuai
5.	Rekam medik	+	Ada	Sesuai
e. Pelayanan Penunjang Non Klinik				
1.	Laundry/Linen	+	Ada	Sesuai

2.	Jasa boga/dapur	+	Ada	Sesuai
3.	Teknik dan pemeliharaan fasilitas	+	Ada	Sesuai
4.	Pengelolaan limbah	+	Ada	Sesuai
5.	Gudang	+	Ada	Sesuai
6.	Ambulans	+	Ada	Sesuai
7.	Sistem informasi dan komunikasi	+	Ada	Sesuai
8.	Pemulasaran jenazah	+	Ada	Sesuai
9.	Sistem penanggulangan kebakaran	+	Ada	Sesuai
10.	Pengelolaan gas medik	+	Ada	Sesuai
11.	Pengelolaan air bersih	+	Ada	Sesuai

Berdasarkan tabel 4.3 dapat disimpulkan bahwa pelayanan yang ada di RS SMS telah sesuai dengan standar pelayanan minimum yang diatur dalam Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.

Peraturan tersebut juga mengatur standar jumlah SDM yang dibutuhkan oleh Rumah Sakit Umum Kelas D. Berikut merupakan perbandingan antara standar jumlah SDM yang dibutuhkan oleh Rumah Sakit Umum kelas D dengan jumlah SDM yang dimiliki oleh RS SMS per Januari 2019:

Tabel 4.4 Kesesuaian SDM RS SMS dengan Permenkes RI No 56 Tahun 2016

No	Pelayanan	Permenkes RI No 56 Tahun 2016	Keadaan RS SMS per Februari 2019	Ket
A. Pelayanan Medik Dasar				
1.	Dokter Umum	4	5	Sesuai
2.	Dokter Gigi	1	1	Sesuai
B. Pelayanan Medik Spesialis Dasar				
1.	Penyakit dalam	1	1	Sesuai
2.	Kesehatan anak	1	1	Sesuai
3.	Bedah	1	1	Sesuai
4.	Obstetri dan ginekologi	1	2	Sesuai
C. Pelayanan Kefarmasian				
1.	Kepala instalasi farmasi RS	1	1	Sesuai
2.	Apoteker bertugas di rawat jalan dan rawat inap	1	0	Tidak Sesuai
3.	Apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi farmasi	1	0	Tidak Sesuai
D. Tenaga Kesehatan dan petugas lainnya				
1.	Keperawatan (Perawat dan Bidan)	1:1 (2/3 tenaga tetap)	Ada	
2.	Gizi	+	Ada	
3.	Keterampilan Fisik	+	Ada	
4.	Radiografer	+	Ada	

No	Pelayanan	Permenkes RI No 56 Tahun 2016	Keadaan RS SMS per Februari 2019	Ket
5.	Keteknisian Medis	+	Ada	
6.	Rekam Medik	+	Ada	
7.	Petugas IPSRS	+	Ada	
8.	Petugas Pengelola Limbah	+	Ada	
9.	Petugas Kamar Jenazah	+	Ada	

Berdasarkan tabel 4.4 dapat disimpulkan bahwa jumlah SDM di RS SMS belum sepenuhnya sesuai dengan standar SDM yang diatur oleh Permenkes RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Terdapat pemenuhan SDM yang belum sesuai dengan peraturan tersebut, yaitu belum ada apoteker yang bertugas di rawat jalan dan rawat inap maupun apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distributor farmasi.

4.2 Gambaran Status Akreditasi RS SMS

Rumah Sakit Surabaya Medical Service telah lulus akreditasi tingkat dasar Lima Pelayanan tahun 2012. Kemudian pada tahun 2016, RS SMS melaksanakan akreditasi RS versi 2012 dengan 4 standar yang diajukan, yaitu Hak Pasien dan Keluarga (HPK), Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), dan Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS). Hasil pelaksanaan akreditasi tersebut adalah RS SMS mendapat pengakuan Lulus Tingkat Perdana yang berlaku sampai Juli 2019.

4.3 Kesiapan RS SMS dalam Menghadapi Akreditasi 2019 pada Standar Hak Pasien dan Keluarga

Berdasarkan ketentuan yang berlaku, akreditasi diselenggarakan secara berkala paling sedikit setiap 3 tahun sekali. Rumah sakit harus melakukan perpanjangan akreditasi sebelum masa berlaku status akreditasinya berakhir. Berakhinya status akreditasi RS SMS pada bulan Juli 2019 maka RS SMS harus melaksanakan perpanjangan akreditasi sebelum bulan Juli 2019. Menjelang berakhirnya masa berlaku status akreditasi tersebut, RS SMS telah melakukan persiapan akreditasi.

RS SMS merupakan rumah sakit non pendidikan sehingga terdapat 15 bab dari 16 bab yang akan dinilai pada akreditasi 2019. Salah satu standar tersebut adalah Hak Pasien dan Keluarga yang termasuk pada standar pelayanan berfokus pasien. Berikut merupakan kegiatan persiapan yang dilakukan oleh Rumah Sakit dalam menghadapi akreditasi SNAR Edisi 1 pada standar Hak Pasien dan Keluarga.

4.3.1 Pembentukan Tim Akreditasi Rumah Sakit

Pembentukan tim akreditasi rumah sakit bertujuan untuk melakukan percepatan penyelesaian dokumen-dokumen akreditasi rumah sakit. Pembentukan tim akreditasi RS SMS disahkan melalui Keputusan Direktur Rumah Sakit Surabaya Medical Service Nomor:183/SK/DIR/SMS/IX/2018 tentang Perubahan Pertama Keputusan Direktur Rumah Sakit Surabaya Medical Service Nomor 133/SK-DIR/SMS/IX/2016 tentang Pembentukan Tim Akreditasi Versi 2012 dan Sekretariat Akreditasi Rumah Sakit Surabaya Medical Service. Melalui SK direktur tersebut dibentuk 15 kelompok kerja (pokja) akreditasi sesuai dengan 15 standar yang akan dinilai. Salah satu pokja akreditasi tersebut adalah pokja Hak Pasien dan Keluarga. Pokja HPK terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota sebagai berikut:

Tabel 4.5 Anggota Kelompok Kerja Hak Pasien dan Keluarga

Ketua	dr. Ferie Kristanto	Komite Medis
Sekretaris	Natalia Kristina	Staff Keuangan
Anggota	1. Anang Tri Joewarno, S.Sos	Ka Unit Pemasaran/ Humas
	2. Shinta Tri Setyawati, A.Md.PK	Staff BPJS
	3. Siti Arofah, Amd. Kep	Perawat IGD

Pembentukan tim akreditasi harus mempertimbangkan antara isi standar dengan kemampuan yang dimiliki petugas. Anggota yang tergabung dalam pokja tersebut perlu mengetahui dokumen-dokumen dan implementasi yang bersifat mendasar. Menurut Robertus Arian Datusanantyo (2013), pokja HPK akan membantu rumah sakit dalam memberdayakan pasien lewat pengenalan terhadap haknya sampai dengan proses *informed consent* maupun donor dan penelitian. Rumah sakit perlu mempertimbangkan keterlibatan komite medis, rekam medis, perawat, bagian hukum (bila ada) dan bagian diklat bila rumah sakit tersebut menaungi penelitian.

Dari uraian tersebut, dapat kita lihat bahwa susunan anggota pokja HPK pada RS SMS cukup sesuai karena telah melibatkan bagian komite medik, humas, dan perawat. Penambahan anggota dari bagian rekam medis dapat dilakukan untuk meningkatkan kerja tim, karena sebagian besar dokumen HPK berkaitan dengan rekam medis. Sedangkan, penambahan anggota dari bagian diklat tidak diperlukan karena RS SMS tidak menaungi kegiatan penelitian.

Ketua dan anggota pada masing-masing standar bertanggung jawab terhadap pemahaman dan kelengkapan setiap standar masing-masing. Tugas ketua dan anggota berdasarkan SK Direktur tersebut adalah sebagai berikut:

- a. melengkapi dokumen yang diperlukan sesuai persyaratan setiap pelayanan;
- b. mendokumentasikan, mensosialisasikan dan mengarsipkan seluruh dokumen sesuai standar dan parameter setiap pelayanan;
- c. merencanakan, menjadwalkan, melaksanakan kegiatan sesuai rencana, melakukan koordinasi, dan evaluasi pencapaian hasil serta menentukan rencana tindak lanjutnya;
- d. melakukan *self assessment* atau penilaian sesuai Pedoman Akreditasi Rumah Sakit.

4.3.2 Identifikasi Kesiapan Akreditasi RS SMS pada Standar Hak Pasien dan Keluarga

Salah satu persiapan yang dilaksanakan Rumah Sakit adalah kegiatan penilaian mandiri (*self assessment*). Penilaian mandiri (*self assessment*) bertujuan untuk mengukur kesiapan dan kemampuan RS SMS untuk pemenuhan standar akreditasi dalam rangka survei akreditasi. Kegiatan ini dilakukan dengan menggunakan instrumen akreditasi SNARS Edisi 1 sebagai alat ukur yang dipakai oleh KARS untuk menilai rumah sakit dalam memenuhi standar akreditasi yang sudah berlaku mulai tahun 2018.

Pada instrumen akreditasi SNARS I, terdapat elemen penilaian (EP) dari suatu standar yang akan menuntun rumah sakit dalam meninjau dan menilai selama proses *self assessment* atau survei. Pada *self assessment* ini, elemen penilaian dilengkapi dengan (R) atau (D) saja yang berarti sebagai berikut:

(R)= Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit, dan atau program.

(D)= Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen, rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.

Pemberian skor pada *self assessment* berdasarkan ketentuan sebagai berikut:

- a. setiap elemen penilaian diberi skor 0 atau 5 atau 10 sesuai pemenuhan rumah sakit pada elemen penilaian terkait regulasi dan dokumen hak pasien dan keluarga.
- b. nilai dari standar HPK dijumlahkan dan dibagi total nilai penuh
- c. elemen penilaian yang tidak dapat diterapkan (TDD) tidak diberikan skor dan mengurangi jumlah EP

Berikut merupakan hasil identifikasi kesiapan Akreditasi RS SMS pada standar HPK:

1. Standar HPK 1: Ada regulasi bahwa rumah sakit bertanggung jawab dan mendukung hak pasien dan keluarga selama dalam asuhan.

Tabel 4.6 Standar HPK 1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang hak dan kewajiban pasien dan keluarga	Regulasi tentang hak pasien dan keluarga (R)	v		✓ SK Direktur RS SMS No 160 tentang Kebijakan Hak Pasien dan Keluarga ✓ Panduan Hak Pasien dalam Pelayanan	10	Telah mengacu pada UU RI No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
2	Semua staf memperoleh edukasi dan memahami tentang hak serta kewajiban pasien dan keluarga, juga dapat menjelaskan tanggung jawabnya melindungi hak pasien.	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang hak dan kewajiban pasien (D)		v	<input checked="" type="checkbox"/> TOR <input checked="" type="checkbox"/> Undangan <input checked="" type="checkbox"/> Materi Pelatihan <input checked="" type="checkbox"/> Absensi <input checked="" type="checkbox"/> Laporan pelatihan	0	Kelengkapan dokumen pelatihan kurang 20%
Jumlah						10	

2. Standar HPK 1.1: Rumah sakit memberikan asuhan dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien serta merespon permintaan yang berkaitan dengan bimbingan kerohanian.

Tabel 4.7 Standar HPK 1.1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien teridentifikasi	Bukti dalam RM tentang identifikasi agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien	v		RM No 09 tentang Asesmen Awal Keperawatan	10	
2	Staf memberikan asuhan dengan cara menghormati agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien	Bukti pelaksanaan asuhan yang menghormati agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien	v		Formulir RM No 09 tentang Asesmen Awal Keperawatan	10	
3	Rumah sakit menanggapi permintaan kompleks terkait dukungan agama atau bimbingan kerohanian	Bukti kerjasama dengan rohaniawan	v		Mou dengan Lembaga Keagamaan	10	Berupa surat pernyataan kesediaan permintaan doa

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
							ataupun kerjasama bimbingan keagamaan bagi pasien
		Bukti permintaan pelayanan rohani	v		Formulir FM No 07 tentang Pelayanan Kerohanian		
		Bukti pelaksanaan pelayanan rohani	v		SPO No 385 tentang Pelayanan Kerohanian		Terdapat prosedur pelaksanaan pelayanan rohani
Jumlah						30	

3. Standar HPK 1.2: Informasi tentang pasien adalah rahasia dan rumah sakit diminta menjaga kerahasiaan informasi pasien serta menghormati kebutuhan privasinya.

Tabel 4.8 Standar HPK 1.2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang kewajiban simpan rahasia pasien dan menghormati kebutuhan privasi pasien	Regulasi tentang wajib simpan rahasia pasien dan menghormati kebutuhan privasi pasien	v		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peraturan Direktur RS SMS No 163/PER-DIR/SMS/II/2015 ✓ Panduan Perlindungan Privasi ✓ SPO Perlindungan Privasi Pasien No 328/01/V/2015 	10	
2	Ada bukti pasien diberitahu bahwa segala informasi tentang kesehatan pasien adalah rahasia dan kerahasiaan itu akan dijaga sesuai peraturan perundang- undangan.	Bukti pelaksanaan tentang penjelasan kerahasiaan informasi kesehatan pasien	v		Formulir RM No 01 Persetujuan Umum	10	Terdapat lampiran hak dan kewajiban pasien pada lembar persetujuan umum

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
3	Pasien diminta persetujuannya untuk pelepasan informasi yang tidak tercakup dalam peraturan perundang-undangan.	Bukti pelaksanaan permintaan persetujuan pelepasan informasi kepada pihak luar oleh pasien misalnya: asuransi, BPJS, perusahaan, Dinas Kesehatan	v		Formulir RM No 01 Persetujuan Umum	10	
4	Rumah sakit menghormati kerahasiaan informasi kesehatan pasien	Bukti pelaksanaan tentang wajib simpan rahasia pasien	v		SPO No 328 tentang Perlindungan Privasi Pasien	5	Terdapat prosedur pelaksanaan wajib simpan rahasia pasien
		Bukti sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien		v			
5	Staf mengidentifikasi harapan dan kebutuhan privasi selama pelayanan dan pengobatan.	Bukti pelaksanaan identifikasi harapan dan kebutuhan privasi	v		Formulir FM No 06 tentang Permintaan Privasi Pasien	10	
Jumlah						45	

4. Standar HPK 1.3: Rumah sakit menetapkan ketentuan untuk melindungi harta benda milik pasien dari kehilangan atau pencurian.

Tabel 4.9 Standar HPK 1.3

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang penyimpanan barang milik pasien yang dititipkan dan barang milik pasien dimana pasiennya tidak dapat menjaga hartanya. Rumah sakit memastikan barang tersebut aman dan menetapkan tingkat tanggung jawabnya atas barang milik pasien tersebut	Regulasi tentang penitipan barang milik pasien	v		✓ Peraturan Direktur RS SMS No 164 tentang Perlindungan Harta Benda Milik Pasien ✓ Panduan Perlindungan Harta Benda Milik Pasien	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
					✓ SPO Perlindungan Harta Benda Milik Pasien		
2	Pasien menerima informasi tentang tanggung jawab rumah sakit dalam menjaga barang milik pasien	Bukti pemberian informasi tentang tanggung jawab RS dalam menjaga barang milik pasien	v		Formulir RM-01 tentang Persetujuan Umum	10	
		Bukti pelaksanaan penitipan barang pasien	v		Formulir Penyimpanan Barang Berharga Milik Pasien		
Jumlah						20	

5. Standar HPK 1.4: Pasien yang rentan terhadap kekerasan fisik dan kelompok pasien yang berisiko diidentifikasi dan dilindungi.

Tabel 4.10 Standar HPK 1.4

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melakukan identifikasi populasi pasien yang rentan terhadap risiko kekerasan dan melindungi semua pasien dari kekerasan	Regulasi tentang identifikasi dan melindungi populasi pasien yang rentan terhadap risiko kekerasan	v		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Peraturan Direktur No 161 tentang Perlindungan terhadap Kekerasan Fisik ✓ Panduan Perlindungan terhadap Kekerasan Fisik ✓ SPO Perlindungan terhadap Kekerasan Fisik 	10	
2	Staf rumah sakit memahami peran mereka dalam tanggung jawabnya dalam melaksanakan proses perlindungan.	Bukti pelaksanaan proses perlindungan	v		✓ Daftar pasien Resiko Tinggi dalam Pelayanan (Identifikasi)	10	Pemasangan CCTV

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
					✓ Identitas Pengunjung		
Jumlah						20	

6. Standar HPK 2: Rumah sakit menetapkan regulasi dan proses untuk mendukung partisipasi pasien dan keluarga di dalam proses asuhan.

Tabel 4.11 Standar HPK 2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang rumah sakit mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan <i>second opinion</i> tanpa rasa khawatir akan mempengaruhi proses asuhannya	Regulasi tentang mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan	v		✓ Panduan dan SPO tentang <i>Second Opinion</i>	10	
2	Staf dilatih dan terlatih melaksanakan regulasi dan perannya dalam mendukung hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses pelayanannya	Bukti pelaksanaan pelatihan untuk mendukung hak pasien dan keluarga termasuk pelaksanaan <i>second opinion</i>		v	<input checked="" type="checkbox"/> TOR <input checked="" type="checkbox"/> Undangan <input checked="" type="checkbox"/> Materi Pelatihan <input checked="" type="checkbox"/> Absensi <input checked="" type="checkbox"/> Laporan pelatihan	0	Belum dilaksanakan
Jumlah						10	

7. Standar HPK 2.1: Pasien diberitahu tentang semua aspek asuhan medis dan tindakan.

Tabel 4.12 Standar HPK 2.1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti,	Regulasi tentang pemberian informasi semua aspek asuhan	v		SPO No 260 tentang Pemberian Hak Pasien dalam Pelayanan	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
	rencana asuhan dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan serta diberitahu tentang hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga.	dan tindakan medis serta DPJP dan PPA yang memberi asuhan					
2	Pasien diberi informasi tentang kondisi medis mereka dan diagnosis pasti	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang kondisi medis dan diagnosis pasti	v		Formulir RM tentang Pemberian Informasi Diagnosa	10	
3	Pasien diberi informasi tentang rencana asuhan dan tindakan yang akan dilakukan dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang rencana asuhan dan tindakan yang akan dilakukan	v		Formulir RM tentang Asuhan Keperawatan	10	
4	Pasien diberi tahu bilamana "persetujuan tindakan" (<i>informed consent</i>) diperlukan dan bagaimana proses memberikan persetujuan	Bukti pelaksanaan pemberian informasi bila diperlukan persetujuan kedokteran	v		Formulir RM No 04 tentang Persetujuan Tindakan Medik	10	
5	Pasien dijelaskan dan memahami tentang hasil yang diharapkan dari proses asuhan dan pengobatan	Bukti pelaksanaan pemberian penjelasan tentang hasil dan proses asuhan/pengobatan	v		Formulir RM tentang Pemberian Informasi Diagnosa	10	
6	Pasien dijelaskan dan memahami bila terjadi kemungkinan hasil yang tidak terduga	Bukti pelaksanaan pemberian penjelasan tentang hasil yang tidak terduga.	v		Formulir RM tentang Pemberian Informasi Diagnosa	10	
Jumlah						60	

8. Standar HPK 2.2: Pasien dan keluarga menerima informasi tentang penyakit, rencana tindakan, dan DPJP serta para PPA lainnya agar mereka dapat memutuskan tentang asuhannya. Anggota staf menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga. Informasi yang diberikan memuat elemen:

- a) diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dan dasar diagnosis
- b) kondisi pasien
- c) tindakan yang diusulkan
- d) tata cara dan tujuan tindakan
- e) manfaat dan risiko tindakan
- f) nama orang mengerjakan tindakan
- g) kemungkinan alternatif dari tindakan
- h) prognosis dari tindakan
- i) kemungkinan hasil yang tidak terduga
- j) kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan

Tabel 4.13 Standar HPK 2.2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang mengatur pelaksanaan proses untuk menjawab pertanyaan informasi kompetensi dan kewenangan dari PPA	Regulasi tentang proses untuk menjawab pertanyaan kompetensi dan kewenangan PPA		v		0	
2	Pasien diberi informasi tentang elemen a) sampai j) yang relevan dengan kondisi dan rencana tindakan	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang a) sampai j) yang relevan dengan kondisi pasien dan rencana tindakan	v		Formulir RM tentang Pemberian Informasi Diagnosa	10	
Jumlah						10	

9. Standar HPK 2.3: Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarganya tentang hak dan tanggung jawab mereka yang berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan.

Tabel 4.14 Standar HPK 2.3

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak	Bukti formulir tentang penolakan/tidak melanjutkan pengobatan	v		Formulir RM No 05 tentang Penolakan Tindakan Medis	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
	mereka untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.	Bukti formulir tentang tidak melanjutkan perawatan	v		Formulir RM No 05 tentang Penolakan Tindakan Medis		
		Bukti pelaksanaan edukasi tentang hak untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan	v		Formulir RM No 05 tentang Penolakan Tindakan Medis		
2	Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang konsekuensi dari keputusan mereka	Bukti pelaksanaan edukasi tentang konsekuensi dari keputusan mereka	v			10	
3	Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut.	Bukti pelaksanaan edukasi tentang tanggung jawab mereka berkaitan dengan keputusan tersebut	v			10	
4	Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan	Bukti pelaksanaan edukasi tentang alternatif pelayanan dan pengobatan	v			10	
Jumlah						40	

10. Standar HPK 2.4: Rumah sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar (*do not resuscitate/DNR*).

Tabel 4.15 Standar HPK 2.4

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi rumah sakit pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar sesuai peraturan perundang-undangan,	Regulasi tentang pasien yang menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar	v		<ul style="list-style-type: none"> ✓ SPO Penolakan Resusitasi ✓ Panduan DNR 	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
	norma agama dan budaya masyarakat						
2	Pelaksanaan sesuai dengan regulasi tersebut.	Bukti pelaksanaan pasien yang menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar	v		Formulir FM 03 tentang Formulir Penolakan Resusitasi	10	
Jumlah						20	

11. Standar HPK 2.5: Rumah sakit mendukung hak pasien terhadap asesmen dan manajemen nyeri yang tepat

Tabel 4.16 Standar HPK 2.5

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang asesmen dan manajemen nyeri.	Regulasi tentang asesmen dan manajemen nyeri	v		✓ SPO Asesmen Nyeri ✓ Panduan Manajemen Nyeri	10	
2	Rumah sakit menghormati dan mendukung hak pasien dengan melakukan asesmen dan manajemen nyeri yang sesuai	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen dan manajemen nyeri	v		Formulir RM No 10 tentang Asesmen Awal Nyeri	10	
3	Staf rumah sakit memahami pengaruh pribadi, budaya, sosial dan spiritual tentang hak pasien untuk melaporkan rasa nyeri, serta asesmen dan manajemen nyeri secara akurat.	Bukti dalam rekam medis tentang laporan rasa nyeri oleh pasien beserta asesmen dan manajemen nyeri	v		Formulir RM No 11 tentang Asesmen Ulang Nyeri	10	
Jumlah						30	

12. Standar HPK 2.6: Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya.

Tabel 4.17 Standar HPK 2.6

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang pelayanan pasien pada akhir kehidupan	Regulasi tentang pelayanan pasien pada akhir kehidupan	v		✓ Panduan Pelayanan Pasien tahap terminal ✓ SPO Pelayanan Pasien Tahap Terminal	10	
2	Rumah sakit mengakui dan mengidentifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan yang unik.	Bukti dalam rekam medis tentang identifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik		v		0	
3	Staf rumah sakit menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian, memiliki kebutuhan yang unik dalam proses asuhan dan didokumentasikan	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik		v		0	
Jumlah						10	

13. Standar HPK 3: Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang adanya proses untuk menerima, menanggapi dan menindaklanjuti bila ada pasien menyampaikan keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien. Rumah sakit juga menginformasikan tentang hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses ini.

Tabel 4.18 Standar HPK 3

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang mendukung konsistensi pelayanan dalam menghadapi keluhan, konflik atau beda pendapat	Regulasi tentang penanganan pengaduan pasien/keluarga	v		Panduan Penyelesaian Keluhan SPO Penyelesaian Keluhan	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
2	Pasien diberitahu tentang proses menyampaikan keluhan, konflik atau perbedaan pendapat.	Bukti pelaksanaan pemberitahuan proses menyampaikan keluhan (leaflet, kotak pengaduan dll)	v			10	Terdapat kotak pengaduan dan informasi tata cara pengaduan dengan info <i>contact person</i>
3	Keluhan, konflik dan perbedaan pendapat ditelaah dan ditindaklanjuti oleh rumah sakit serta didokumentasikan.	Bukti pelaksanaan tentang telaah dan tindak lanjut pengaduan	v		Formulir FM No 10 tentang Rekapitulasi penerimaan keluhan/ pengaduan masyarakat	10	
4	Pasien dan atau keluarga pasien ikut serta dalam proses penyelesaian.	Bukti tentang keikutsertaan pasien dan atau keluarga dalam proses penyelesaian	v		SPO Penyelesaian Keluhan	10	
Jumlah						40	

14. Standar HPK 4: Semua pasien diberi tahu tentang hak dan kewajiban dengan metode dan bahasa yang mudah dimengerti.

Tabel 4.19 Standar HPK 4

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi bahwa setiap pasien dan keluarga mendapatkan informasi tentang hak dan kewajiban pasien	Regulasi tentang pemberian informasi mengenai hak pasien dan keluarga kepada setiap pasien	v		Panduan Pemberian Informasi Hak Pasien dalam Pelayanan	10	
2	Ada bukti bahwa informasi tentang hak serta kewajiban pasien diberikan tertulis kepada pasien, terpampang, atau tersedia sepanjang waktu.	Bukti materi tentang hak dan kewajiban pasien	v		Formulir Persetujuan Umum	10	Selain itu, juga terpampang pada beberapa tempat
Jumlah						20	

15. Standar HPK 5: Pada saat pasien diterima waktu mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap, diminta menandatangani persetujuan umum (*general consent*), persetujuan umum (*general consent*) harus menjelaskan cakupan dan batasannya.

Tabel 4.20 Standar HPK 5

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien diluar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) tersendiri.	Regulasi tentang <i>general consent</i>	v		✓ Panduan Persetujuan Umum ✓ SPO No 384 tentang Persetujuan Umum	10	
2	Persetujuan umum (<i>general consent</i>) diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap	Bukti pelaksanaan tentang persetujuan umum	v		Formulir Persetujuan Umum	10	
3	Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca dan kemudian menandatangani persetujuan umum (<i>general consent</i>).	Bukti materi tentang <i>general consent</i> yang sudah ditandatangani	v			10	
Jumlah						30	

16. Standar HPK 5.1: Rumah sakit menetapkan regulasi pelaksanaan persetujuan khusus (*informed consent*) oleh DPJP dan dapat dibantu oleh staf yang terlatih dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai peraturan perundang-undangan.

Tabel 4.21 Standar HPK 5.1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang dijabarkan dengan jelas mengenai persetujuan khusus (<i>informed consent</i>).	Regulasi tentang persetujuan khusus/persetujuan tindakan kedokteran (<i>informed consent</i>)	v		Panduan dan SPO tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
2	DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih.	Bukti pemberian informasi tindakan kedokteran yang akan dilakukan baik secara lisan maupun tertulis	v		SPO No 382 tentang DPJP Formulir RM No 4 tentang Persetujuan Tindakan Medis	10	
3	Pasien memahami informasi tentang tindakan yang memerlukan persetujuan khusus (informed consent) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus (informed consent) tersebut	Bukti pelaksanaan pemberian informasi	v		Formulir RM No 4 tentang Persetujuan Tindakan Medis	10	
		Bukti penolakan/persetujuan	v		✓ Formulir RM No 04 tentang Persetujuan Tindakan Medis ✓ Formulir RM No 05 tentang Penolakan Tindakan Medis		
Jumlah						30	

17. Standar HPK 5.2

Persetujuan khusus (*informed consent*) diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur serta pengobatan lain dengan risiko tinggi yang ditetapkan oleh regulasi rumah sakit.

Tabel 4.22 Standar HPK 5.2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya	Regulasi tentang memperoleh <i>informed consent</i>	v		Panduan Persetujuan Tindakan Medis	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
2	Ada bukti pelaksanaan tentang persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi	Bukti pelaksanaan tentang <i>informed consent</i> sebelum operasi /prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi	v		Formulir RM No 04 tentang Persetujuan Tindakan Medis	10	
3	Rumah sakit menyusun daftar semua pengobatan / tindakan / prosedur yang memerlukan persetujuan khusus (<i>informed consent</i>).	Bukti daftar pengobatan/ tindakan/prosedur yang memerlukan <i>informed consent</i>	v		Panduan Persetujuan Tindakan Medis	10	
4	Identitas DPJP dan orang yang membantu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dicatat di rekam medik pasien.	Bukti dalam rekam medis tentang identitas staf medis dan staf yang membantu memberikan informasi dalam <i>informed consent</i>	v		Formulir RM No 04 tentang Persetujuan Tindakan Medis	10	
Jumlah						40	

18. Standar HPK 5.3: Rumah sakit menetapkan proses, dalam konteks peraturan perundang-undangan, siapa pengganti pasien yang dapat memberikan persetujuan dalam persetujuan khusus (*informed consent*) bila pasien tidak kompeten.

Tabel 4.23 Standar HPK 5.3

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang menetapkan proses dan siapa yang menandatangani persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) bila pasien tidak kompeten.	Regulasi tentang penetapan individu yang tanda tangan pada <i>informed consent</i> bila pasien tidak kompeten	v		Panduan Persetujuan Tindakan Medis	10	

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
2	Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses, apabila orang lain yang memberi persetujuan khusus (informed consent).	Bukti pelaksanaan proses persetujuan bila pasien tidak kompeten tanda tangan pada <i>informed consent</i>	v		Formulir RM No 04 Persetujuan Tindakan Medis	10	
3	Nama orang yang menggantikan pemberi persetujuan dalam persetujuan khusus (informed consent) sesuai peraturan perundang-undangan, tercatat di rekam medik.	Bukti dalam rekam medis tentang pencatuman nama orang yang menggantikan pemberian persetujuan bila pasien tidak kompeten	v		Formulir RM No 04 Persetujuan Tindakan Medis	10	
Jumlah						30	

19. Standar HPK 6: Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek penelitian.

Tabel 4.24 Standar HPK 6

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang menetapkan dimana pimpinan rumah sakit bertanggung jawab atas perlindungan terhadap pasien yang menjadi subyek peserta penelitian, dan mempromosikan kode etik dan perilaku professional serta mendorong kepatuhan terhadap kode etik profesi dan perilaku professional termasuk dalam penelitian serta menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian berjalan dengan efektif	Regulasi tentang tanggung jawab pimpinan RS dalam perlindungan terhadap pasien yang digunakan sebagai subyek penelitian/uji klinis					
2	Pimpinan rumah sakit, secara lisan dan tertulis, mengkomunikasikan ke seluruh staf rumah sakit mengenai komitmen mereka untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek peserta penelitian dan mendukung	Bukti pelaksanaan penyampaian informasi tentang regulasi pada HPK 6 EP 1					

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
	perilaku yang sesuai dengan kode etik profesi/penelitian						
3	Pimpinan rumah sakit menentukan komite yang bertanggung jawab atas kesinambungan perkembangan dan kepatuhan terhadap semua peraturan perundang-undangan serta regulasi rumah sakit tentang penelitian yang menggunakan manusia sebagai subyek		Bukti penetapan Komite Etik Penelitian disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenangnya.				

20. Standar HPK 6.1: Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek penelitian.

Tabel 4.25 Standar HPK 6.1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi dimana pimpinan rumah sakit bersama komite memahami dan menyusun mekanisme untuk memastikan ketaatan terhadap semua peraturan perundang-undangan dan persyaratan profesi yang berkaitan dengan penelitian.		Regulasi tentang mekanisme penelitian yang memastikan ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan dan syarat profesi dalam penelitian				
2	Pimpinan rumah sakit dan komite memiliki proses penyusunan anggaran untuk menyediakan sumber daya yang adekuat agar program penelitian berjalan efektif.		Bukti tentang tersedianya anggaran yang adekuat untuk program penelitian				
3	Pimpinan rumah sakit menyediakan atau memastikan terdapat jaminan asuransi yang adekuat untuk menanggung pasien yang berpartisipasi dalam uji klinis yang mengalami kejadian yang tidak diharapkan (<i>adverse event</i>).		Bukti jaminan asuransi yang adekuat bagi pasien bila terjadi KTD				

21. Standar HPK 6.2: Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian / uji klinis (*clinical trial*) yang melibatkan manusia sebagai subjek.

Tabel 4.26 Standar HPK 6.2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang mengarahkan informasi dan proses pengambilan keputusan untuk penelitian / uji klinis (<i>clinical trial</i>), serta pasien dan keluarganya yang tepat diidentifikasi dan diberi informasi tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian / uji klinis (<i>clinical trial</i>) yang relevan dengan kebutuhan pengobatan mereka	Regulasi tentang proses pemberian informasi dan pengambilan keputusan untuk penelitian klinis					
2	Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang manfaat yang diharapkan	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang manfaat yang diharapkan dari penelitian					
3	Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberikan penjelasan tentang potensi ketidaknyamanan dan risiko	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang potensi ketidaknyamanan dan risiko					
4	Pasien yang diminta untuk berpartisipasi diberi penjelasan tentang alternatif yang dapat menolong mereka	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang alternatif yang dapat menolong mereka					
5	Pasien yang diminta untuk berpartisipasi, kepadanya diberikan penjelasan tentang prosedur yang harus diikuti.	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang prosedur yang harus diikuti					
6	Pasien diyakinkan bahwa penolakan untuk berpartisipasi atau pengunduran diri dari partisipasi tidak mempengaruhi akses mereka terhadap pelayanan rumah sakit	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang penolakan/pengunduran diri tidak mempengaruhi akses terhadap pelayanan rumah sakit					

22. Standar HPK 6.3: Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana pasien yang ikut berpartisipasi dalam penelitian/ uji klinis (*clinical trial*) mendapatkan perlindungan.

Tabel 4.27 Standar HPK 6.3

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah Sakit untuk menelaah protokol penelitian	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang protokol penelitian					
2	Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk menimbang manfaat dan risiko bagi peserta.	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang manfaat dan risiko penelitian					
3	Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mendapatkan persetujuan	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang pemberian persetujuan penelitian					
4	Pasien dan keluarganya diberikan penjelasan tentang prosedur rumah sakit untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan.	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang proses pengunduran diri dari keikutsertaan dalam penelitian					

23. Standar HPK 6.4: Persetujuan khusus (*informed consent*) penelitian diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian / uji klinis (*clinical trial*).

Tabel 4.28 Standar HPK 6.4

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi tentang persetujuan yang didokumentasikan dalam rekam medis pasien disertai tanda tangan persetujuan.	Regulasi tentang <i>informed consent</i> penelitian					

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
2	Persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) penelitian diperoleh saat pasien memutuskan ikut serta dalam penelitian / uji klinis (<i>clinical trial</i>)	Bukti (<i>informed consent</i>) penelitian					
3	Keputusan persetujuan khusus (<i>informed consent</i>) penelitian didokumentasikan sesuai peraturan perundang-undangan	Bukti <i>informed consent</i> penelitian					
4	Identitas petugas yang memberikan penjelasan untuk mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.	Bukti dalam rekam medis tentang nama staf yang memberi penjelasan <i>informed consent</i> penelitian					

24. Standar HPK 7: Rumah sakit mempunyai sebuah komite etik penelitian untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian dirumah sakit tersebut yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya.

Tabel 4.29 Standar HPK 7

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada komite atau mekanisme lain yang ditetapkan oleh rumah sakit yang melibatkan perwakilan masyarakat untuk mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit, termasuk suatu pernyataan yang jelas mengenai maksud dari pengawasan kegiatan	Regulasi tentang komite untuk mengawasi seluruh kegiatan penelitian di rumah sakit					
2	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup penelaahan prosedur.	Bukti pelaksanaan pengawasan penelaahan prosedur penelitian: 1) Bukti pelaksanaan pengawasan penelitian secara menyeluruh 2) Bukti pelaksanaan penelaahan prosedur					

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
3	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subyek.	Bukti pelaksanaan pengawasan risiko dan manfaat yang relatif bagi subjek pada perencanaan dan pelaksanaan penelitian					
4	Kegiatan pengawasan tersebut mencakup prosedur menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian.	Bukti pelaksanaan pengawasan menjaga kerahasiaan dan keamanan informasi penelitian					
5	Kegiatan meliputi pengawasan saat pelaksanaan penelitian	Bukti pelaksanaan supervisi pelaksanaan penelitian: 1) Bukti form ceklis 2) Bukti pelaksanaan supervisi					

25. Standar HPK 8: Rumah sakit memberi informasi pada pasien dan keluarga tentang bagaimana memilih untuk mendonorkan organ dan jaringan lainnya.

Tabel 4.30 Standar HPK 8

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang mendukung pasien dan keluarga untuk memberikan donasi organ atau jaringan lain sesuai peraturan perundang-undangan	Regulasi tentang donasi dan transplantasi organ atau jaringan lain sesuai peraturan perundang-undangan, agama serta nilai budaya setempat yang meliputi: 1) proses mendorong keluarga untuk mendonasikan organ/ jaringan lain 2) pengawasan donasi dan transplantasi organ/jaringan lain 3) proses mendapatkan persetujuan					
2	Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang proses donasi sesuai regulasi.	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang proses donasi					
3	Rumah sakit memberi informasi kepada pasien dan keluarga tentang	Bukti pelaksanaan pemberian informasi tentang organisasi penyediaan organ					

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
	organisasi penyediaan organ sesuai regulasi.						
4	Rumah sakit memastikan terselenggaranya pengawasan yang cukup untuk mencegah pasien merasa dipaksa untuk donasi sesuai regulasi.	Bukti pengawasan pelaksanaan donasi organ tanpa pemaksaan: 1) Bukti form ceklist 2) Bukti pelaksanaan pengawasan					

26. Standar HPK 8.1: Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur untuk melakukan pengawasan terhadap proses kemungkinan terjadinya jual beli organ dan jaringan.

Tabel 4.31 Standar HPK 8.1

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang menetapkan proses donasi organ dan jaringan dan memastikan bahwa proses sesuai dengan peraturan perundang-undangan, agama dan nilai-nilai budaya setempat	Sesuai dengan HPK 8 EP 1					
2	Rumah sakit menetapkan proses untuk mendapatkan persetujuan sesuai regulasi.	Bukti tentang penetapan proses untuk mendapatkan persetujuan					
3	Staf dilatih tentang isu dan masalah terkini terkait donasi organ dan tersedianya tranplantasi	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang isu dan masalah terkini terkait donasi organ dan tersedianya tranplantasi					
4	Rumah sakit bekerja sama dengan rumah sakit lain dan perkumpulan di masyarakat untuk menghargai dan melaksanakan pilihannya melakukan donasi	MOU dengan institusi penyedia donasi (misalnya : Bank mata)					

27. Standar HPK 8.2: Rumah sakit menyediakan pengawasan terhadap pengambilan, transplantasi organ dan jaringan.

Tabel 4.32 Standar HPK 8.2

No	Pedoman Penilaian		Dokumen		Nama Dokumen (jika ada)	Prediksi Skors	Keterangan
	Elemen Penilaian	Telusur	Ada	Tidak			
1	Ada regulasi yang menjadi acuan untuk pengawasan proses dalam mendapatkan dan mendonasi organ atau jaringan serta proses transplantasi	Sesuai dengan HPK 8 EP 1					
2	Staf dilatih untuk regulasi tersebut.	Bukti pelaksanaan pelatihan staf tentang regulasi donasi dan transplantasi organ					
3	Staf dilatih mengenai isu dan persoalan tentang donasi organ dan ketersediaan transplan.	Bukti pelaksanaan pelatihan staf mengenai isu dan persoalan tentang donasi dan transplantasi organ/jaringan					
4	Rumah sakit mendapat persetujuan dari donor hidup.	Bukti pelaksanaan mendapat persetujuan dari donor hidup					

Sumber: Telusur Dokumen Standar Hak Pasien dan Keluarga

Keterangan:



= Tidak Dapat Dinilai (TDD)

$$\text{Persentase hasil yang didapat} = \frac{\text{Jumlah skor yang didapat per standar}}{\text{Total skor}} \times 100\%$$

$$= \frac{495}{570} \times 100\% = 87\%$$

Penilaian kesiapan akreditasi RS SMS pada standar HPK dilakukan dengan memberikan skor terhadap ketersediaan regulasi dan dokumen di RS SMS. Prediksi skor yang didapatkan oleh RS SMS sebesar 87%. Prediksi skor tersebut dapat dikategorikan sebagai Terpenuhi. Pencapaian tersebut disebabkan karena standar HPK pada instrumen SNARS Edisi 1 tidak banyak berbeda dari standar akreditasi versi 2012.

Terdapat standar yang tidak dapat dinilai, yaitu mulai standar 6 sampai standar 8 yang berkaitan dengan kegiatan donor dan penelitian. Elemen penilaian tersebut tidak dapat dinilai karena kegiatan tersebut tidak tercakup dalam pelayanan Rumah Sakit SMS. RS SMS sendiri bukan merupakan rumah sakit pendidikan sehingga belum melibatkan pasien dalam penelitian. Selain itu, belum ada fasilitas untuk pelayanan transplantasi organ di RS SMS. Pemenuhan standar-standar tersebut akan dilakukan apabila RS SMS sudah mengarah pada perubahan tersebut.

Berikut merupakan daftar dokumen dalam elemen penilaian HPK SNARS Edisi 1 yang belum terdapat di RS SMS:

- a. Bukti pelaksanaan pelatihan tentang hak dan kewajiban pasien dengan dokumen sebagai berikut: TOR, undangan, materi pelatihan, absensi, laporan pelatihan
- b. Bukti sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien
- c. Bukti pelaksanaan pelatihan untuk mendukung hak pasien dan keluarga termasuk pelaksanaan *second opinion* dengan dokumen sebagai berikut: TOR, undangan, materi pelatihan, absensi, laporan pelatihan
- d. Regulasi tentang proses untuk menjawab pertanyaan kompetensi dan kewenangan PPA
- e. Bukti dalam rekam medis tentang identifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik
- f. Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik

4.4 Rekomendasi

Dari hasil identifikasi kesiapan RS SMS dalam menghadapi akreditasi SNARS edisi 1 standar HPK, terdapat beberapa usulan dokumen yang diajukan, yaitu (terlampir):

- a. Sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien
- b. SPO tentang proses untuk menjawab kompetensi dan kewenangan PPA
- c. Formulir Rekam Medis tentang Asesmen Pasien Terminal

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan di atas, dapat disimpulkan bahwa:

- a. RS SMS merupakan rumah sakit tipe D yang memiliki pelayanan dan SDM yang sudah sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan RI No 56 Tahun 2016 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Visi RS SMS adalah memberikan pelayanan terbaik kepada masyarakat berstandar Nasional. Dalam pelaksanaan visi tersebut, RS SMS menjalankan 3 misi yang telah sesuai dengan 3 fungsi rumah sakit menurut UU No 44 Tahun 2009. Struktur Organisasi RS SMS sudah memenuhi unsur minimal yang harus ada pada organisasi rumah sakit meskipun dalam bagan struktur tersebut masih kurang sesuai dengan Peraturan Presiden No.77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.
- b. Berakhinya status akreditasi RS SMS pada bulan Juli 2019 maka RS SMS harus melaksanakan perpanjangan akreditasi sebelum bulan Juli 2019. Persiapan akreditasi tersebut diantaranya pembentukan tim akreditasi dan pelaksanaan *self assessment*. Salah satu standar akreditasi yang akan dinilai yaitu Hak Pasien dan Keluarga yang disiapkan oleh Pokja HPK. Pokja HPK tersebut terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota.
- c. RS SMS cukup siap menghadapi akreditasi SNARS Edisi 1 pada standar HPK. Dari hasil telusur dokumen, terdapat dokumen yang belum dimiliki oleh RS SMS, yaitu bukti pelaksanaan pelatihan tentang hak dan kewajiban pasien, bukti sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien, bukti pelaksanaan pelatihan untuk mendukung hak pasien dan keluarga termasuk pelaksanaan *second opinion*, regulasi tentang proses untuk menjawab pertanyaan kompetensi dan kewenangan PPA, bukti dalam rekam medis tentang identifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik, dan bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik.
- d. Skor yang didapatkan RS SMS dari telusur dokumen standar HPK sebesar 87% sehingga dapat dikategorikan sebagai Terpenuhi. Pencapaian tersebut disebabkan karena standar HPK pada instrumen SNARS Edisi 1 tidak banyak berbeda dari standar akreditasi versi 2012.
- e. Terdapat beberapa dokumen yang dapat diusulkan seperti sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien, SPO tentang

proses untuk menjawab kompetensi dan kewenangan PPA dan Formulir RM tentang Asesmen Pasien Terminal.

5.2 Saran

Saran yang dapat disampaikan antara lain:

- a. Hasil identifikasi kesiapan akreditasi rumah sakit pada standar HPK dapat digunakan sebagai tindak lanjut untuk melengkapi dokumen yang belum tersedia dan mengevaluasi persiapan akreditasi SNARS Edisi 1
- b. Perlu dilakukan kembali *self assessment* oleh rumah sakit, terutama pada elemen penilaian yang dilakukan dengan wawancara, observasi, dan simulasi sesuai dengan instrumen SNARS Edisi 1
- c. Penyusunan urutan dokumen disesuaikan dengan SNARS Edisi 1

DAFTAR PUSTAKA

- Datusanantyo, Robertus Arian. 2013. Menyusun Panitia Akreditasi Rumah Sakit Versi Baru. <https://www.slideshare.net/robertusarian/13-04006-menyusun-panitia-akreditasi-rs-sistem-baru>. Diakses pada 14 Maret 2019
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2000. Pedoman Akreditasi rumah sakit. Jakarta: Dirjen Pelayanan medik, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Depkes RI
- Hendroyogi, Safir R & Mugi Harsono. 2016. Keterkaitan antara Persepsi Pentingnya Akrditasi Rumah Sakit dengan Partisipasi, Komitmen, Kepuasan Kerja, dan Kinerja Karyawan. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sumber Daya* Vol. 18 No 2
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2011. Instrumen Akreditasi Rumah Sakit Standar Akreditasi Versi 2012
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2017. Instrumen Survei SNARS Edisi 1 Tahun 2018
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. 2017. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1
- Peraturan Menteri Kesehatan No 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 340 Tahun 2010 Tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.
- Peraturan Presiden No.77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
- Permenkes RI No 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien
- Trisnantoro, Laksono & Elisabeth Listyani. 2017. Jumlah RS di Indonesia. <https://www.persi.or.id/images/2017/litbang/rsindonesia418.pdf>
- Undang-Undang No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- Undang-undang Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
- Yunus, E., 2016. *Manajemen Strategis*. Yogyakarta: CV Andi Offset

LAMPIRAN 1. REKOMENDASI

- a. Sumpah staf non klinis yang diberi akses ke rekam medis tentang wajib simpan informasi kesehatan pasien

SUMPAH/JANJI KARYAWAN UNTUK MENJAGA RAHASIA MEDIS	
SAYA YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI	
NAMA	:
TEMPAT/TANGGAL LAHIR	:
ALAMAT	:
JABATAN	:
ADALAH KARYAWAN RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE (RS SMS) MENYATAKAN BERJANJI DENGAN MENGANGKAT SUMPAH AKAN MERAHASIAKAN SEGALA HAL TENTANG INFORMASI MEDIS/ KESEHATAN PASIEN RS SMS YANG TERTULIS DIDALAM BERKAS REKAM MEDIS PASIEN YANG SAYA KELOLA. JANJI KERAHASIAAN INI TETAP AKAN SAYA PEGANG BAIK SELAMA SAYA MASIH BEKERJA DI RS SMS, MAUPUN SETELAH SAYA KELUARATAU BERHENTI BEKERJA	
SURABAYA,/...../.....	
SAYA YANG BERJANJI	
(NAMA LENGKAP)	
SAKSI 1 :	SAKSI 2:
(NAMA LENGKAP)	(NAMA LENGKAP)

LAFAL SUMPAH JABATAN PENGELOLA REKAM MEDIS

DEMI ALLAH SAYA BERSUMPAH, BAHWA SAYA AKAN MERAHASIAKAN SEGALA SESUATU HAL TENTANG INFORMASI MEDIS/KESEHATAN PASIEN YANG TERTULIS DALAM BERKAS REKAM MEDIS PASIEN YANG SAYA KELOLA.

SAYA AKAN MENJAGA RAHASIA MEDIS PASIEN BAIK SELAMA SAYA BEKERJA DI RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE (RS SMS) MAUPUN SETELAH SAYA BERHENTI ATAU KELUAR DARI RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE (RS SMS).

**BERITA ACARA PENGAMBILAN SUMPAH
JABATAN PENGELOLA REKAM MEDIS**

Pada hari ini tanggal tahun....., saya direktur Rumah Sakit Surabaya Medical Service (RS SMS), telah mengambil sumpah jabatan para pengelola berkas rekam medis Rumah Sakit Surabaya Medical Service (RS SMS) untuk menjaga kerahasiaan dari semua informasi medis/kesehatan yang tertulis dalam berkas rekam medis pasien.

Pengambilan sumpah dilakukan secara islam dan dihadiri oleh beberapa orang saksi.

Surabaya,/...../.....
Direktur

dr. Muhlas Udin, M.Kes


Saksi 1 :

Saksi 2:


(Nama Lengkap)

(Nama Lengkap)

b. SPO Pelaksanaan Menjawab Pertanyaan Kompetensi dan Kewenangan PPA

RS.Surabaya Medical Service Jl. Kapuas No. 2 Surabaya 	PELAKSANAAN MENJAWAB PERTANYAAN KOMPETENSI DAN KEWENANGAN PPA		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
PROSEDUR TETAP	Tanggal terbit	Ditetapkan oleh, Direktur RS. Surabaya Medical Service dr. Muhlas Udin, M.Kes	
PENGERTIAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetensi dan kewenangan PPA adalah proses penetapan kewenangan klinis dari direktur dalam bentuk surat penjelasan klinis atas dasar rekomendasi dari komite medis, komite keperawatan, komite tenaga kesehatan. 2. Penjelasan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang kompetensi dan kewenangan PPA adalah alat untuk menjawab pertanyaan pasien tentang kompetensi dan kewenangan PPA 		
TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan informasi tentang kredensial tenaga PPA mulai dari surat lamaran, surat peringkat direktur terhadap sub komite kredensial medis, keperawatan, tenaga kesehatan. 2. Memberikan informasi tentang proses kredensial yang dilakukan oleh komite kredensial di atas Memberikan informasi tentang pemberian SPK dan RKK sesuai dengan rekomendasi dari komite medik 3. Memberikan informasi tentang kepatuhan staf medis melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPK dan RKK tersebut 		
KEBIJAKAN			
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kredensial tenaga PPA mulai dari surat lamaran, surat peringkat direktur terhadap sub komite kredensial medis, keperawatan, tenaga kesehatan 2. Pemberian SPK dan RKK sesuai dengan rekomendasi dari komite medik 3. Kepatuhan staf medis melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPK dan RKK tersebut 4. Pengawasan terhadap staf medis yang memberikan pelayanan 		
UNIT TERKAIT			

c. Formulir RM tentang Asesmen Pasien Terminal

	<h1 style="margin: 0;">RUMAH SAKIT SMS</h1> <h2 style="margin: 0;">RUMAH SAKIT SURABAYA MEDICAL SERVICE</h2> <p style="margin: 0;">Jl. Kapuas no 2 Surabaya</p>																																	
ASSESMEN AWAL DAN ULANG PASIEN TAHAP TERMINAL																																		
Nama :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;">L</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;"><input type="checkbox"/></td> <td style="width: 20px; text-align: center; vertical-align: middle;">P</td> <td style="width: 100px;"></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	L		<input type="checkbox"/>	P																												
<input type="checkbox"/>	L																																	
<input type="checkbox"/>	P																																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center; padding: 5px;">No. Rekam Medik</td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table>		No. Rekam Medik																																
No. Rekam Medik																																		
<p>1. Gejala Seperti mau muntah dan kesulitan bernafas</p> <p>1.1 Kegawatan Pernafasan</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dispnea</td> <td><input type="checkbox"/> Nafas cepat dan dangkal</td> <td><input type="checkbox"/> Nafas lambat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nafas tidak teratur</td> <td><input type="checkbox"/> Nafas melalui mulut</td> <td><input type="checkbox"/> Mukosa oral kering</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ada sekret</td> <td><input type="checkbox"/> SPO 2 < Normal</td> <td><input type="checkbox"/> t.a.k</td> </tr> </table> <p>1.2 Kehilangan tonus otot</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mual</td> <td><input type="checkbox"/> Penurunan pergerakan tubuh</td> <td><input type="checkbox"/> Ikontinensia urine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sulit Menelan</td> <td><input type="checkbox"/> Distensia abdomen</td> <td><input type="checkbox"/> t.a.k</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inkontinensia Feses</td> <td><input type="checkbox"/> Sulit berbicara</td> <td></td> </tr> </table> <p>1.3 Nyeri</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,</p> <p>1.4 Perlambatan sirkulasi</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bercakap dan sianosis pada ekstremitas</td> <td><input type="checkbox"/> Kulit dingin dan berkeringat</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gelisah</td> <td><input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lemas</td> <td><input type="checkbox"/> Nadi lambat dan lemah</td> </tr> </table> <p>2. Faktor – faktor yang meningkatkan dan membangkitkan gejala fisik :</p> <p><input type="checkbox"/> Melakukan aktivitas fisik <input type="checkbox"/> Pindah posisi <input type="checkbox"/></p> <p>3. Manajemen gejala saat ini dan respon pasien Masalah keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Mual</p> <p><input type="checkbox"/> Perubahan persepsi sensori</p> <p><input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Bersihan jalan nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Konstipasi</p> <p><input type="checkbox"/> Defisit perawatan diri</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri kronis</p> <p>4. Orientasi spiritual pasien dan keluarga :</p> <p>Apakah perlu pelayanan spiritual <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, oleh.....</p> <p>5. Urusan dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Perlu didoakan</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak</td> <td><input type="checkbox"/> Ya, oleh.....</td> </tr> <tr> <td>Perlu bimbingan rohani</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak</td> <td><input type="checkbox"/> Ya, oleh.....</td> </tr> <tr> <td>Perlu pendampingan rohani</td> <td><input type="checkbox"/> Tidak</td> <td><input type="checkbox"/> Ya, oleh.....</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Nafas cepat dan dangkal	<input type="checkbox"/> Nafas lambat	<input type="checkbox"/> Nafas tidak teratur	<input type="checkbox"/> Nafas melalui mulut	<input type="checkbox"/> Mukosa oral kering	<input type="checkbox"/> Ada sekret	<input type="checkbox"/> SPO 2 < Normal	<input type="checkbox"/> t.a.k	<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Penurunan pergerakan tubuh	<input type="checkbox"/> Ikontinensia urine	<input type="checkbox"/> Sulit Menelan	<input type="checkbox"/> Distensia abdomen	<input type="checkbox"/> t.a.k	<input type="checkbox"/> Inkontinensia Feses	<input type="checkbox"/> Sulit berbicara		<input type="checkbox"/> Bercakap dan sianosis pada ekstremitas	<input type="checkbox"/> Kulit dingin dan berkeringat	<input type="checkbox"/> Gelisah	<input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun	<input type="checkbox"/> Lemas	<input type="checkbox"/> Nadi lambat dan lemah	Perlu didoakan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....	Perlu bimbingan rohani	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....	Perlu pendampingan rohani	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....
<input type="checkbox"/> Dispnea	<input type="checkbox"/> Nafas cepat dan dangkal	<input type="checkbox"/> Nafas lambat																																
<input type="checkbox"/> Nafas tidak teratur	<input type="checkbox"/> Nafas melalui mulut	<input type="checkbox"/> Mukosa oral kering																																
<input type="checkbox"/> Ada sekret	<input type="checkbox"/> SPO 2 < Normal	<input type="checkbox"/> t.a.k																																
<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Penurunan pergerakan tubuh	<input type="checkbox"/> Ikontinensia urine																																
<input type="checkbox"/> Sulit Menelan	<input type="checkbox"/> Distensia abdomen	<input type="checkbox"/> t.a.k																																
<input type="checkbox"/> Inkontinensia Feses	<input type="checkbox"/> Sulit berbicara																																	
<input type="checkbox"/> Bercakap dan sianosis pada ekstremitas	<input type="checkbox"/> Kulit dingin dan berkeringat																																	
<input type="checkbox"/> Gelisah	<input type="checkbox"/> Tekanan darah menurun																																	
<input type="checkbox"/> Lemas	<input type="checkbox"/> Nadi lambat dan lemah																																	
Perlu didoakan	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....																																
Perlu bimbingan rohani	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....																																
Perlu pendampingan rohani	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya, oleh.....																																

LAMPIRAN 2. SURAT PERMOHONAN IZIN MAGANG



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618

Website: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: fkm@unair.ac.id

Nomor : 660/UN3.1.10/PPd/2019
Hal : Permohonan izin magang

23 Januari 2019

Yth. Direktur
Rumah Sakit Surabaya Medical Service (SMS)
Jl. Kapuas No. 2
Surabaya

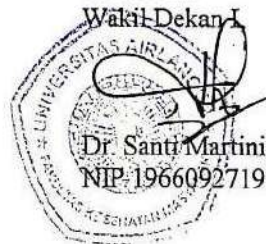
Sehubungan dengan pelaksanaan program magang bagi mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana (S1) Tahun Akademik 2018/2019, dengan ini kami mohon Saudara mengizinkan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga, atas nama :

No.	Nama Mahasiswa	NIM.	PEMINATAN	PEMBIMBING
1.	Khoiringtyas Ayu P.	101511133144	Administrasi & Kebijakan Kesehatan	Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM., M.ARS
2.	Rina Wahyu Andani	101511133089		
3.	Safira Inda Millati	101511133041		

sebagai peserta magang pada instansi Saudara, selama 1 (satu) bulan.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara kami sampaikan terima kasih.

a.n. Dekan
Wakil Dekan I



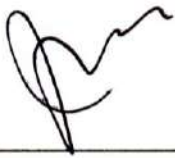
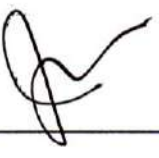
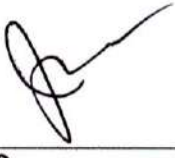
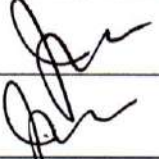
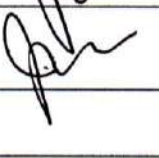
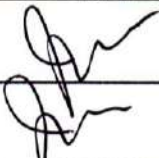
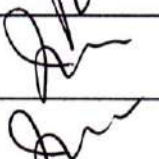



Dr. Santi Martini, dr., M.Kes.
NIP. 196609271997022001










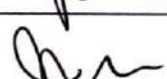

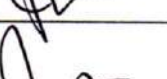

Tembusan :

1. Dekan FKM UNAIR;
2. Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
3. Ketua Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan, FKM UNAIR;
4. Koordinator Magang Program Studi Kesehatan Masyarakat, Program Sarjana, FKM UNAIR;
5. Yang bersangkutan.

LAMPIRAN 3. LEMBAR CATATAN HARIAN MAGANG DAN ABSENSI MAGANG

Nama Mahasiswa : Rina Wahyu Andani
 NIM : 101511133089
 Tempat Magang : Rumah Sakit Surabaya Medical Service (RS SMS)

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
14-01-2019	a. Tanda tangan surat komitmen magang di RS SMS b. Orientasi di Unit Pemeliharaan, Unit Kesehatan Lingkungan, Unit Kesekretariatan dan Unit Personalia	
15-01-2019	a. Orientasi di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Kamar Operasi dan Instalasi Ibu dan Anak b. Konsultasi topik magang dengan pembimbing instansi	
16-01-2019	a. Orientasi di Unit Gawat Darurat, Instalasi Rekam Medik, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, Unit Pemasaran, Instalasi Farmasi, dan Instalasi Keperawatan b. <i>Overview</i> di unit pemasaran, tim akreditasi pokja MFK & HPK	
17-01-2019	Mempelajari manajemen fasilitas dan kesehatan	
18-01-2019	Membantu menginput data alat kesehatan dan lainnya	
Minggu ke-2		
21-01-2019	a. Mempelajari <i>Hospital Safety Index</i> b. Mempelajari Pemasaran RS SMS	
22-01-2019	Membantu menginput SDM pada Rumah Sakit <i>online</i>	
23-01-2019	Mempelajari program/kegiatan unit pemasaran RS SMS	
24-01-2019	Membantu penginputan data alat kesehatan dan lainnya	
25-01-2019	Membantu penginputan data pengadaan obat dan alat kesehatan	

Minggu ke-3		
28-01-2019	Membantu penginputan data pengadaan obat dan alat kesehatan	
29-01-2019	Mempelajari kontrak kerjasama RS dengan instansi lain	
30-01-2019	Membantu memperbarui kontrak kerja pegawai RS SMS	
31-01-2019	Membantu <i>self assessment</i> sarana dan pemasaran RS SMS sesuai Permenkes RI No 56 Tahun 2016	
01-02-2019	a. Membantu penginputan data alat kesehatan dan lainnya b. Telusur dokumen HPK standar 1, 1.1, 1.2, 1.3, 1.4	
Minggu ke-4		
04-02-2019	Mengunjungi Dinas Kesehatan Kota Surabaya terkait pengadaan vaksin	
06-02-2019	a. Membantu unit kesling menginspeksi kebersihan ruang rawat inap b. Telusur dokumen HPK standar 2, 2.1, 2.2, 2.3	
07-02-2019	Telusur dokumen HPK standar 2.4, 2.5, 2.6, 3 dan 4	
Minggu ke-5		
11-02-2019	Telusur dokumen HPK standar 5, 5.1, 5.2, 5.3	
12-02-2019	Menyusun laporan magang	
13-02-2019	Menyusun laporan magang	
14-02-2019	a. Penyerahan plakat/kenang-kenangan kepada pihak RS SMS b. Menyusun laporan magang	
15-02-2019	Menyusun laporan magang	

LAMPIRAN 4. DOKUMENTASI MAGANG



Penandatanganan kontrak magang bersama
Direktur RS SMS



Orientasi dan perkenalan di instalasi
rawat inap



Orientasi dan perkenalan di rekam medis



Membantu memperbarui kontrak kerja
Pegawai RS SMS



Self assessment sarana dan prasarana RS SMS



Penginputan data alat kesehatan RS SMS



Penelusuran dokumen HPK



Diskusi



Sertifikat Penetapan Kelas RS SMS



Sertifikat Akreditasi RS SMS



Mengikuti kegiatan apel pagi



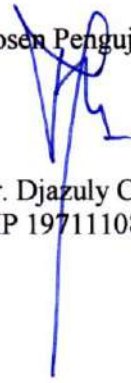
Penyerahan kenang-kenangan

LAMPIRAN 5. BERITA ACARA PERBAIKAN**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Nama : Rina Wahyu Andani
 NIM : 101511133089
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Magang : Kesiapan RS SMS dalam Menghadapi SNARS Edisi 1 pada Standar Hak Pasien dan Keluarga Tahun 2019
 Dosen Penguji : Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM, M.ARS

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	-	Dilengkapi lagi pembahasannya dengan melakukan perbandingan-perbandingan
2	59	Hati-hati dalam membuat kesimpulan. Dikatakan siap itu jika sudah 100%, jika di bawah 100% maka dapat ditulis cukup siap dan dijelaskan apa saja yang belum siap
3	59	Membuat SPO yang belum ada

Dosen Penguji,


 Dr. Djazuly Chalidyanto, S.KM, M.ARS
 NIP 197111081998021001

**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Nama : Rina Wahyu Andani
 NIM : 101511133089
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Magang : Kesiapan RS SMS dalam Menghadapi SNARS Edisi 1 pada Standar Hak Pasien dan Keluarga Tahun 2019
 Dosen Penguji : Tito Yustiawan, drg., M.Kes.

No.	Halaman	Saran Perbaikan
1	-	Membuat usulan/rekomendasi dari SPO yang belum ada/direvisi
2	-	Menambahkan referensi pembahasan dari jurnal nasional dan internasional
3	20	Analisis pada pembahasan struktur organisasi diperdalam lagi dan disesuaikan dengan teori Wintzberg serta ditambahi usulan struktur organisasi yang benar itu bagaimana
4	23	Keterangan "Keadaan Rumah Sakit Saat Ini" pada tabel 5 diperjelas dengan waktu yang dimaksud "saat ini" itu kapan dan tanda + diganti dengan keterangan jumlah yang sebenarnya
5	-	Dijelaskan bahwa pemberian skor 10 yang diberikan hanya berdasarkan dokumen yang ada di RS SMS dan belum melakukan wawancara, observasi, dan simulasi. Pemberian skor disesuaikan dengan panduan pemberian skor.

Dosen Penguji,



Tito Yustiawan, drg., M.Kes.
NIP. 197905212010121003

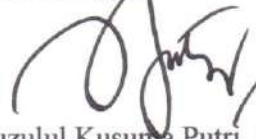
**BERITA ACARA PERBAIKAN (BAP)
SEMINAR LAPORAN MAGANG**

Nama : Rina Wahyu Andani
 NIM : 101511133089
 Waktu Pelaksanaan : Senin, 04 Maret 2019
 Program Studi : S1 Kesehatan Masyarakat
 Minat Studi : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
 Judul Magang : Kesiapan RS SMS dalam Menghadapi SNARS Edisi 1 pada Standar Hak Pasien dan Keluarga Tahun 2019
 Dosen Penguji : Nuzulul Kusuma Putri, S.KM, M.Kes

No.	Halaman	Saran Perbaikan
	14	Format laporan pada bab Metode Kegiatan Magang disamakan dan disepakati 1 kelompok
	17	Gambar/tabel yang dicantumkan diberikan penjelasan di bawahnya
	18	Pembahasan mengenai gambaran umum RS tidak boleh sama satu sama lain. Boleh menggunakan perbandingan (peraturan, panduan, dll) yang sama, tapi dijelaskan dan dibahas dengan bahasa masing-masing
	23, 25	Tabel yang terpotong pada halaman berikutnya ditambahi kepala tabel
	-	Pemberian nomor tabel disesuaikan dengan bab berapa tabel tersebut berada, misal tabel ke-1 di bab 4 maka penulisan nomor tabel adalah Tabel 4.1
	-	Pembahasan masih berupa pemikiran sendiri, sehingga perlu ditambahkan referensi pembahasan lain
	-	Ditambahkan penjelasan mengenai ketentuan pemberian skor 0, 5, dan 10
	-	Dicek lagi pengisian <i>checklist</i> pelaksanaan yang sudah/belum dilaksanakan maupun dokumen yang sudah/belum ada karena masih ada yang kosong
	-	Penulisan dokumen diperbaiki lagi. Contoh: Formulir No 03 tentang Penolakan Resusitasi
	46	Dikonfirmasi kembali apakah standar 6-8 yang

		Tidak Dapat Dinilai (TDD) tersebut hanya diberikan pada rumah sakit pendidikan dan apakah di RS SMS tidak pernah ada penelitian. Dokumen terkait standar 6-8 dapat menjadi usulan/rekomendasi yang dapat dibuat oleh RS SMS sehingga dokumen tersebut dapat digunakan jika sewaktu-waktu ada penelitian di RS SMS
--	--	---

Dosen Penguji



Nuzulul Kusuma Putri, S.KM, M.Kes
NIP 198805032014042004