

PEDOMAN PELAYANAN



RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
TAHUN 2022

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur disampaikan pada Allah, SWT, karena dengan rahmat Nya Pedoman Pelayanan di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan ini dapat diselesaikan.

Pedoman ini berisikan pedoman masing masing pelayan, tergambarnya SDM dan tergambarnya pedoman sarana bangunan masing instalasi/ ruangan/ unit di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan dalam melaksanakan seluruh kegiatan pelayanan profesional .

Harapan saya semoga Pedoman ini dapat bermamfaat untuk mewujudkan peningkatan kualitas pelayanan di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan

Painan, 01 Oktober 2022
Direktur



dr. Harefa, Sp.PD, K
NIP. 19720103 200212 1 005

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
C. Defenisi	1
BAB II RUANG LINGKUP	3
A. Manajemen	3
B. Pelayanan dan Klasikal.....	5
C. Hak Pasien, Etika Rumah Sakit dan Etika Penelitian	9
D. Fungsi Sosial Rumah Sakit	11
BAB III SANTAR KETENAGAAN	12
A. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Direktur	12
B. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bagian Tata Usaha	12
C. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Pelayanan Medis	13
D. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Keuangan	22
E. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Penunjang	23
F. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Komite	26
BAB IV STANDAR RUANGAN	28
A. Lokasi Rumah Sakit	28
B. Bentuk Bangunan	29
C. Struktur Bangunan	30
D. Zonasi	30
E. Kebutuhan Total Luas Lantai Bangunan	31
F. Desain Komponen Bangunan Rumah Sakit	31
BAB V KEBIJAKAN	125
BAB VI TATALAKSANA	158
A. Pelayanan Saat Ini	158
B. Alur Pasien	172
BAB VII DOKUMENTASI	174
BAB VIII PENUTUP	175

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan selama 24 jam. Jaminan pemberian pelayanan yang berkualitas harus menjadi perhatian penuh bagi pengelola rumah sakit. Pedoman pelayanan merupakan bentuk aturan dalam rangka memberikan arah untuk mencegah terjadinya pelayanan yang tidak memenuhi standar kualitas

RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan sebagai sarana pelayanan kesehatan 24 jam, dengan jumlah dan jenis tenaga bervariasi, jenis pelayanan yang berbeda-beda, tentu saja harus mempunyai aturan dan pedoman, sehingga pelayanan 24 jam dapat dilakukan dengan baik.

Dari uraian di atas perlu ditetapkan suatu peraturan dalam bentuk pedoman pelayanan sehingga mempunyai konsep yang jelas dalam melaksanakan seluruh kegiatan pelayanan yang akhirnya pelayanan profesional benar-benar menjadi harapan yang dapat diwujudkan.

B. Tujuan

1. Umum :

Tergambarnya pedoman pelayanan RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan

2. Khusus

- a. Tergambarnya pedoman masing-masing pelayanan
- b. Tergambarnya pedoman SDM (Sumber Daya Manusia)
- c. Tergambarnya pedoman sarana bangunan masing-masing instalasi/ruang/unit

C. Defenisi

1. Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.
2. Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
3. Staf klinis adalah tenaga kesehatan yang memberikan asuhan langsung pada pasien
4. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah staf klinis profesional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien.
5. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) adalah dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya
6. Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.

7. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
8. Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
9. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi, dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostik.

BAB II

RUANG LINGKUP

A. Manajemen

1. Governance

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan, pemulihan, pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan disesuaikan dengan standar pelayanan yang ada di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan, melalui pelayanan kesehatan paripurna tingkat primer, sekunder.
- b. Pelayanan Kesehatan primer dilaksanakan oleh dokter umum, pelayanan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis
- c. Rumah Sakit dapat tidak melayani pasien jika tempat tidur tidak tersedia, sedang/tidak memiliki SDM, sedang/tidak memiliki sarana dan prasarana yang digunakan untuk melayani pasien dengan kasus penyakit tertentu.
- d. Rumah Sakit mempunyai kewajiban merujuk pasien yang memerlukan pelayanan di luar kemampuan pelayanan rumah sakit.
- e. Rumah Sakit akan menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
- f. Rumah Sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.
- g. Rumah Sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan di Rumah Sakit

2. Organisasi

Direktur RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan dibantu oleh 1 orang Kepala Bagian tata Usaha dan 2 Kepala Bidang yaitu : Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Penunjang Medis dan Kepala Bidang Keuangan. Masing masing Kepala Bagian Tata Usaha dan Kepala Bidang dalam pelaksanaan tugasnya dibantu Kepala Seksi yang merupakan jabatan Struktural, Kepala Instalasi (jabatan non struktural), Kepala Ruangan (jabatan non struktural) dan terdapat jabatan fungsional Kelompok Staf Medis, Staf Fungsional tertentu dan staf fungsional umum

3. Sumber Daya Manusia

- a. Alur birokrasi dalam pengambilan keputusan harus dibuat secara efisien
- b. Fungsi pengawasan dan penegakan disiplin SDM dilakukan secara maksimal secara kontinyu
- c. Budaya kerja yang berorientasi pada pelanggan perlu diperkuat
- d. Seluruh staf RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan dalam melaksanakan pekerjaannya berkewajiban ikut mewujudkan, mempertahankan, dan meningkatkan derajat kesehatan pasien yang setinggi-tingginya.

- e. Seluruh staf RSUD. Dr. Muhammad Zein harus bekerja sama, bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, dan peraturan RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.
- f. Seluruh staf RSUD. Dr. Muhammad Zein dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).
- g. Semua petugas yang melayani pasien harus memiliki izin sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- h. Setiap petugas yang bekerja RSUD. Dr. Muhammad Zein harus memiliki kemampuan melakukan hand hygiene, memberikan bantuan hidup dasar (BHD), menggunakan APAR (alat pemadam api ringan).
- i. Pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh tim, minimal terdiri atas DPJP dan PPJA, Perawat Pelaksana Perawatan, petugas farmasi ,petugas gizi, dapat beserta peserta didik (dengan supervisi) dan petugas kesehatan lain sesuai kebutuhan pasien.
- j. RSUD. Dr. Muhammad Zein dapat mempekerjakan tenaga non PNS (Pegawai BLUD) sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan, serta sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.
- k. Dalam melaksanakan pekerjaan RSUD. Dr. Muhammad Zein melindungi semua petugas dan akan memberikan bantuan hukum bila diperlukan.
- l. RSUD. Dr. Muhammad Zein akan memberikan vaksinasi dan imunisasi pada petugas yang bertugas di ruangan beresiko sesuai dengan peraturan dan kemampuan RSUD. Dr. Muhammad Zein.
- m. Staf/petugas RSUD. Dr. Muhammad Zein yang terpapar dengan penyakit infeksius akan ditindak lanjuti sesuai dengan peraturan perundangan serta kemampuan rumah sakit.

4. Standar Fasilitas

- a. Penggunaan peralatan medis dan non medis di RSUD. Dr. Muhammad Zein harus dilakukan sesuai dengan indikasi medis pasien.
- b. Sarana, prasarana, dan peralatan yang digunakan tersebut harus memenuhi standar pelayanan, persyaratan mutu, keamanan, keselamatan, dikalibrasi dan laik pakai.
- c. Pengoperasian dan pemeliharaan peralatan rumah sakit harus dilakukan oleh petugas yang mempunyai kompetensi di bidangnya.
- d. Pemeliharaan peralatan harus didokumentasi dan dievaluasi secara berkala dan berkesinambungan
- e. Ketentuan mengenai pengujian dan/atau kalibrasi peralatan medis, standar yang berkaitan dengan keamanan, mutu, dan manfaat dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

5. Penetapan Pola Tarif

- a. Penetapan pola tarif umum rumah sakit ditetapkan sesuai dengan peraturan Bupati atas dasar jenis pelayanan, tingkat kesulitan, dan kelas perawatan
- b. Tarif yang berlaku bagi pasien Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS) sesuai dengan acuan tarif BPJS.

6. Akuntabilitas

- a. RSUD. Dr. Muhammad Zein dikelola dengan menerapkan system pertanggung jawaban dan akuntabilitas public sebagai alat dan monitoring dan evaluasi kinerja rumah sakit.
- b. Akuntabilitas publik dimonitor menggunakan indikator kinerja RSUD. Dr. Muhammad Zein, yang ditetapkan oleh dan disahkan/disetujui oleh Bupati.
- c. Sistem dan prosedur pengelolaan keuangan RSUD. Dr. Muhammad Zein berpedoman kepada aturan yang ditetapkan oleh pemerintah dan peraturan yang berkaitan dengan BLUD.
- d. Rekam Medis menggunakan sistim sentralisasi/terpadu, setiap pasien hanya memiliki 1 (satu) berkas rekam medis seumur hidup.

7. Kerjasama dengan Pihak Ketiga

- a. RSUD. Dr. Muhammad Zein dapat melakukan kerjasama dengan pihak ketiga berdasarkan prinsip saling menguntungkan dengan mengutamakan kepentingan pasien.
- b. Bentuk kerjasama tersebut dapat berupa : kontrak pelayanan, kontrak KSO.

8. Komunikasi dan Informasi

- a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah, dibacakan kembali, dan dikonfirmasi oleh pemberi perintah dengan menggunakan metode TBAK (Tulis, Baca Konfirmasi)
- b. Informasi umum tiap ruangan/instalasi yang berhubungan dengan pasien dan keluarga disiapkan dan dilaksanakan oleh ruangan terkait
- c. Penjelasan yang berkaitan dengan asesmen medis hanya diberikan oleh dokter.
- d. Penjelasan yang berkaitan dengan asesmen keperawatan hanya diberikan oleh perawat.
- e. Komunikasi antara pasien dan dokter minimal meliputi: kondisi kesehatannya, dampak yang muncul sebagai konsekuensi kesehatannya, serta anjuran yang akan dilaksanakan. Dalam berkomunikasi pasien harus dapat merasakan bahwa pasien didengarkan, dan dokter memahami keterbatasannya, dan diikutkan dalam mencari solusi pengobatannya.

9. Pencapaian Program Nasional :

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia :

- a. Proses persalinan dan perawatan bayi dilakukan dalam sistem terpadu dalam bentuk pelayanan obstetrik dan neonatus emergensi komprehensif (PONEK) di RSUD. Dr. Muhammad Zein.
- b. RSUD. Dr. Muhammad Zein melaksanakan program RS sayang ibu dan bayi dengan melaksanakan 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu.
- c. Pelayanan kesehatan BBLR dilaksanakan dengan perawatan menggunakan metode kangguru
- d. Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna melalui rawat gabung ibu dan bayi.
- e. Permasalahan TBC ditanggulangi dengan strategi DOTS
- f. Program PPRA
- g. Pelayanan Geriatri

B. Pelayanan dan Klasifikasi

Berdasarkan Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor: 27 Tahun 2003 yang diperbaharui menjadi Peraturan daerah Nomor: 8 Tahun 2008 Tentang Pembentukan Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Painan disebutkan bahwa Rumah Sakit Umum Daerah Muhammad Zein Painan (RSUD Dr. Muhammad. Zein Painan) adalah Rumah Sakit Umum Daerah Tipe C sebagai jejaring Pendidikan.

Sesuai dengan standar rumah sakit Tipe C jenis pelayanan yang diselenggarakan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit adalah sebagai berikut :

1. Pelayanan Medik

Terdiri dari :

a. Pelayanan Gawat Darurat :

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

b. Pelayanan Medik Umum

- 1) Pelayanan medik dasar
- 2) Pelayanan Medik gigi mulut
- 3) Kesehatan ibu dan anak, dan keluarga berencana.

Diselenggarakan selama 5 (lima) hari mulai Senin s/d Jum'at dimulai jam 7.30 wib s/d 15.00 wib / selesai

c. Pelayanan Medik Spesialis Dasar

Meliputi pelayanan :

- 1) Spesialis Penyakit dalam
- 2) Spesialis Kesehatan anak
- 3) Spesialis Bedah
- 4) Spesialis Obstetri dan ginekologi

d. Pelayanan Medik Spesialis Penunjang

Meliputi pelayanan :

- 1) Spesialis Anestesiologi

- 2) Spesialis Radiologi
- 3) Spesialis Patologi Klinik
- 4) Spesialis Patologi Anatomi

e. Pelayanan Medik Spesialistik

Meliputi pelayanan :

- 1) Spesialis Mata
- 2) Spesialis THT
- 3) Kesehatan Jiwa
- 4) Spesialis Penyakit Syaraf
- 5) Spesialis Jantung
- 6) Spesialis Paru
- 7) Spesialis Kulit

2. Pelayanan Kefarmasian

- a. Pengelolaan sediaan farmasi
- b. Alat kesehatan dan bahan medis habis pakai
- c. Pelayanan farmasi klinik

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

3. Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan

- a. Asuhan keperawatan
- b. Asuhan kebidanan

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

4. Pelayanan Penunjang Klinik

- a. Pelayanan Unit Transfusi Darah

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- b. Perawatan intensif (ICU) untuk semua golongan umur dan jenis penyakit

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- c. Pelayanan Hemodialisa

- d. Gizi

Diselenggarakan setiap hari mulai jam 07.00 wib s/d 16.00 wib

- e. Sterilisasi instrumen

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- f. Rekam medik

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

5. Pelayanan Penunjang Non Klinik

- a. Pelayanan laundry/linen

Diselenggarakan selama 6 (enam) hari mulai Senin s/d Sabtu dimulai jam 7.30 wib s/d 14.00 wib

- b. Jasa boga/dapur

Diselenggarakan setiap hari mulai jam 07.00 wib s/d 16.00 wib

- c. Teknik dan pemeliharaan fasilitas / IPLSRS (Instalasi Pemeliharaan Lingkungan dan Sarana Rumah Sakit)

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- d. Pengelolaan limbah

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- e. Gudang

Diselenggarakan selama 6 (enam) hari mulai Senin s/d Jum'at dimulai jam 7.30 wib s/d 16.00 wib

- f. Ambulans

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- g. Sistem informasi dan komunikasi

- h. PKRS (Promosi Kesehatan Rumah Sakit)

- i. Penyelenggaraan jenazah

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- j. Pelayanan Rohani

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus selama 4 (empat) hari, Senin s/d Kamis

- k. Pengelolaan gas medik

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

- l. Pengelolaan air bersih

Diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus

6. Pelayanan Rawat Inap.

Jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 46% (empat puluh enam persen) dari seluruh tempat tidur, dengan jumlah total saat ini 221 tempat tidur

Meliputi :

1. Rawat Inap Penyakit dalam
2. Rawat Inap anak
3. Rawat Inap Bedah
4. Rawat Inap Obstetri dan ginekologi
5. Rawat Inap Paru
6. Rawat Inap Neuro
7. Rawat Inap VIP, Kelas I dan II Terpadu
8. Rawat Inap Kelas III Terpadu
9. Rawat Inap Jantung

Pelayanan penunjang lain diluar Permenkes 56 tahun 2014 RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan telah mempunyai Pelayanan Administrasi, terdiri dari :

1. Informasi dan penerimaan pasien (registrasi)
2. Keuangan (kasir)

3. Keamanan (security)
4. Sistikm Informasi Rumah Sakit
5. Addmision

Untuk pelayanan yang belum tersedia akan diatasi dengan memanfaatkan mekanisme rujukan dan dengan membuat perjanjian kerja sama dengan rumah sakit yang memiliki fasilitas terkait.

C. Hak Pasien, Etika Rumah Sakit Dan Etika Penelitian

1. Hak Pasien dan Keluarga

- a. Sesuai dengan UU No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, setiap petugas RSUD. Dr. Muhammad Zein yang melakukan fungsi manajemen, pelayanan, pendidikan, pelatihan dan pengembangan harus menghormati “hak-hak pasien”
- b. Informasi mengenai hak pasien ditempatkan pada lokasi yang dapat terlihat dan terbaca oleh petugas dan pasien.
- c. Kondisi medis komprehensif, resiko diagnosis, rekomendasi terapi serta alternatif, resiko tindakan, kemungkinan biaya, serta kemungkinan keberhasilan dijelaskan kepada pasien. Apabila pasien belum memahami penjelasan yang diberikan, maka penjelasan diberikan kepada keluarga/ penanggung jawab pasien, dan diakhiri dengan penanda tangan informed consent.
- d. Rumah sakit memiliki peraturan yang akan mengakomodir hak pasien dalam memilih DPJP dan permintaan konsultasi kepada dokter lain yang berada di dalam dan di luar RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.
- e. RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat penurunan derajat kesehatan dan kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang komprehensif.

2. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit

- a. Dalam melaksanakan pelayanan rumah sakit berpedoman dan berpegang teguh kepada “Kode Etik Rumah Sakit Indonesia”, dan “Kode Etik Tenaga Kesehatan”.
- b. Setiap peluang untuk pengembangan pelayanan akan dimanfaatkan dengan berpedoman kepada prinsip profesionalisme dan praktek bisnis yang sehat.

3. Komite Etik Penelitian Kesehatan

- a. Melibatkan pasien dalam penelitian, harus mendapat izin dengan memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga dan disertai dengan penanda tangan informed consent.
- b. Setiap penelitian yang dilaksanakan harus mendapat *ethical clearance*.
- c. Peningkatan pembiayaan pelayanan yang timbul akibat pelaksanaan penelitian menjadi tanggung jawab peneliti.

- d. Penyelenggaraan pendidikan/pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan dan penyelenggaraan penelitian/ pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dilaksanakan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan dengan tidak mengorbankan aspek yang berkaitan dengan pelayanan pasien.
- e. Penelitian menggunakan lembar pengumpul data yang disiapkan oleh peneliti, dan tidak dibolehkan menggunakan "Rekam Medis" pasien.

4. Keselamatan Pasien

- a. RSUD. Dr. Muhammad Zein membuat sistem agar asuhan pasien menjadi lebih aman meliputi; asesmen resiko, identifikasi, tata-kelola yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insidens, kemampuan belajar dari insidens dan tindak lanjutnya, implementasi solusi untuk mencegah, meminimalkan timbulnya resiko. Sistem ini dimaksudkan untuk mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan sesuatu tindakan yang seharusnya dilakukan.
- b. Upaya meniadakan Resiko kejadian/ insiden keselamatan pasien rumah sakit harus dilakukan secara berkesinambungan, direncanakan oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien atas dasar 7 standar keselamatan pasien, menerapkan 7 langkah menuju keselamatan pasien dan pelaksanaan 6 point yang ada pada sasaran keselamatan pasien oleh segenap petugas di rumah sakit.

5. Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Sasaran Keselamatan Pasien RSUD. Dr. Muhammad Zein di tujukan pada: ketepatan identifikasi pasien melalui pemasangan gelang, peningkatan komunikasi efektif, peningkatan pengamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi tepat prosedur dan tepat pasien operasi, mengurangi resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, mengurangi resiko pasien jatuh.

6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

- a. Resiko terjadinya "Infeksi di RSUD. Dr. Muhammad Zein dicegah dan diminimalisir melalui upaya Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang berkesinambungan dengan kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pembinaan, pendidikan dan pelatihan serta monitoring dan evaluasi.
- b. Upaya tersebut dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang langsung berada dibawah koordinasi Direktur. Upaya ini juga dilakukan dengan melibatkan pasien/ keluarga.
- c. Setiap Unit kerja membuat asesmen resiko infeksi, dan melaksanakan pelayanan dengan selalu mempertimbangkan segala aspek yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi.

- d. Setiap petugas yang memberikan layanan dilatih dan mampu untuk melaksanakan “Hand Hygiene” pada lima momen/ five moment serta prinsip “kewaspadaan standar”
- e. Petugas unit layanan yang beresiko untuk terjadinya transmisi penyakit, dilengkapi dengan alat proteksi diri (APD).
- f. Penggunaan ulang material/bahan sekali pakai harus disertai oleh SPO.
- g. Petugas yang karena kondisi kesehatannya beresiko mentransmisi atau terpapar communicable disease tidak diperkenankan bertugas/berkontak dengan pasien dan material yang akan berkontak dengan pasien.

D. Fungsi Sosial Rumah Sakit

1. RSUD. Dr. Muhammad Zein melaksanakan fungsi sosial dengan menyediakan fasilitas untuk penderita yang kurang mampu.
2. Dalam melaksanakan fungsi sosial, RSUD. Dr. Muhammad Zein menjamin bahwa pelayanan yang diberikan tidak akan mempengaruhi mutu pelayanan.
3. Sesuai dengan kemampuan yang ada RSUD. Dr. Muhammad Zein berpartisipasi dalam penanggulangan bencana alam regional dan nasional

BAB III
STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Direktur

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kurang/Lebih
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Direktur	S1/S2 Kedokteran, Manajemen Rumah Sakit/Kesehatan	Diklat PIM III, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMKP, BHD dan APAR	1	1	-

B. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bagian Tata Usaha

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kurang/Lebih
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Kepala Bagian Tata Usaha	S1/S2 Umum	Diklat PIM III, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
2	Kepala Subag Kepegawaian, Pendidikan dan Pelatihan	Minimal SI.	Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
3	Analisis Kepegawaian	D.III/S1	Pelatihan BHD dan APAR	2	0	2
4	Pengadministrasian Umum	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	3	0	3
5	Arsiparis	SMA Sederajat	Pelatihan Arsip, BHD dan APAR	1	1	0
6	Sekretaris Direktur	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
7	Pengelola Gudang Umum	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
8	Pengemudi Direktur dan	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
9	Pengemudi Ambulance	SMP/SMA Sederajat	Pelatihan Pengemudi Ambulance, BHD dan APAR	11	0	11
10	Petugas Pengantar Pasien (Brangkar Man)	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	15	0	15
11	Petugas Keamanan	SMA Sederajat	Pelatihan Keamanan Pelatihan BHD dan APAR	25	0	25
12	Kepala Instalasi Informasi dan Teknologi	S.I Komputer	Pelatihan Manajemen, Pelatihan SIMRS, BHD dan APAR	1	1	0
13	Penanggungjawab Software	S.I Komputer	Pelatihan SIMRS, BHD dan APAR	2	0	2
14	Penanggungjawab Hardware	S.I Komputer	Pelatihan SIMRS, BHD dan APAR	2	0	2

16	Kepala Instalasi IPLSRS	D.III Kesling/ D.III Elektor Medik / S.I Kesehatan	Pelatihan Manajemen, Pelatihan PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
17	Kepala Ruang Sanitasi dan Sarana / Prasarana	D.III/S.1 Kesling	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
18	Sanitarian	D.III/S.1 Kesling	Pelatihan BHD dan APAR	9	2	7
19	Petugas Pengontrol Lingkungan dan AIR	SMA / D.III Kesling	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
20	Kepala Ruang Laundry	D.III Kesling/S.I Kesehatan	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Pengelolaan Linen, PMKP, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
21	Pelaksana Laundry	SMP/SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	12	1	11
22	Kepala Sub Bagian Perencanaan Keuangan	Minimal S.I	- Diklat PIM VI, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
23	Analisis Perencanaan	D.III/SI. Perencana/Kesehatan Lainnya	Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
24	Staf Palaporan	D.III/SI.	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1

C. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Pelayanan Medis

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kurang/Lebih
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Kepala Bidang Pelayanan Medis	Dokter Umum/Spesialis S2. Manajemen Rumah Sakit/Kesehatan	- Diklat PIM III, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
2	Kepala Seksi Pelayanan	Dokter Umum, Perawat SI/SII/Tenaga Kesehatan Lain SI/SII	- Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
3	Analisis Pelayanan	Minimal D.III/S.I Kesehatan	Pelatihan BHD dan APAR	3	1	2

4	Kepala Instalasi Rekam Medis	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Pengelolaan Rekam Medis, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
5	Kepala Ruang Pendaftaran	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Pengelolaan Rekam Medis, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
6	Petugas Pendaftaran	SMA Sederajat/D.III Kesehatan/S.I Kesehatan	Pelatihan Service Excellent, BHD dan APAR	9	0	9
7	Petugas Admisi	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Service Excellent, BHD dan APAR	8	0	8
8	Kepala Ruang Penyimpanan dan Pendistribusian Rekam Medis	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Pengelolaan Rekam Medis, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
8	Perekam Medis	Minimal D.III Rekam Medis/D.III Kesehatan	Pelatihan Pengelolaan Rekam Medis, PMKP, BHD dan APAR	10	4	6
10	Kurir	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	3	1	2
	Petugas Perakit	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
11	Kepala Ruang Case Mix	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Pengelolaan Rekam Medis, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
12	Coder dan Petugas Input	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan Coding, BHD dan APAR	6	3	3
13	Petugas Verifikasi Berkas Pelayanan Dokter	Dokter	Pelatihan Coding, BHD dan APAR	2	1	1
14	Petugas Verifikasi Berkas Pelayanan	D.III Keperawatan/Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
15	Pengolah Data	Minimal D.III Rekam Medis	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
16	Petugas Pengadministrasian Arsip	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	2	1	1
17	Petugas Scanner	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	2	1	1
18	Kepala Ruang Pengolah Data Pelayanan	D.III Rekam Medis/S.I Kesehatan	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan	1	0	1

			Pengolahan Data Pelayanan, BHD dan APAR			
19	Pengolah Data	D.III Rekam Medis/S.I Kesehatan	Pelatihan Pengolahan Data Pelayanan, BHD dan APAR	4	3	1
20	Kepala Unit Promosi Kesehatan Rumah Sakit	Minimal D.III Kesehatan/S.I Promosi Kesehatan	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Promosi Kesehatan, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
21	Petugas Penyedia Media	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	2	0	0
22	Petugas Informasi Data	S.I Komputer	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
23	Petugas Informasi Umum	SMA Sederajat	Pelatihan Servis Excellent, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
24	Petugas Pengelola Promosi Kesehatan	S.I Promosi Kesehatan Masyarakat	Pelatihan Servis Excellent, Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
25	Kepala Instalasi Non Rawatan	SI. Keperawatan/Kesehatan	Pelatihan Manajemen RS, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
26	Kepala Ruang Rehabilitasi Medik dan Keterampilan Fisik	Minimal S.I Fisioterapis	Pelatihan Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
27	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik dan Keterampilan Fisik	Dokter Spesialis	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
28	Dokter	Dokter Umum	Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
29	Fisioterapis	D.III Fisioterapis	Pelatihan BHD dan APAR	5	5	0
30	Kepala Ruang Unit Transfusi Darah	D.I Transfusi Darah/D.III Transfusi Darah/D.III Analisis Kesehatan	Pelatihan Kepala Ruang, Pelatihan Transfusi Darah, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
31	Staf Pelaksana Transfusi Darah	D.III Transfusi darah/Analisis Kesehatan/Kebidanan D.I Analisis Kesehatan	Pelatihan Transfusi Darah, PMKP, BHD dan APAR	15	4	11

32	Staf Pelaksana Diagnostik Terpadu	D.III Keperawatan/Ners	Pelatihan EEG, EKG, USG, Echo, PMKP, BHD dan APAR	2	2	0
33	Staf Pelaksana Optisi	D.III Refraksionis Optisi	Pelatihan BHD dan APAR	3	5	+2
34	Penyelenggaraan Jenazah / Rohani	Sl. Konseris/Agama, SMA Sederajat	Pelatihan Memandikan Jenazah, Pelatihan Memandikan Jenazah Infeksi (Penyakit Menular), Pelatihan BHD dan APAR	3	0	3
35	Kepala Seksi Keperawatan	Minimal S.I Keperawatan	- Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Keperawatan, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
36	Analisis Keperawatan	Minimal D.III Keperawatan/Kebidanan, S.I Keperawatan/S.I Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR	2	2	0
37	Kepala Instalasi Rawat Jalan	Dokter Spesialis / Dokter Umum / Ners	PMKP, PPGD dan APAR	1	1	0
38	Kepala Ruang IGD	Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, PPGD, BHD dan APAR	1	1	0
39	Dokter	Dokter Umum	Pelatihan ACLS, ATLS, Pelatihan Triase, Hospital Disaster dan APAR	10	1	9
40	Perawat	D.III Keperawatan/ Ners	PPGD, BTCLS, APAR, dan PONEK	15	2	13
41	Bidan	D.III/S1 Kebidanan	PPGD, BTCLS, APAR, dan PONEK	8	1	7
42	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
43	Kepala Ruang Rawat Jalan	Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
44	Dokter Gigi	Dokter Gigi	PMKP, BHD dan APAR	3	3	0
45	Perawat	D.III Keperawatan/S1. Keperawatan D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Perawatan Luka	40	17	23

46	Bidan	Minimalm D.III Kebidanan	Pelatihan KB, Pelatihan BHD dan APAR	3	2	1
47	Perawat Gigi	D.III Perawat Kesehatan Gigi	Pelatihan BHD dan APAR	3	3	0
48	Petugas Skrining	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	2	1	1
49	Kepala Ruang Instalasi Bedah Central	Dokter Spesialis Bedah/Obsgyn/Anestesi/Dokter Umum/Ners	Pelatihan Manajemen RS, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
50	Kepala Ruang Kamar Operasi	Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Perawat kamar Operasi, PMKP, BHD dan APAR, PONEK	1	1	0
51	Perawat	D.III Kep/ Ners	Pelatihan Perawat kamar Operasi, PONEK, Pelatihan BHD dan APAR	17	15	2
52	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
53	Kepala Ruang Anestesi	Minimal D.III Anestesi/Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Anestesi, PMKP, BHD dan APAR, PONEK	1	1	0
54	Dokter Spesialis	Spesialis Anatesi	Pelatihan Spesialistik Anestesi, PMKP dan APAR	2	1	1
55	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
56	Perawat Anestesi	D.III Kep Perawat Magang Anestesi	Pelatihan Anestesi, PONEK, BHD dan APAR	12	9	3
57	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
58	Kepala Instalasi Rawat Inap A	Dokter Spesialis Obsgyn/Dokter Umum/Ners	Pelatihan Manajemen RS, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
59	Kepala Ruang Obstetri Ginekologi	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PONEK, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
60	Dokter Spesialis	Spesialis Obstetry Ginekology	Pelatihan Spesialistik Obsgyn, PMKP dan APAR	3	3	0
61	Dokter Umum	Dokter Umum	Pelatihan PONEK, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
62	Bidan	D.III Kebidanan/S.I	Pelatihan PONEK,	10	5	5

		Keidanan	Pelatihan Perawatan Luka, Pelatihan BHD dan APAR			
63	Perawat	D.III Kep/Ners D.III Kebidanan/S.I Keidanan	Pelatihan PONEK, Pelatihan Perawatan Luka, Pelatihan BHD dan APAR	3	0	3
64	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, PONEK, BHD dan APAR	2	2	0
65	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
66	Kepala Ruang Perinatologi	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Resusitasi Bayi, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
67	Dokter Umum	Dokter Umum	Pelatihan Resusitasi Neonatus, PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
68	Perawat	D.III Kep/Ners D.III Kebidanan	Pelatihan Resusitasi Bayi, Pelatihan Manajemen Laktasi, Pelatihan BHD dan APAR			
69	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, Resusitasi Bayi, BHD dan APAR	2	2	0
70	Petugas Administrasi	Minimal S.I Keperawatan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
71	Kepala Ruang Bedah	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Perawatan Luka, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
72	Dokter Spesialis	Spesialis Bedah	Pelatihan Spesialistik Bedah, PMKP dan APAR	3	3	0
73	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
74	Perawat	D.III/Ners D.III Kebidanan	Pelatihan Perawatan Luka, Pelatihan BHD dan APAR	12	3	9
75	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	2	2	0
76	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	1	0
77	Kepala Ruang ICU dan Jantung	Minimal S.I Keperawatan	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang,	1	1	0

			Pelatihan Perawat ICU, PMKP, BHD dan APAR			
	Dokter Spesialis	Spesialis Jantung	Pelatihan Spesialistik Jantung, PMKP dan APAR	1	1	0
78	Dokter	Dokter Umum	Pelatihan ICU, dan Pelatihan Jantung, PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
79	Perawat	D.III/S1 Keperawatan D.III Kebidanan	Pelatihan Perawat ICU, Pelatihan BHD dan APAR	10	4	6
80	PPJA	S.I Keperawatan	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	2	2	0
81	Petugas Administrasi	Minimal S.I Keperawatan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	1	0
82	Kepala Instalasi Rawat Inap B	Dokter Spesialis Obsgyn/Dokter Umum/Ners	Pelatihan Manajemen RS, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
83	Kepala Ruang VIP, Kelas I / II Terpadu	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
84	Dokter	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	2	1	1
85	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	13	4	9
86	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	3	3	0
87	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
88	Kepala Ruang Penyakit Dalam	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
89	Dokter Spesialis	Spesialis Penyakit Dalam	Pelatihan Spesialistik Penyakit Dalam, PMKP dan APAR	3	3	0
90	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
91	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	17	2	15
92	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	2	2	0
93	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/ D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	1	0
94	Kepala Ruang Anak	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang,	1	1	0

			PMKP, BHD dan APAR			
95	Dokter Spesialis	Spesialis Anak	Pelatihan Spesialistik Anak, PMKP dan APAR	2	1	1
96	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
97	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	7	3	4
98	Bidan	D.III Keb/D.IV Profesi		5	3	2
99	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	2	2	0
100	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
101	Kepala Ruang Paru	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
102	Dokter Spesialis	Spesialis Paru	Pelatihan Spesialistik Paru, PMKP, APAR	2	2	0
103	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
104	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	11	2	9
105	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	2	1	1
106	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
107	Kepala Ruang Neurologi	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	1
108	Dokter Spesialis	Spesialis Neurologi	Pelatihan Spesialistik Neuro, PMKP, APAR	2	2	0
109	Dokter Umum	Dokter Umum	PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
110	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	11	4	7
111	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	1	1	0
112	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
113	Kepala Ruang Kelas III Terpadu	Minimal Ners	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0

114	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan BHD dan APAR	10	2	8
115	PPJA	Ners	Pelatihan Metode Keperawatan, BHD dan APAR	3	2	0
116	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
117	Kepala Ruang Hemodialisa	Ners	Pelatihan Perawat Hemodialisa, Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
118	Dokter Spesialis	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	Pelatihan Hemodialisa, PMKP, APAR	1	1	0
119	Dokter Umum	Dokter Umum	Pelatihan Hemodialisa, PMKP, BHD dan APAR	2	2	0
120	Perawat	D.III Kep/Ners	Pelatihan Hemodialisa, PMKP, BHD dan APAR	3	2	1
121	PPJA	Ners	Pelatihan Hemodialisa, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
122	Petugas Administrasi	SPK/D.III Kep/S.I Keperawatan/Ners/D.III Kebidanan	Pelatihan BHD dan APAR, Pelatihan Aplikasi SIMRS	1	0	1
123	Staf Pelaksana Diagnostik Terpadu	D.III Keperawatan/Ners	Pelatihan EEG, EKG, USG, Echo, PMKP, BHD dan APAR	2	1	1

D. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Keuangan

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kurang/Lebih
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Kepala Bidang Keuangan	Minimal S.I Ekonomi	Diklat PIM III, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
2	Kepala Seksi Pengelola Keuangan	Minimal S.I Ekonomi	Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
3	Bendahara Penerimaan	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
4	Bendahara Pengeluaran APBD	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
5	Bendahara Pengeluaran BLUD	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
6	Pembantu Bendahara	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
7	Staf Verifikasi	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Verifikasi, Pelatihan BHD dan APAR	2	2	0
8	Operator Bendahara Pengeluaran dan Penerimaan	SMA/S1 Ekonomi	Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan BHD dan APAR	2	0	2
9	Kepala Ruang Loker Keuangan	SMA Sederajat	Pelatihan Manajemen RS, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
10	Kasir	SMA Sederajat/D.III Ekonomi/S.I Ekonomi	PMKP, BHD dan APAR	6	0	6
11	Kepala Seksi Pembukuan dan Akuntansi	Minimal S.I Ekonomi	Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Manajemen Keuangan, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0

12	Analisis Keuangan	D.III Akutansi, Ekonomi/S1 Ekonomi	Pelatihan Laporan Keuangan, BHD dan APAR	1	1	0
13	Operator Penatausahaan BLUD	D.III Akutansi, Ekonomi/S1 Ekonomi	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1
14	Staf Pembukuan dan Akuntansi	D.III Akutansi, Ekonomi/S1 Ekonomi	Pelatihan BHD dan APAR	1	0	1

E. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Bidang Penunjang

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kurang/Lebih
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Kepala Bidang Penunjang Medis	Dokter Umum/Spesialis, S2. Manajemen Rumah Sakit/Kesehatan	- Diklat PIM III, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
2	Kepala Seksi Penunjang Teknis	Minimal S.I Kesehatan	- Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
3	Staf Penunjang Teknis	Minimal D.III Kesehatan	Pelatihan BHD dan APAR	3	2	1
4	Kepala Instalasi Farmasi	Minimal Apoteker	Pelatihan Manajemen RS, Pelatihan Manajemen Obat, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
5	Sekretaris Instalasi Farmasi	S1 Profesi	Pelatihan Manajemen Obat, PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
6	Kepala Ruang Gudang Farmasi	D.III/S1 Profesi	Pelatihan Manajemen Obat, PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
	Tenaga Teknis Kefarmasian	D.III/S1 Farmasi	Pelatihan pencampuran Obat, BHD dan APAR	2	1	1
7	Admin	SMA/D.III Farmasi	Pelatihan BHD dan APAR	3	0	3
8	Prakarya	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	2	-	2
9	Kepala Unit Pelayanan Obat	S1 Profesi	Pelatihan Manajemen Obat, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0

	Rawat Inap					
10	Tenaga Teknis Kefarmasian	D.III/S1 Farmasi	Pelatihan pencampuran Obat, BHD dan APAR	10	5	5
		Apoteker	Pelatihan pencampuran Obat, BHD dan APAR	5	2	3
12	Kepala Unit Pelayanan Obat Rawat jalan	S1 Profesi	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, Pelatihan Manajemen Obat, PMKP, BHD dan APAR	1	0	1
13	Tenaga Teknis Kefarmasian	D.III/S1 Farmasi	Pelatihan pencampuran Obat, BHD dan APAR	18	1	17
		Apoteker	Pelatihan pencampuran Obat, BHD dan APAR	2	0	2
	Admin	SMA/D.III Farmasi	Pelatihan BHD dan APAR	3	0	3
14	Kepala Ruangan Gas Medis	S.I Sederajat	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
15	Petugas Pendistribusian Gas Medis	SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	10	1	9
16	Kepala Instalasi Penunjang Medik	Sarjana Analis, Sarjana Radiologi dan Sarjana Gizi	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
17	Kepala Ruang Laboratorium	S.I Analis Laboratorium	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
18	Pranata Laboratorium Kesehatan	D.III Analis Kesehatan/D.IV/S1 Analis Kesehatan	Pelatihan BHD dan APAR	21	14	7
19	Kepala Ruang Patologi Anatomi	S.I Analis Laboratorium	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
20	Pranata Laboratorium Kesehatan	D.III Analis Kesehatan/D.IV/S1 Analis Kesehatan	Pelatihan BHD dan APAR	4	2	2

21	Kepala Ruang Gizi	D.III Gizi	Pelatihan Gizi Klinik, Pelatihan Pemadam Kebakaran, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
22	Nutrisionis	Minimal D.III Gizi	Pelatihan Gizi Klinik, Pelatihan Pemadam Kebakaran, BHD dan APAR	8	5	3
23	Tukang Masak	SMA Sederajat	Pelatihan Pemadam Kebakaran, BHD dan APAR	9	1	8
24	Petugas Pendistribusian Makanan	SMA Sederajat	Pelatihan Pemadam Kebakaran, BHD dan APAR	9	0	9
25	Kepala Seksi Peralatan	Minimal S.I Kesehatan	Diklat PIM IV, Pelatihan Manajemen RS, Manajemen Fasilitas, Pelatihan PMK, BHD dan APAR	1	1	0
26	Pengadministrasian Saran Prasarana	SMA/S1	Pelatihan Aset, BHD dan APAR	2	2	0
27	Staf Seksi Peralatan	SMA Sederajat		1	0	1
28	Kepala Ruang Radiologi	D.III Radiologi	Pelatihan Manajemen Kepala Ruang, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
29	Radiografer	D.III Radiologi	Pelatihan BHD dan APAR	10	3	7
31	Kepala Unit Alat Medis	Minimal D.III Elektor Medik	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
32	Teknisi Elektro Medik	Minimal D.III Elektor Medik	Pelatihan BHD dan APAR	7	1	6
33	Kepala Unit Alat Non Medis	SMA	PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
34	Teknisi Listrik	STM Listrik	Pelatihan BHD dan APAR	2	0	2
35	Teknisi Jaringan Aipon	STM/SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	1	1	0
36	Petugas Pengontrol Listik dan Genset	STM Listrik/SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	5	1	4

37	Kepala Ruang CSSD	Minimal D.III Kesehatan	Pelatihan Sterilisasi, PMKP, BHD dan APAR	1	1	0
38	Petugas sterilisasi	Minimal SMA Sederajat	Pelatihan BHD dan APAR	10	4	6

F. Kualifikasi Pendidikan dan Pelatihan Komite

No	Jabatan	Kualifikasi		Keb	Realisasi	Kekurangan
		Pendidikan Formal	Diklat			
1	Ketua Komite Keperawatan	Ners	Work Shop Komite Keperawatan, BHD dan APAR	1	1	0
2	Ketua Komite Kesehatan Lain	SI Tenaga Kesehatan Lain	Work Shop Komite Tenaga Kesehatan Lain, BHD dan APAR	1	1	0
3	Sekretaris Komite PPI	Ners	Pelatihan PPI Dasar, Pelatihan IPCN, PMKP, ICRA, BHD dan APAR	1	1	0
4	IPCO	Dokter	Pelatihan PPI Dasar, Pelatihan IPCO, PMKP, ICRA, BHD dan APAR	1	0	1
5	IPCN	Ners	Pelatihan PPI Dasar, Pelatihan IPCN, PMKP, ICRA, BHD dan APAR	3	3	0
7	Sekretaris Komite Mutu	Minimal SI Kesehatan	Pelatihan PMKP, Manajemen Data, Sismadak dan Komunikasi efektif, BHD dan APAR	1	1	0
8	Sub Komite Mutu	Minimal SI Kesehatan	Pelatihan PMKP, Manajemen Data, Sismadak dan Komunikasi efektif, BHD dan APAR	2	1	1
9	Sekretariat Komite Koordinator Pendidikan	Minimal D.III/Ners/Sarjana Kesehatan Lain	Pelatihan Komkordin Pelatihan PMKP, Manajemen Data, Sismadak dan Komunikasi efektif, BHD dan APAR	2	2	0
11	MOD	Minimal D.III/Ners/Sarjana Kesehatan Lain	Pelatihan PMKP, Pelatihan Manajemen RS, Manajemen Data, Sismadak dan	5	5	0

			Komunikasi efektif, BHD dan APAR			
--	--	--	-------------------------------------	--	--	--

BAB IV

STANDAR FASILITAS

Sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 24 Tahun 2016 tentang Persyaratan Teknis Bangunan Rumah Sakit, maka RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan mengacu kepada standar tersebut dan melakukan upaya agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai standar persyaratan teknis bangunan rumah sakit sehingga menjamin keselamatan pasien, petugas, dan pengunjung rumah sakit.

A. Lokasi Rumah Sakit

1. Geografis

a. Kontur tanah

Kontur tanah mempengaruhi perencanaan struktur, arsitektur, dan mekanikal elektrikal rumah sakit. Selain itu kontur tanah juga berpengaruh terhadap perencanaan sistem drainase, kondisi jalan terhadap tapak bangunan dan lain lain.

b. Lokasi rumah sakit sebagai berikut :

- 1) Berada pada lingkungan dengan udara bersih dan lingkungan yang tenang.
- 2) Bebas dari kebisingan yang tidak semestinya dan polusi atmosfer yang datang dari berbagai sumber.
- 3) Tidak di tepi lereng.
- 4) Tidak dekat kaki gunung yang rawan terhadap tanah longsor.
- 5) Tidak dekat anak sungai, sungai atau badan air yang dapat mengikis pondasi.
- 6) Tidak di atas atau dekat dengan jalur patahan aktif.
- 7) Tidak di daerah rawan tsunami.
- 8) Tidak di daerah rawan banjir.
- 9) Tidak dalam zona topan.
- 10) Tidak di daerah rawan badai
- 11) Tidak dekat stasiun pemancar.
- 12) Tidak berada pada daerah hantaran udara tegangan tinggi.

RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan melakukan upaya untuk mengakomodir semua persyaratan walaupun melakukan beberapa modifikasi akibat

keterbatasan tertentu (rumah sakit berada di zona bencana), maka alternatif pelayanan pada saat bencana perlu dipersiapkan dengan baik.

2. Peruntukan Lokasi Bangunan rumah sakit harus diselenggarakan pada lokasi yang sesuai dengan peruntukannya yang diatur dalam ketentuan tata ruang dan tata bangunan daerah setempat.
3. Aksesibilitas Untuk Jalur Transportasi dan Komunikasi Lokasi harus mudah dijangkau oleh masyarakat atau dekat ke jalan raya dan tersedia infrastruktur dan fasilitas dengan mudah, yaitu tersedia transportasi umum, jalur-jalur yang aksesibel untuk disabel.
4. Fasilitas Parkir Perancangan dan perencanaan prasarana parkir di RS sangat penting, karena prasarana parkir dan jalan masuk kendaraan akan menyita banyak lahan. Dengan asumsi perhitungan kebutuhan lahan parkir pada RS idealnya adalah 37,5m² s/d 50m² per tempat tidur (sudah termasuk jalur sirkulasi kendaraan) atau menyesuaikan kondisi sosial ekonomi daerah setempat. Tempat parkir harus dilengkapi dengan rambu parkir. Penyediaan parkir di pekarangan tidak boleh mengurangi daerah penghijauan yang telah ditetapkan.
5. Utilitas Publik Rumah sakit harus memastikan ketersediaan air bersih, pembuangan air kotor/limbah, listrik, dan jalur telepon selama 24 jam.
6. Fasilitas Pengelolaan Kesehatan Lingkungan Setiap rumah sakit harus dilengkapi dengan fasilitas pengelolaan kesehatan lingkungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundangundangan.

B. Bentuk Bangunan

1. Bentuk denah bangunan rumah sakit sedapat mungkin simetris guna mengantisipasi kerusakan yang diakibatkan oleh gempa.
2. Massa bangunan rumah sakit harus mempertimbangkan sirkulasi udara dan pencahayaan, kenyamanan dan keselarasan dan keseimbangan dengan lingkungan.
3. Perencanaan bangunan rumah sakit harus mengikuti Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan (RTBL), yang meliputi persyaratan Koefisien Dasar Bangunan (KDB), Koefisien Lantai Bangunan (KLB), Koefisien Daerah Hijau (KDH), Garis Sempadan Bangunan (GSB) dan Garis Sepadan Pagar (GSP).
4. Penentuan pola pembangunan rumah sakit baik secara vertikal maupun horisontal, disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang diinginkan

rumah sakit (;health needs), kebudayaan daerah setempat (;cultures), kondisi alam daerah setempat (;climate), lahan yang tersedia (;sites) dan kondisi keuangan manajemen rumah sakit (;budget).

C. Struktur Bangunan

1. Struktur bangunan rumah sakit harus direncanakan dan dilaksanakan dengan sebaik mungkin agar kuat, kokoh, dan stabil dalam memikul beban/kombinasi beban dan memenuhi persyaratan keselamatan (safety), serta memenuhi persyaratan kelayakan (serviceability) selama umur bangunan dengan mempertimbangkan fungsi bangunan rumah sakit.
2. Kemampuan memikul beban baik beban tetap maupun beban sementara yang mungkin bekerja selama umur layanan struktur harus diperhitungkan.
3. Penentuan mengenai jenis, intensitas dan cara bekerjanya beban harus sesuai dengan standar teknis yang berlaku.
4. Struktur bangunan rumah sakit harus direncanakan terhadap pengaruh gempa sesuai dengan standar teknis yang berlaku.
5. Pada bangunan rumah sakit, apabila terjadi keruntuhan, kondisi strukturnya harus dapat memungkinkan pengguna bangunan menyelamatkan diri.
6. Untuk menentukan tingkat keandalan struktur bangunan, harus dilakukan pemeriksaan keandalan bangunan secara berkala sesuai dengan Pedoman Teknis atau standar yang berlaku. dan harus dilakukan atau didampingi oleh ahli yang memiliki sertifikasi sesuai.

C. Zonasi

Zonasi ruang adalah pembagian atau pengelompokan ruangan-ruangan berdasarkan kesamaan karakteristik fungsi kegiatan untuk tujuan tertentu. Pengkategorian pembagian area atau zonasi rumah sakit terdiri atas zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit, zonasi berdasarkan privasi dan zonasi berdasarkan pelayanan.

1. Zonasi berdasarkan tingkat risiko terjadinya penularan penyakit terdiri dari :
 - a. Area dengan risiko rendah, diantaranya yaitu ruang kesekretariatan dan administrasi, ruang pertemuan, ruang arsip/rekam medis.
 - b. Area dengan risiko sedang, diantaranya yaitu ruang rawat inap penyakit tidak menular, ruang rawat jalan.

- c. Area dengan risiko tinggi, diantaranya yaitu ruang ruang gawat darurat, ruang rawat inap penyakit menular (isolasi infeksi), ruang rawat intensif, ruang bersalin, laboratorium, pemulasaraan jenazah, ruang radiodiagnostik.
 - d. Area dengan risiko sangat tinggi, diantaranya yaitu ruang operasi.
2. Zonasi berdasarkan privasi kegiatan terdiri dari :
- a. Area publik, yaitu area dalam lingkungan rumah sakit yang dapat diakses langsung oleh umum, diantaranya yaitu ruang rawat jalan, ruang gawat darurat, ruang farmasi, ruang radiologi, laboratorium.
 - b. Area semi publik, yaitu area dalam lingkungan rumah sakit yang dapat diakses secara terbatas oleh umum, diantaranya yaitu ruang rawat inap, ruang diagnostik, ruang hemodialisa.
 - c. Area privat, yaitu area yang dibatasi bagi pengunjung rumah sakit, diantaranya yaitu seperti ruang perawatan intensif, ruang operasi, ruang kebidanan, ruang sterilisasi, ruangan-ruangan petugas.
3. Zonasi berdasarkan pelayanan terdiri dari :
- a. Zona pelayanan medik dan perawatan, diantaranya yaitu ruang rawat jalan, ruang gawat darurat, ruang perawatan intensif, ruang operasi, ruang kebidanan, ruang rawat inap, ruang hemodialisa. Perletakan zona pelayanan medik dan perawatan harus bebas dari kebisingan.
 - b. Zona penunjang dan operasional, diantaranya yaitu ruang farmasi, ruang radiologi, laboratorium, ruang sterilisasi.
 - c. Zona penunjang umum dan administrasi, diantaranya yaitu ruang kesekretariatan dan administrasi, ruang pertemuan, ruang rekam medis.

E. Kebutuhan Total Luas Lantai Bangunan

Perhitungan perkiraan kebutuhan total luas lantai bangunan untuk RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan sebagai rumah sakit Tipe C minimal 60 m² / tempat tidur

F. Desain Komponen Bangunan Rumah Sakit

1. Atap Atap harus kuat, tidak bocor, tahan lama dan tidak menjadi tempat perindukan serangga, tikus, dan binatang pengganggu lainnya.
2. Langit-Langit
 - a. Langit-langit harus kuat, berwarna terang, dan mudah dibersihkan, tidak mengandung unsur yang dapat membahayakan pasien, tidak berjamur.
 - b. Rangka langit-langit harus kuat.

- c. Tinggi langit-langit di ruangan minimal 2,80 m, dan tinggi di selasar (koridor) minimal 2,40 m.
- d. Tinggi langit-langit di ruangan operasi minimal 3,00 m.
- e. Pada ruang operasi dan ruang perawatan intensif, bahan langit-langit harus memiliki tingkat ketahanan api (TKA) minimal 2 jam.
- f. Pada tempat-tempat yang membutuhkan tingkat kebersihan ruangan tertentu, maka lampu-lampu penerangan ruangan dipasang dibenamkan pada plafon (recessed).

3. Dinding dan Partisi

- a. Dinding harus keras, rata, tidak berpori, kedap air, tahan api, tahan karat, harus mudah dibersihkan, tahan cuaca dan tidak berjamur.
- b. Warna dinding cerah tetapi tidak menyilaukan mata.
- c. Khusus pada ruangan-ruangan yang berkaitan dengan aktivitas pelayanan anak, pelapis dinding dapat berupa gambar untuk merangsang aktivitas anak.
- d. Pada daerah yang dilalui pasien, dindingnya harus dilengkapi pegangan tangan (handrail) yang menerus dengan ketinggian berkisar 80 - 100 cm dari permukaan lantai. Pegangan harus mampu menahan beban orang dengan berat minimal 75 kg yang berpegangan dengan satu tangan pada pegangan tangan yang ada.
- e. Bahan pegangan tangan harus terbuat dari bahan yang tahan api, mudah dibersihkan dan memiliki lapisan permukaan yang bersifat nonporosif.
- f. Khusus ruangan yang menggunakan peralatan x-ray, maka dinding harus memenuhi persyaratan teknis proteksi radiasi sinar pengion.
- g. Khusus untuk daerah yang sering berkaitan dengan bahan kimia, daerah yang mudah terpicu api, maka dinding harus dari bahan yang mempunyai Tingkat Ketahanan Api (TKA) minimal 2 jam, tahan bahan kimia dan benturan.
- h. Pada ruang yang terdapat peralatan menggunakan gelombang elektromagnetik (EM), seperti Short Wave Diathermy atau Micro Wave Diathermy, tidak boleh menggunakan pelapis dinding yang mengandung unsur metal atau baja.
- i. Ruang yang mempunyai tingkat kebisingan tinggi (misalkan ruang mesin genset, ruang pompa, ruang boiler, ruang kompressor, ruang chiller, ruang AHU, dan lain-lain) maka bahan dinding menggunakan bahan yang kedap suara atau menggunakan bahan yang dapat menyerap bunyi.

- j. Pada area dengan resiko tinggi yang membutuhkan tingkat kebersihan ruangan tertentu, maka pertemuan antara dinding dengan dinding harus dibuat melengkung/conus untuk memudahkan pembersihan.
- k. Khusus pada ruang operasi dan ruang perawatan intensif, bahan dinding/partisi harus memiliki Tingkat Ketahanan Api (TKA) minimal 2 jam.

4. Lantai

- a. Lantai harus terbuat dari bahan yang kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang, dan mudah dibersihkan.
- b. Tidak terbuat dari bahan yang memiliki lapisan permukaan dengan porositas yang tinggi yang dapat menyimpan debu.
- c. Mudah dibersihkan dan tahan terhadap gesekan.
- d. Penutup lantai harus berwarna cerah dan tidak menyilaukan mata.
- e. Ram harus mempunyai kemiringan kurang dari 70, bahan penutup lantai harus dari lapisan permukaan yang tidak licin (walaupun dalam kondisi basah).
- f. Khusus untuk ruang yang sering berinteraksi dengan bahan kimia dan mudah terbakar, maka bahan penutup lantai harus dari bahan yang mempunyai Tingkat Ketahanan Api (TKA) minimal 2 jam, tahan bahan kimia.
- g. Khusus untuk area perawatan pasien (area tenang) bahan lantai menggunakan bahan yang tidak menimbulkan bunyi.
- h. Pada area dengan resiko tinggi yang membutuhkan tingkat kebersihan ruangan tertentu, maka pertemuan antara lantai dengan dinding harus melengkung untuk memudahkan pembersihan lantai (hospital plint).
- i. Pada ruang yang terdapat peralatan medik, lantai harus dapat menghilangkan muatan listrik statik dari peralatan sehingga tidak membahayakan petugas dari sengatan listrik.

5. Pintu dan Jendela

- a. Pintu utama dan pintu-pintu yang dilalui brankar/tempat tidur pasien memiliki lebar bukaan minimal 120 cm, dan pintu-pintu yang tidak menjadi akses tempat tidur pasien memiliki lebar bukaan minimal 90 cm.
- b. Di daerah sekitar pintu masuk tidak boleh ada perbedaan ketinggian lantai tidak boleh menggunakan ram.
- c. Pintu Darurat
 - 1) Setiap bangunan rumah sakit yang bertingkat lebih dari 3 lantai harus dilengkapi dengan pintu darurat.

- 2) Lebar pintu darurat minimal 100 cm membuka ke arah ruang tangga penyelamatan (darurat) kecuali pada lantai dasar membuka ke arah luar (halaman).
 - 3) Jarak antar pintu darurat dalam satu blok bangunan gedung maksimal 25 m dari segala arah.
- d. Pintu untuk kamar mandi di ruangan perawatan pasien dan pintu toilet untuk aksesibel, harus terbuka ke luar, dan lebar daun pintu minimal 85 cm.
 - e. Pintu-pintu yang menjadi akses tempat tidur pasien harus dilapisi bahan anti benturan.
 - f. Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang dapat terbuka secara maksimal untuk kepentingan pertukaran udara.
 - g. Pada bangunan rumah sakit bertingkat, lebar bukaan jendela harus aman dari kemungkinan pasien dapat melarikan/ meloloskan diri.
 - h. Jendela juga berfungsi sebagai media pencahayaan alami di siang hari.
6. Toilet/Kamar Mandi
- a. Toilet umum
 - 1) Toilet atau kamar mandi umum harus memiliki ruang gerak yang cukup untuk masuk dan keluar oleh pengguna.
 - 2) Ketinggian tempat duduk kloset harus sesuai dengan ketinggian pengguna (36 - 38 cm).
 - 3) Permukaan lantai harus tidak licin dan tidak boleh menyebabkan genangan.
 - 4) Pintu harus mudah dibuka dan ditutup.
 - 5) Kunci-kunci toilet atau grendel dapat dibuka dari luar jika terjadi kondisi darurat.
 - b. Toilet untuk aksesibilitas
 - 1) Toilet atau kamar mandi umum yang aksesibel harus dilengkapi dengan tampilan rambu/symbol "disabel" pada bagian luarnya.
 - 2) Toilet atau kamar kecil umum harus memiliki ruang gerak yang cukup untuk masuk dan keluar pengguna kursi roda.
 - 3) Ketinggian tempat duduk kloset harus sesuai dengan ketinggian pengguna kursi roda sekitar (45 - 50 cm)
 - 4) Toilet atau kamar kecil umum harus dilengkapi dengan pegangan rambat (handrail) yang memiliki posisi dan ketinggian disesuaikan dengan pengguna kursi roda dan penyandang cacat yang lain. Pegangan

disarankan memiliki bentuk siku-siku mengarah ke atas untuk membantu pergerakan pengguna kursi roda.

- 5) Letak kertas tisu, air, kran air atau pancuran (shower) dan perlengkapan-perengkapan seperti tempat sabun dan pengering tangan harus dipasang sedemikian hingga mudah digunakan oleh orang yang memiliki keterbatasan keterbatasan fisik dan bisa dijangkau pengguna kursi roda.
- 6) Permukaan lantai harus tidak licin dan tidak boleh menyebabkan genangan.
- 7) Pintu harus mudah dibuka dan ditutup untuk memudahkan pengguna kursi roda.
- 8) Kunci-kunci toilet atau grendel dapat dibuka dari luar jika terjadi kondisi darurat.
- 9) Pada tempat-tempat yang mudah dicapai, seperti pada daerah pintu masuk, dianjurkan untuk menyediakan tombol bunyi darurat (emergency sound button) bila sewaktu-waktu terjadi sesuatu yang tidak diharapkan.

7. Koridor Ukuran koridor sebagai akses horizontal antar ruang dipertimbangkan berdasarkan fungsi koridor, fungsi ruang, dan jumlah pengguna. Ukuran koridor yang aksesibilitas tempat tidur pasien minimal 2,40 m.

8. Tangga

- a. Harus memiliki dimensi pijakan dan tanjakan yang berukuran seragam Tinggi masing-masing pijakan/tanjakan adalah 15 – 17 cm.
- b. Harus memiliki kemiringan tangga kurang dari 60°.
- c. Lebar tangga minimal 120 cm untuk membawa usungan dalam keadaan darurat, untuk mengevakuasi pasien dalam kasus terjadinya kebakaran atau situasi darurat lainnya.
- d. Tidak terdapat tanjakan yang berlubang yang dapat membahayakan pengguna tangga.
- e. Harus dilengkapi dengan pegangan rambat (handrail).
- f. Pegangan rambat harus mudah dipegang dengan ketinggian 65-80 cm dari lantai, bebas dari elemen konstruksi yang mengganggu, dan bagian ujungnya harus bulat atau dibelokkan dengan baik ke arah lantai, dinding atau tiang.
- g. Pegangan rambat harus ditambah panjangnya pada bagian ujungujungnya (puncak dan bagian bawah) dengan 30 cm.
- h. Untuk tangga yang terletak di luar bangunan, harus dirancang sehingga tidak ada air hujan yang menggenang pada lantainya.

9. RAM

- a. Ram adalah jalur sirkulasi yang memiliki kemiringan tertentu, sebagai alternatif bagi orang yang tidak dapat menggunakan tangga.
- b. Kemiringan suatu ram di dalam bangunan tidak boleh melebihi 70, perhitungan kemiringan tersebut tidak termasuk awalan dan akhiran ram (curb ramps/landing).
- c. Panjang mendatar dari satu ram (dengan kemiringan 70) tidak boleh lebih dari 900 cm. Panjang ram dengan kemiringan yang lebih rendah dapat lebih panjang.
- d. Lebar minimum dari ram adalah 2,40 m dengan tepi pengaman.
- e. Muka datar (bordes) pada awalan atau akhiran dari suatu ram harus bebas dan datar sehingga memungkinkan sekurang-kurangnya untuk memutar kursi roda dan brankar/tempat tidur pasien, dengan ukuran minimum 160 cm
- f. Permukaan datar awalan atau akhiran suatu ram harus memiliki tekstur sehingga tidak licin baik diwaktu hujan.
- g. Lebar tepi pengaman ram (low curb) maksimal 10 cm sehingga dapat mengamankan roda dari kursi roda atau brankar/ tempat tidur pasien agar tidak terperosok atau keluar ram.
- h. Apabila letak ram berbatasan langsung dengan lalu lintas jalan umum atau persimpangan, ram harus dibuat tidak mengganggu jalan umum.
- i. Pencahayaan harus cukup sehingga membantu penggunaan ram saat malam hari. Pencahayaan disediakan pada bagian ram yang memiliki ketinggian terhadap muka tanah sekitarnya dan bagian-bagian yang membahayakan.
- j. Dilengkapi dengan pegangan rambatan (handrail) yang dijamin kekuatannya dengan ketinggian yang sesuai.

G. Persyaratan Teknis Ruang dalam Bangunan Rumah Sakit

1. Ruang Rawat Jalan

- a. Letak ruang rawat jalan harus mudah diakses dari pintu masuk utama rumah sakit dan memiliki akses yang mudah ke ruang rekam medis, ruang farmasi, ruang radiologi, dan ruang laboratorium.
- b. Ruang rawat jalan harus memiliki ruang tunggu dengan kapasitas yang memadai dan sesuai kajian kebutuhan pelayanan.
- c. Desain ruangan pemeriksaan pada ruang rawat jalan harus dapat menjamin privasi pasien.

- d. Dalam hal terdapat ruangan pemeriksaan untuk pasien menular pada ruang rawat jalan, letak dan desain ruangan pemeriksaan untuk pasien menular harus dapat mengontrol penyebaran infeksi.

1. Ruang Rawat Jalan

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1	Ruangan Administrasi (Informasi, Registrasi, Pembayaran)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam . • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	Fungsi Informasi, registrasi, pembayaran dapat digabungkan pada satu ruangan.
2.	Ruangan Layanan Penjaminan Kesehatan	Umum	
3.	Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Tiap tiap Klinik harus memiliki ruang tunggu tersendiri dengan kapasitas yang memadai. • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Ruang tunggu dilengkapi dengan fasilitas desinfeksi tangan. • Ruang tunggu untuk pasien penyakit menular harus dipisah dengan 	

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		pasien tidak menular khususnya pasien anak dan kebidanan	
4.	Pos Perawat (<i>Nurse Station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Pos perawat harus disediakan fasilitas meja dan kursi untuk kebutuhan pendokumentasian. 	
5.	Ruangan Klinik (Konsultasi, Periksa/Tindakan)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik 9-24 m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. • Untuk kelompok ruangan klinik penyakit menular harus dipisahkan dengan klinik penyakit tidak menular baik akses, alur maupun ruangnya. • Untuk ruangan klinik yang menangani pasien 	

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>penyakit menular melalui udara (<i>airborne</i>), pertukaran udara minimal 12 kali perjam.</p>	
6.	Ruangan Klinik (Konsultasi, Periksa/Tindakan)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik 9-24 m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruangan harus Mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	Jumlah dan jenis klinik menyesuaikan
7..	Klinik Gigi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik gigi 20-30 m² dengan Memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. 	

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan kabel/kotak kontak tambahan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. • Kompresor peralatan dental chair diletakkan di tempat yang aman dan getaran diminimalisir. 	
8.	Klinik Kebidanan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik kebidanan 16-30 m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 	Jumlah klinik menyesuaikan

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	
9.	Klinik Mata	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik mata 20-30 m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. Salah satu sisi ruangan harus mempunyai panjang >4 m. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan kabel/kotak kontak tambahan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	
10.	Klinik Jiwa	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan klinik jiwa 12-24 m². • Komponen bangunan harus mempunyai bentuk yang aman terhadap kemungkinan membahayakan pasien dan pengguna lainnya. • Ruang tunggu pasien 	

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • dan akses terpisah dengan klinik lain. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	
10	Ruang Laktasi	<ul style="list-style-type: none"> • Letak berdekatan/bersebelahan dengan klinik kebidanan dan penyakit kandungan. • Disediakan wastafel dan fasilitas tempat duduk dengan sandaran tangan. • Disarankan tersedia meja bayi. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan 	

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		dengan intensitas cahaya minimal 100 lux	
11	Ruangan Penyuluhan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan sesuai dengan kebutuhan pelayanan. • Disediakan wastafel di ruangan. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	
12	KM/WC (toilet)	<ul style="list-style-type: none"> • Disediakan minimal satu toilet aksesibel untuk pasien dan pengunjung. • Luas toilet aksesibel minimal 2x2 m. • Persyaratan toilet aksesibel sebagaimana diatur dalam poin G. Desain Komponen Bangunan Rumah Sakit • Bahan penutup lantai harus tidak licin. Lantai tidak boleh menggenangkan air buangan. Pintu harus mudah dibuka dan ditutup untuk memudahkan pengguna kursi roda. • Pintu harus bisa dibuka dari luar. • Daun pintu toilet tidak boleh berlubang/kisi-kisi. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	Jumlah toilet disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan

NO	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 100 lux. 	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang rawat jalan disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

2. Ruang Rawat Inap

- a. Letak ruang rawat inap harus di lokasi yang tenang, aman, dan nyaman.
- b. Ruang rawat inap harus memiliki akses yang mudah ke ruang penunjang pelayanan lainnya.
- c. Ruangan perawatan pasien di ruang rawat inap harus dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia, dan jenis penyakit.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan rawat inap tergantung kelas perawatan dan jumlah tempat tidur. • Jarak antar tempat tidur 2,4 m atau antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Harus disediakan outlet oksigen. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam, untuk ventilasi alami harus lebih dari nilai tersebut. • Ruangan perawatan pasien harus memiliki bukaan jendela yang aman untuk kebutuhan pencahayaan dan ventilasi alami. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur. 	Jumlah tempat tidur menyesuaikan dengan klasifikasi RS dan kajian kebutuhan pelayanan

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Ruang perawatan harus menyediakan nurse call untuk masing-masing tempat tidur yang terhubung ke pos perawat (<i>nurse station</i>). • Di setiap ruangan perawatan harus disediakan kamar mandi. Kamar mandi ini mengikuti persyaratan kamar mandi aksesibilitas. 	
2.	Ruangan Laktasi	Mengikuti persyaratan ruang laktasi seperti pada penjelasan sebelumnya.	Ruangan ini khusus disediakan di Ruang perawatan kebidanan
3.	Ruangan Pos Perawat (<i>Nurse Station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan pos perawat minimal 8 m² atau 3-5 m² per perawat, disesuaikan dengan kebutuhan. Satu pos perawat melayani maksimal 25 tempat tidur. • Luas ruangan harus dapat mengakomodir lemari arsip dan lemari obat. • Disediakan instalasi untuk alat komunikasi. • Disediakan fasilitas desinfeksi tangan (<i>handsrub</i>). • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux untuk penerangan. 	
4.	Ruangan Konsultasi	Umum	Dapat bergabung dengan ruangan pos perawat
5.	Ruangan Tindakan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan per tempat tidur resusitasi 12-20 m². • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 5 (lima) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/sambungan langsung tanpa pengaman arus. 	Jumlah ruangan tindakan menyesuaikan dengan kajian kebutuhan kapasitas pelayanan

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Harus disediakan outlet gas medik yang terdiri dari oksigen, udara tekan medik dan vakum medik. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 15 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 300 lux. 	
6.	Ruangan Dokter Jaga	Umum	
7.	Ruangan Kepala Rawat Inap	Umum	
8.	Ruangan Linen Bersih	• Disediakan lemari atau rak.	Ruangan ini dapat digabung
9.	Gudang Bersih	Umum	
10.	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan <i>sloop sink</i> dan <i>service sink</i>. • Letak ruang <i>spoolhoek</i> berada di area servis. • Persyaratan ventilasi udara : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan negatif. - Total pertukaran volume udara min. 10 kali per jam. 	
11.	KM/WC (Toilet)	<ul style="list-style-type: none"> • Toilet petugas mengikuti persyaratan toilet umum (lihat poin di atas). • Satu toilet melayani satu ruangan perawatan. • Toilet di ruangan rawat inap harus aksesibel untuk pasien (Persyaratan tentang toilet aksesibel melihat poin di atas) dan tersedia tombol panggil bantuan perawat 	
12.	Dapur Kecil (<i>Pantry</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. • Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan. 	Ruangan ini dapat terpusat

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
13.	Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	Umum	
14.	Ruangan Perawatan Isolasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan perawatan isolasi minimal 3x4 m². • Satu ruangan untuk satu tempat tidur. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Harus disediakan outlet oksigen dan vakum medik. • Disediakan toilet pasien. • Dilengkapi wastafel pada ruangan antara. • Persyaratan ventilasi udara sebagai berikut : <ul style="list-style-type: none"> - Ruang bertekanan lebih negatif dari ruangan disebelahnya. - Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali/jam. • Dilengkapi ruangan antara (<i>airlock</i>) jenis <i>sink</i>, dimana <i>airlock</i> bertekanan lebih negatif dibandingkan ruangan-ruangan disebelahnya. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur. • Ruang perawatan isolasi harus menyediakan <i>nurse call</i> yang terhubung ke pos perawat (<i>nurse station</i>). 	Ada/tidak ruangan ini disesuaikan kajian kebutuhan pelayanan

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang rawat inap disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan

3. Ruang Gawat Darurat

- a. Letak ruang gawat darurat harus memiliki akses langsung dari jalan raya dan tanpa hambatan.
- b. Letak ruang gawat darurat harus memiliki akses yang cepat dan mudah ke ruang operasi, ruang kebidanan, ruang radiologi, laboratorium, ruang farmasi dan bank darah rumah sakit.
- c. Akses masuk ruang gawat darurat harus dilengkapi dengan tanda penunjuk jalan, rambu-rambu, dan elemen pengarah sirkulasi yang jelas.
- d. Desain tata ruang gawat darurat harus dapat mendukung kecepatan pemberian pelayanan.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
A. Ruang Penerimaan			
1.	Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1~1,5 m²/orang. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Ruang tunggu dilengkapi dengan Fasilitas Desinfeksi tangan. 	
2.	Ruangan Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	Ruangan ini dapat bergabung dengan pos perawat, namun untuk administrasi keuangan dapat terpusat.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
3.	Ruangan Triase	<ul style="list-style-type: none"> • Dari <i>drop off</i> pasien ke ruangan triase harus dihindari adanya perbedaan level lantai. • Pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis, dengan lebar bukaan minimal 120 cm. • Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar. 	
4.	Ruangan Pos Perawat (<i>Nurse Station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Letak pos perawat harus memungkinkan kecepatan dalam pemberian pelayanan. • Dilengkapi wastafel. 	
5.	Ruangan Penyimpanan Brankar	Umum	
6.	Ruangan Dekontaminasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini ditempatkan di sisi depan/luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat. • Pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis. • Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar. • Bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air. • Konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai. • Ruangan dilengkapi dengan sink dan pancuran air (<i>shower</i>). 	
7.	Area yang dapat digunakan untuk Penanganan Korban Bencana Massal.	<ul style="list-style-type: none"> • Area ini disarankan tersedia, dilengkapi dengan minimal utilitas air bersih dan listrik. 	Area ini disediakan untuk RS Kelas A dan B

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
B. Ruang Tindakan			
1.	Ruang Resusitasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan per tempat tidur resusitasi 12 m². • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 5 (lima) kotak kontak. dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Harus disediakan outlet gas medik yang terdiri dari oksigen, udara tekan medik dan vakum medik. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 300 lux. • Sumber daya listrik pada ruang resusitasi, harus dilengkapi dengan sumber listrik darurat yang tidak boleh terputus, bila terjadi gangguan pada sumber daya listrik normal. 	<p>Jumlah tempat tidur resusitasi menyesuaikan dengan klasifikasi RS dan kajian kebutuhan pelayanan</p>
2.	Ruang Tindakan		
	<p>a. Bedah b. Non Bedah c. Anak d. Kebidanan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jumlah tempat tidur ruang tindakan menyesuaikan dengan kajian kebutuhan kapasitas pelayanan. • Luas ruangan per tempat tidur resusitasi 12 m². • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 5 (lima) kotak kontak. dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>pengamanan arus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harus disediakan outlet gas medik yang terdiri dari oksigen, udara tekan medik dan vakum medik. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 300 lux. • Sumber daya listrik pada ruang tindakan, harus dilengkapi dengan sumber listrik darurat yang tidak boleh terputus, bila terjadi gangguan pada sumber daya listrik normal. 	<p><u>RS Kelas C :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang tindakan bedah dan non bedah dapat digabung. • Ruang tindakan anak dan kebidanan dapat digabung. <p><u>RS Kelas D :</u></p> <p>4 jenis ruang ini dapat digabung</p>
3.	Ruang Observasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang per tempat tidur ruang observasi minimal 8 m². • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Harus disediakan outlet oksigen. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan 	<p>Jumlah tempat tidur observasi menyesuaikan dengan kajian kebutuhan pelayanan</p>

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		intensitas cahaya 200 lux.	
C. Ruang Penunjang Medis			
1	Ruangan Obat/Farmasi	Umum	
2	Ruangan Penyimpanan Linen	Umum	dapat berupa lemari
3	Ruangan Alat Medis	Umum	
4	Ruangan Petugas/ Staf	Umum	
5	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan sloop sink dan service sink. • Letak ruang <i>spoolhoek</i> berada di area servis, akses tidak boleh bersilangan (<i>cross</i>) dengan ruangan barang bersih. • Persyaratan ventilasi udara : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan negatif. - Total pertukaran volume udara minimal 10 x per jam. 	
6	KM/WC (Toilet)	<ul style="list-style-type: none"> • Toilet petugas dan pengunjung dibedakan. • Disediakan toilet umum dan minimal satu toilet aksesibel untuk pasien dan pengunjung. • Persyaratan toilet lihat poin G. Desain Komponen Bangunan Rumah Sakit 	
7	Ruangan Loker	Umum	Dapat terpusat dalam RS/terpisah di tiap-tiap Ruang.

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang gawat darurat disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

4. Ruang Operasi

- a. Jenis ruangan operasi di rumah sakit terdiri dari ruangan operasi minor, ruangan operasi umum, dan ruangan operasi mayor.
- b. Desain tata ruang operasi harus memenuhi ketentuan zona berdasarkan tingkat sterilitas ruangan yang terdiri dari:
 - 1) zona steril rendah;
 - 2) zona steril sedang;
 - 3) zona steril tinggi;
 - 4) zona steril sangat tinggi; dan
- c. Dalam hal ruang operasi menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang operasi harus merupakan satu kompartemen
- d. Sistem ventilasi di ruang operasi harus tersaring dan terkontrol serta terpisah dari sistem ventilasi lain di rumah sakit untuk kepentingan pengendalian dan pencegahan infeksi.
- e. Selain memenuhi ketentuan, sistem ventilasi harus terpisah antara satu ruangan operasi dengan ruangan operasi lainnya.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1	Ruangan Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3~5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	Fungsi ruangan-ruangan ini dapat digabung
2	Ruangan transfer/ ganti brankar	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan daun pintu masuk tahan terhadap benturan brankar, arah bukaan pintu ke dalam. • Luasan minimal 12 m². • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
3	Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1~1,5 m²/orang. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan tunggu dilengkapi dengan Fasilitas Desinfeksi tangan. 	
4	Ruangan persiapan Pasien (<i>Preparation room</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan daun pintu masuk tahan terhadap benturan brankar, arah bukaan pintu ke dalam. • Luas ruangan sesuai kebutuhan kapasitas pelayanan, dengan perhitungan luas per-tt minimal 8m² • Ruangan dilengkapi dengan toilet pasien yang memenuhi persyaratan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Harus disediakan outlet oksigen. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya 200 lux. • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
5	Ruangan Monitoring Perawat (<i>Nurse Monitoring Station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan pos perawat minimal 8 m² atau 3-5 m² per perawat, disesuaikan dengan kebutuhan. Satu pos perawat melayani maksimal 25 tempat tidur. • Luas Ruangan harus dapat mengakomodir lemari arsip dan lemari obat. • Disediakan instalasi untuk alat komunikasi. • Disediakan fasilitas desinfeksi tangan (<i>handscrub</i>). • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux untuk penerangan. 	Fungsi ruangan ini dapat bergabung dengan ruangan persiapan pasien
6	Ruangan Antara (<i>Airlock</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini dapat dimanfaatkan sebagai ruangan induksi. • Luas ruangan ini minimal 9m². • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Pintu masuk dari koridor ke ruangan ini dan pintu masuk ke ruangan operasi persyaratannya sbb: <ul style="list-style-type: none"> - Pintu ayun (<i>swing</i>) membuka kedalam ruangan atau disarankan pintu geser dengan rel diatas yang dipasang pada bagian luar ruangan, dapat dibuka tutup secara otomatis dan dapat dioperasikan secara manual apabila terjadi kerusakan. - Pintu dilengkapi dengan alat penutup pintu (<i>door closer</i>), menggunakan <i>door seal and interlock system</i>. 	Untuk ruangan operasi minor, ruangan ini boleh tidak ada.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> - Lebar pintu min. 120cm, dari bahan non porosif, disarankan bahan panil (<i>insulated panel system</i>) dan dilapisi bahan anti bakteri/ jamur dengan warna terang, serta tahan terhadap bahan kimia. - Pintu dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (<i>observation glass</i>). • Ruang ini disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Disediakan aliran gas medik oksigen, udara tekan dan vakum medik. • Jenis <i>airlock</i> yang digunakan adalah <i>Cascading</i> (mencegah Ruang bersih terkontaminasi dari udara luar yang kotor dan dari ruang sekelilingnya melalui celah), dengan tekanan udara lebih positif dari tekanan udara di koridor) • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 200 lux. • Ruang ini merupakan ruang semi steril dengan medium filter (tingkat resiko tinggi), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 μm per m^3 yaitu 352.000 partikel (ISO 7 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	
7	Ruang cuci tangan (<i>scrub station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap 1 ruang ini minimal melayani 2 ruang operasi. • Luas ruang minimal 6 m^2. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Setiap 1 ruangan ini minimal melayani 2 ruang operasi. • Luas ruangan minimal 6 m². • Pada sisi dinding yang berbatasan dengan Ruang operasi, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (<i>observation glass</i>). • Ruang ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	
8	Ruang Persiapan Alat/Bahan	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap 1 ruangan ini dapat melayani 2 ruang operasi. • Luas ruangan minimal 9m² • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Tekanan udara dalam ruangan ini lebih besar/positif dibandingkan dengan di koridor. • Ruang ini merupakan ruangan semi steril dengan medium filter (tingkat resiko tinggi), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 352.000 partikel (ISO 7 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	Untuk ruangan operasi minor, fungsi ini dapat dilakukan di ruangan penyimpanan alat
9	Ruang Operasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan adalah sbb: <ul style="list-style-type: none"> - Ruang Operasi Minor, ± 36 m², dengan ukuran ruangan panjang x lebar x tinggi adalah 6m x 6m x 3m. 	<u>RS Kelas C :</u> Ruang operasi yang harus tersedia adalah ruang operasi umum dan minor. Ruang operasi minor berada

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Operasi Umum, minimal 42 m², dengan ukuran panjang x lebar x tinggi adalah 7m x 6m x 3m. - Ruang Operasi Mayor/Khusus, minimal 50 m², dengan ukuran panjang x lebar x tinggi adalah 7.2m x 7m x 3m. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Komponen penutup lantai harus non porosif, mudah dibersihkan, tahan bahan kimia, bersifat anti statik, anti gesek dan anti bakteri. - Pertemuan lantai dengan dinding konus/ melengkung (<i>hospital plint</i>). - Tingkat Ketahanan Api (TKA) material lantai min. 2 jam. - Komponen dinding non porosif, mudah dibersihkan, tahan bahan kimia, anti jamur dan bakteri. - Pertemuan antara dinding dengan dinding konus/ melengkung. - Tingkat Ketahanan Api (TKA) material dinding min. 2 jam. - Semua peralatan yang dipasang di dinding harus dibenamkan (<i>recessed</i>), misal <i>film viewer</i>, jam dinding, dan lain-lain. - Komponen langit-langit non porosif, mudah dibersihkan, anti jamur dan bakteri, tidak memiliki unsur yang membahayakan pasien. - Tingkat Ketahanan Api (TKA) material langit-langit minimal 2 jam. - Semua peralatan lampu dipasang dibenamkan di plafon (<i>recessed</i>). 	<p>pada area yang terpisah dengan ruangan operasi umum.</p> <p style="text-align: center;">-</p>

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Semua pintu masuk ke ruangan operasi persyaratannya sbb: <ul style="list-style-type: none"> - Pintu ayun (<i>swing</i>) membuka kedalam ruangan atau disarankan pintu geser dengan rel diatas yang dipasang pada bagian luar ruangan, dapat dibuka tutup secara otomatis dan dapat dioperasikan secara manual apabila terjadi kerusakan. - Pintu-pintu dilengkapi dengan “alat penutup pintu (<i>door closer</i>), menggunakan <i>door seal and interlocksystem</i>. - Lebar pintu yang dilalui pasien min. 120cm, dan yang dilalui petugas min. 85 cm, terbuat dari bahan non porosif, disarankan bahan panil (<i>insulated panel system</i>) dan dicat jenis cat anti bakteri/ jamur dengan warna terang. - Pintu-pintu dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (<i>observation glass</i>). • Ruang ini disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Disediakan outlet oksigen, udara tekan medis dan udara tekan instrumen, vakum medik dan N₂O, beserta cadangannya yang memenuhi persyaratan. • Persyaratan Tata Udara adalah: <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan lebih besar/positif dari ruangan-ruangan yang bersebelahannya. - Temperatur ruangan 19⁰-24⁰C 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> - Kelembaban relatif 40- 60% - Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam pada saat ruangan tidak digunakan, dan 20 kali per jam pada saat ada operasi. - Ruang ini merupakan ruangan steril dengan hepa filter (tingkat resiko sangat tinggi), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 μm per m^3 yaitu 35.200 partikel (ISO 6-ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999)Intensitas cahaya minimal 200 lux. - Meja operasi berada dibawah aliran udara laminair, dengan distribusi udara dari langit-langit, dengan gerakan ke bawah menuju inlet pembuangan (<i>return air</i>) yang terletak di 4 sudut ruangan yang dibuat plenum. • Persyaratan Kelistrikan : <ul style="list-style-type: none"> - Sumber daya listrik, termasuk katagori “sistem kelistrikan esensial 3”, di mana sumber daya listrik normal dilengkapi dengan sumber daya listrik darurat untuk menggantikannya, bila terjadi gangguan pada sumber daya listrik normal. - Sistem pembumian harus menjamin tidak ada bagian peralatan yang dibumikan melalui tahanan yang lebih tinggi dari pada bagian lain peralatan yang disebut dengan sistem penyamaan potensial pembumian (<i>Equal potential grounding system</i>). Sistem ini memastikan bahwa hubung singkat ke bumi tidak melalui pasien. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
10	Ruangan Pemulihan/Recovery/ PACU (<i>Post Anesthetic Care Unit</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan daun pintu masuk tahan terhadap benturan brankar, arah bukaan pintu ke dalam. • Kapasitas tt 1.5 kali dari jumlah ruangan operasi, dengan perhitungan luas per-tt minimal 8 m² • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan/sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Harus disediakan outlet oksigen. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya 200 lux. • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>,1999). 	
11	Gudang Steril (<i>Clean Utility</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini merupakan ruangan zona resiko sedang. 	Fungsi ruangan-ruangan ini dapat digabung.
12	Ruangan Obat dan Bahan Perbekalan	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi kotak kontak untuk kebutuhan <i>medical refrigerator</i>. • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 µm per m³ yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	
13	Ruang Penyimpanan Alat Bersih/Steril	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini merupakan ruangan zona resiko sedang. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
14	Ruangan Sterilisasi (<i>TSU = Theatre Sterilization Unit</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini merupakan ruangan zona resiko sedang. • Luas ruangan minimal dapat menampung autoclave • Tersedia kotak kontak untuk peralatan autoclave. 	Fungsi ruangan ini dapat dilakukan di CSSD.
15	Ruangan ganti/ loker	<ul style="list-style-type: none"> • Dibedakan antara loker pria dan wanita. • Akses masuk dan keluar petugas berbeda. • Dilengkapi toilet dan kamar mandi. • Ruangan ini merupakan ruangan dengan prefilter (tingkat resiko sedang), yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 μm per m^3 yaitu 3.520.000 partikel (ISO 8 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	
16	Ruangan dokter	Ruangan ini merupakan ruangan resiko sedang dengan prefilter.	Fungsi ruangan ini optional
17	Ruangan Diskusi Medis	Ruangan ini merupakan ruangan resiko sedang dengan prefilter.	
18	Gudang Kotor (<i>Spoelhoek/ Dirty Utility</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan <i>sloop sink</i> dan <i>service sink</i>. • Letak ruang <i>spoelhoek</i> terhubung dengan koridor kotor. • Persyaratan ventilasi udara: <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan negatif. - Total pertukaran volume udara minimal 10 kali per jam. - Ruangan ini merupakan ruangan resiko rendah, yang mempunyai jumlah maksimal partikel debu ukuran dia. 0,5 μm per m^3 yaitu >3.520.000 partikel (ISO 9 - ISO 14644-1 <i>cleanroom standards</i>, 1999). 	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang operasi disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

5. Ruang Perawatan Intensif

- a. Letak ruang perawatan intensif harus memiliki akses yang mudah ke ruang operasi, ruang gawat darurat, dan ruang penunjang medik lainnya.
- b. Luas lantai untuk setiap tempat tidur pasien pada ruang perawatan intensif harus cukup untuk meletakkan peralatan dan ruang gerak petugas yang berhubungan dengan pasien.
- c. Dalam hal ruang perawatan intensif menyatu dengan ruang lain dalam satu bangunan, ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen.
- d. Dalam hal ruang perawatan intensif memiliki ruang perawatan isolasi untuk pasien dengan penyakit menular, desain tata ruang dan alur sirkulasi petugas dan pasien harus dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Loker (ruangan ganti pria dan wanita)	<ul style="list-style-type: none"> • Dibedakan antara loker pria dan wanita. • Dilengkapi toilet dan kamar mandi. 	
2.	Ruangan Perawat	Umum	
3.	Ruangan Kepala Perawat	Umum	
4.	R. Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan kamar mandi. 	
5.	Daerah rawat Pasien ICU/ICCU/HCU/PICU: a. Ruangan/ Daerah rawat pasien non isolasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan rawat intensif tergantung dari jumlah tempat tidur. • Jarak antar tempat tidur harus bisa mengakomodir kebutuhan luasan untuk ruang gerak petugas dan penempatan peralatan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan bahan tirai non porosif dan anti bakteri. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Total pertukaran udara 6 kali per jam dengan pertukaran udara dari luar minimum 2 kali per jam. • Untuk menjamin kualitas udara, konsentrasi maksimum mikroorganisme 200 CFU/m³, Suhu 22-23^o, kelembaban 35 – 60%, dan tekanan positif. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan. • Jumlah kotak kontak di setiap tempat tidur pasien minimal 6 untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar (diluar untuk ventilor, suction, monitor) dan kotak kontak dipasang minimal 1,20 m di atas permukaan lantai dan tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Kotak kontak selain di tempat tidur pasien disesuaikan dengan kebutuhan. • Disediakan outlet gas medis (Oksigen, Vakum, Udara Tekan) di setiap tempat tidur pasien. • Proteksi kebakaran menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) jenis <i>water mist</i> Kelas A,B,C dan <i>heat/smoke detector</i> • Apabila kompleks ruang perawatan intensif berada menyatu dengan ruang lain di dalam bangunan, maka kompleks ruang perawatan intensif harus merupakan satu kompartemen kebakaran, dengan seluruh dinding, lantai, langit-langit dan bukaan-bukaan (pintu, jendela dan sebagainya) menggunakan bahan bangunan yang mempunyai Tingkat Ketahanan Api minimal 2 (dua) jam. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Ventilasi di ruang perawatan intensif harus merupakan ventilasi tersaring dan terkontrol. 	
6.	Ruangan Laktasi	Mengikuti persyaratan ruang laktasi seperti pada penjelasan sebelumnya.	Khusus ruangan ini, disediakan pada ruang perawatan neonatus
7.	Sentral monitoring/ <i>nurse station</i> .	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan pos perawat minimal 8 m² atau 3-5 m² per perawat, disesuaikan dengan kebutuhan. • Luas Ruang harus dapat mengakomodir lemari arsip dan lemari obat. • Disediakan instalasi untuk alat komunikasi. • Disediakan fasilitas desinfeksi tangan (<i>handscrub</i>). • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200lux untuk penerangan. 	
8.	Gudang alat medik	Umum	Fungsi ruangan-ruangan ini dapat digabung.
9.	Gudang bersih (<i>Clean Utility</i>)	Umum	
10.	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan <i>sloop sink</i> dan <i>service sink</i>. • Letak ruang <i>spoelhoek</i> terhubung dengan koridor kotor. • Persyaratan ventilasi udara : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan negatif. - Total pertukaran volume udara minimal 10 kali per jam. 	
11.	Ruangan tunggu keluarga pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Umum • Dilengkapi toilet 	
12.	Janitor/ Ruang cleaning service	Umum	
13.	Toilet (petugas, pengunjung)	Toilet petugas mengikuti persyaratan toilet umum (lihat poin di atas).	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
14.	Ruangan Penyimpanan Silinder Ga s Medik	Umum	Sistem gas medik harus tersentral.

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang perawatan intensif disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammda Zein Painan.

6. Ruang Kebidanan Dan Penyakit Kandungan

- a. Letak ruang kebidanan dan penyakit kandungan harus memiliki akses yang mudah ke ruang gawat darurat, ruang perawatan intensif, dan ruang operasi.
- b. Satu ruangan persalinan pada ruang kebidanan dan penyakit kandungan hanya diperuntukan bagi 1 (satu) pasien.
- c. Luas ruangan persalinan harus dapat mendukung kegiatan untuk menerima bayi baru lahir setelah persalinan dan memiliki ruang gerak yang cukup bila sewaktu-waktu harus dilakukan pelayanan tindakan resusitasi ibu dan neonatus.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi dan pendaftaran	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
2.	Ruangan Tunggu Pengantar Pasien	Umum	
3.	Ruangan untuk cuci tangan (<i>scrub station</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap 1 ruangan ini minimal melayani 2 ruang bersalin. • Luas ruangan minimal 6 m². • Disediakan fasilitas <i>scrubbing</i> lengkap dengan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Pada sisi dinding yang berbatasan dengan ruangan bersalin, dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (<i>observation glass</i>). 	
4.	Ruangan Persiapan Bersalin Tanpa Komplikasi/ Kala II-III (labour)	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan daun pintu masuk tahan terhadap benturan brankar, arah bukaan pintu ke dalam. • Luas ruangan sesuai kebutuhan kapasitas pelayanan, dengan perhitungan luas per-tt minimal 8 m² 	Jumlah tempat tidur menyesuaikan Dengan kajian kebutuhan pelayanan (Minimal 2 tempat tidur)

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Ruang dilengkapi dengan toilet pasien yang memenuhi persyaratan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak. • Harus disediakan outlet oksigen dan vakum medik • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya 200 lux. 	
5.	Ruang Bersalin (<i>delivery</i>) Kala II dan III	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan minimal 20 m² • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> - Komponen penutup lantai harus non porosif, mudah dibersihkan, tahan bahan kimia, bersifat anti statik, anti gesek dan anti bakteri. - Pertemuan lantai dengan dinding konus/ melengkung (<i>hospital plint</i>). - Tingkat Ketahanan Api (TKA) material lantai min. 2 jam. - Komponen dinding non porosif, mudah dibersihkan, tahan bahan kimia, anti jamur dan bakteri. - Pertemuan antara dinding dengan dinding konus/ melengkung. - Tingkat Ketahanan Api (TKA) material dinding min. 2 jam. - Komponen langit-langit non porosif, mudah dibersihkan, anti jamur dan bakteri, tidak memiliki unsur yang membahayakan pasien. Tingkat Ketahanan Api (TKA) material langit-langit min. 2 jam. • Semua pintu masuk ke ruangan bersalin persyaratannya sbb: <ul style="list-style-type: none"> - Pintu ayun (<i>swing</i>) 	Jumlah ruangan ini menyesuaikan dengan kajian kebutuhan pelayanan (memiliki area membersihkan memandikan bayi) / (menjadi ruangan tersendiri)

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>membuka kedalam ruangan atau disarankan pintu geser dengan rel diatas yang dipasang pada bagian luar ruangan, dapat dibuka tutup secara otomatis dan dapat dioperasikan secara manual apabila terjadi kerusakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pintu-pintu dilengkapi dengan "alat penutup pintu (<i>door closer</i>), menggunakan <i>door seal and interlock system</i>. - Lebar pintu yang dilalui pasien min. 120cm, dan yang dilalui petugas min. 85 cm, terbuat dari bahan non porosif, disarankan bahan panil (<i>insulated panel system</i>) dan dicat jenis cat anti bakteri/ jamur dengan warna terang. - Pintu-pintu dilengkapi dengan kaca jendela pengintai (<i>observation glass</i>). • Ruang ini disediakan minimal 6 (enam) kotak kontak. • Disediakan outlet oksigen, udara tekan medis, vakum medik • Persyaratan Tata Udara adalah sbb : <ul style="list-style-type: none"> -Temperatur ruangan 19⁰-24⁰C - Kelembaban relatif 40-60% - Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Persyaratan Kelistrikan : <ul style="list-style-type: none"> - Sumber daya listrik, termasuk katagori "sistem kelistrikan esensial 3", di mana sumber daya listrik normal dilengkapi dengan sumber daya listrik darurat untuk menggantikannya, bila terjadi gangguan pada sumber daya listrik normal. - Sistem pembumian harus menjamin tidak ada bagian peralatan yang dibumikan 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>melalui tahanan yang lebih tinggi dari pada bagian lain peralatan yang disebut dengan sistem penyamaan potensial pembumian (<i>Equal potential grounding system</i>). Sistem ini memastikan bahwa hubung singkat ke bumi tidak melalui pasien.</p>	
7.	Ruangan Pemulihan (<i>Recovery</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan daun pintu masuk tahan terhadap benturan brankar, arah bukaan pintu ke dalam. • Kapasitas tt 1.5 kali dari jumlah ruangan operasi, dengan perhitungan luas per-tt minimal 8 m² • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak. • Harus disediakan outlet oksigen. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya 200 lux. 	(Minimal 4 tempat tidur, harus memiliki KM/WC)
8.	Ruangan Transisi Bayi/ Level I (termasuk didalamnya ruang mandi bayi)	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan perawatan tergantung dari jumlah tempat tidur bayi. • Jarak antar tempat tidur bayi minimal 1 meter • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan. • Jumlah kotak kontak minimal 2 per tempat tidur. 	Kapasitas ruangan ini menyesuaikan dengan kajian kebutuhan pelayanan.
9.	Ruangan Perinatologi Bayi Patologis/ Level II (termasuk didalamnya ruang mandi bayi) □ ini	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan perawatan tergantung dari jumlah tempat tidur bayi. • Jarak antar tempat tidur bayi/ inkubator minimal 1,5 meter. 	Kapasitas ruangan ini menyesuaikan dengan kajian kebutuhan pelayanan

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	bukan bagian dari ruang bersalin, tapi ruang perawatan neonatus.	<ul style="list-style-type: none"> • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan. • Jumlah kotak kontak minimal 5 per tt. • Kotak kontak selain di tempat tidur pasien disesuaikan dengan kebutuhan. • Disediakan outlet gas medis (Oksigen, Vakum, Udara Tekan) di setiap tempat tidur pasien. • Ventilasi harus merupakan ventilasi tersaring dan terkontrol. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. 	
10.	Ruangan menyusui/ Laktasi	<ul style="list-style-type: none"> • Letak berdekatan / bersebelahan dengan klinik kebidanan dan penyakit kandungan. • Disediakan wastafel di ruangan. • Disediakan fasilitas tempat duduk dengan sandaran tangan. • Disarankan tersedia meja bayi. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya minimal 100 lux. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
11.	Ruangan Perawatan (Post Partum) ini bagian dari ruang perawatan	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan rawat inap tergantung klas perawatan dan jumlah tempat tidur. • Jarak antar tepi tempat tidur minimal 1,5 m. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Antar tempat tidur yang dibatasi oleh tirai maka rel harus dibenamkan/ menempel di plafon, dan sebaiknya bahan tirai non porosif. • Setiap tempat tidur disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak. • Harus disediakan outlet oksigen. • Disediakan sistem panggil perawat (<i>nurse call</i>). • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam, untuk ventilasi alami diharapkan lebih dari 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan, dan 50 lux untuk tidur. • Ruang perawatan harus menyediakan nurse call untuk masing-masing tempat tidur yang terhubung ke pos perawat (<i>nurse station</i>). • Wastafel disediakan pada ruang perawatan. 	
12.	Ruangan Perawatan Isolasi (Minimal 1 ruang/ tempat tidur)	<ul style="list-style-type: none"> • Ukuran ruangan perawatan isolasi minimal 4x4 m², tidak termasuk ruangan antara (<i>ante room</i>) 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Satu ruangan untuk satu tempat tidur. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Jumlah kotak kontak di setiap tempat tidur pasien minimal 6 untuk peralatan medik yang membutuhkan daya listrik besar (diluar ventilor, suction, monitor) dan kotak kontak dipasang minimal 1,20 m di atas permukaan lantai dan tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Disediakan outlet gas medis (Oksigen, Vakum, Udara Tekan) di setiap tempat tidur pasien. • Dilengkapi wastafel pada ruangan antara. • Ruangan bertekanan lebih negatif dari ruangan disebelahnya. • Harus dijamin adanya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Dilengkapi ruangan antara (<i>airlock</i>) jenis <i>sink</i>, dimana <i>airlock</i> bertekanan lebih negatif dibandingkan ruangan-ruangan disebelahnya. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 250 lux untuk penerangan. • Proteksi kebakaran menggunakan <i>heat/smoke</i> • <i>detector</i> 	<p>dengan jumlah menyesuaikan dengan klasifikasi RS dan kajian kebutuhan pelayanan.</p>
13.	Gudang Steril (<i>clean utility</i>)	Umum	Dapat berupa lemari penyimpanan.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
14.	Ruangan ganti pakaian/ loker	Umum	Ruangan ini dapat terpusat di RS.
15.	Ruangan Penyimpanan Linen	Umum	Dapat berupa lemari penyimpanan.
16.	Ruangan dokter	Umum	Fungsi ruangan ini dapat terpusat di RS
17.	Ruangan perawat/ Petugas	Umum	
18.	Ruangan Diskusi Medis	Umum	
19.	Pantri	Umum	
20.	Gudang Kotor (<i>Spoolhoek/Dirty Utility</i>).	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan <i>sloop sink</i> dan <i>service sink</i>. • Letak ruang <i>spoelhoek</i> terhubung dengan koridor kotor. • Persyaratan ventilasi udara : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan udara dalam ruangan negatif. - Total pertukaran volume udara minimal 10 kali per jam. 	
21.	KM/WC (petugas, pasien, pengunjung)	Toilet petugas mengikuti persyaratan toilet umum (lihat poin di atas).	
22.	Janitor	Umum	

Keterangan: Kebutuhan ruangan di ruang kebidanan dan penyakit kandungan disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

7. Ruang Rehabilitasi Medik

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi (Pendaftaran dan administrasi kantor)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. Untuk ventilasi mekanik minimal total pertukaran udara 6 kali per jam . • Intensitas cahaya minimal 200 lux. 	Fungsi ruangan ini dapat digabungkan dengan ruangan administrasi rawat jalan.
2.	Ruangan Tunggu Pasien & Pengantar Pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Ruang tunggu dilengkapi dengan fasilitas desinfeksi tangan. 	
3.	Ruangan Pemeriksaan/ Penilaian Dokter	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan 9-24 m². • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Bahan bangunan yang digunakan tidak boleh memiliki tingkat porositas yang tinggi. • Disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan • intensitas cahaya 200 lux. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
4.	Ruang Fisioterapi		
	<p>1) Ruang Fisioterapi Pasif (Fungsi ruangan yaitu untuk memberikan pelayanan intervensi radiasi/ gelombang elektromagnet dan traksi, maupun latihan manipulasi yang diberikan pada pasien yang bersifat individual.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan minimal 7,2 m²/ tempat tidur traksi. • Apabila peralatan menggunakan gelombang elektromagnet (EM), seperti <i>Short Wave Diathermy</i> atau <i>Micro Wave Diathermy</i>, maka tidak boleh penggunaan pelapis dinding yang mengandung unsur metal/baja. • Disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan tidak boleh ada percabangan langsung tanpa pengamanan arus. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat dan ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara 	<p>Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS</p>
	2) Ruang Fisioterapi Aktif		
	<p>a. Ruang Senam (Gymnasi um)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan kapasitas kebutuhan pelayanan. • Bahan lantai tidak licin dan non porosif. • Dinding ruangan dilengkapi dengan <i>handrailing</i> yang dipasang pada ketinggian 80-100cm dari permukaan lantai. • Apabila ruangan tertutup dalam bangunan RS dengan luas tidak lebih dari 250 m², harus dilengkapi dengan sekurang-kurangnya 1 buah APAR berukuran min. 2 kg jenis kimia kering serbaguna kelas A, B, C. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. 	<p>Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS</p>

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. 	
	b. Ruang Hidroterapi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan kapasitas kebutuhan pelayanan, jumlah dan besarnya kolam hidroterapi. • Bahan lantai tidak licin, lantai harus aman dari kemungkinan perbedaan ketinggian lantai • Fungsi Dilengkapi ruangan ganti pakaian, KM/WC (terpisah antara pasien wanita & pria). • Dinding ruangan dilengkapi dengan <i>handrailing</i> yang dipasang pada ketinggian 80-100cm dari permukaan lantai. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Kotak kontak yang ada dalam ruangan harus dipasang dengan mempertimbangkan keamanan dari percikan air. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan kajian kebutuhan RS
5.	Ruang Terapi Okupasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan kapasitas kebutuhan pelayanan baik individual maupun kelompok, untuk tiap jenis okupasi luasnya bervariasi (6 – 30 m²). • Bahan lantai tidak licin dan non porosis. • Dinding ruangan dilengkapi dengan <i>handrailing</i> yang dipasang pada ketinggian 80-100cm dari permukaan lantai. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. • Intensitas cahaya ruangan disesuaikan jenis terapi okupasi. 	Jenis pelayanan okupasi yang diselenggarakan RS disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
6.	Ruangan Terapi Sensori Integrasi (SI) Anak.	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan peralatan SI yang disediakan. • Bahan lantai tidak licin dan non porosisif. • Dinding ruangan dibuat menarik dengan menggunakan warna-warna yang dapat merangsang aktifitas anak dan dilapisi bahan yang empuk. • Ketinggian plafon tidak lebih dari 2,8 meter. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS
7.	Ruangan Relaksasi/ Perangsangan Audio-Visual	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan. • Bahan lantai tidak licin dan non porosisif. • Dinding ruangan dibuat menarik dengan menggunakan warna-warna yang disukai anak-anak dan kedap suara. • Ketinggian plafon tidak lebih dari 2,8 meter. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS
8.	Taman Terpetik (<i>healing garden</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas taman disesuaikan dengan peralatan yang digunakan. • Apabila taman ini berada lebih dari lantai 1, maka sekeliling taman harus aman dari kemungkinan pasien jatuh. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS
9.	Ruangan Terapi Wicara (Vokasional)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan. • Dinding ruangan dibuat kedap suara dan tidak menimbulkan gema. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik. 	
10.	Ruangan Terapi Wicara Audiometer.	<ul style="list-style-type: none"> Terdiri dari ruangan operator (luas min. 4 m²) dan ruangan pengujian pasien (luas min. 4m²). Dinding ruangan dibuat kedap suara dan tidak menimbulkan gema. 	Ada/tidaknya ketersediaan ruangan ini disesuaikan dengan klasifikasi dan kajian kebutuhan RS
12.	Ruangan Loker Pasien	Umum	Ruangan ini diadakan sesuai kebutuhan.
13.	Ruangan Penyimpanan Perlengkapan	Umum	Ruangan ini dapat terpusat.
14.	Ruangan Kepala	Umum	RS Kelas D dan C ruangan ini dapat terpusat.
15.	Dapur Kecil (<i>;Pantry</i>)	<ul style="list-style-type: none"> Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan. 	Ruangan ini dapat terpusat di RS
16.	Janitor/Ruang Petugas Kebersihan	Umum	Untuk RS kelas D dan C, ruangan ini dapat terpusat di RS
17.	KM/WC petugas/pasien	<ul style="list-style-type: none"> Toilet petugas dan pengunjung dibedakan. Disediakan toilet umum dan minimal satu toilet aksesibel untuk pasien dan pengunjung. Persyaratan toilet lihat poin G. Desain Komponen Bangunan Rumah Sakit 	Untuk RS kelas D, dapat menggunakan toilet lain yang berdekatan.

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang rehabilitasi medik disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

8. Ruang Radiologi

Ruang Radiologi terdiri dari:

- a. ruang radiodiagnostik;
- b. ruang radioterapi; dan/atau
- c. ruang kedokteran nuklir.

a) Persyaratan Raung Radiodiagnostik

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Tunggu Pasien dan Pengantar Pasien	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Ruang tunggu dilengkapi dengan Fasilitas Desinfeksi tangan. 	
2.	Ruangan Administrasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
3.	Loket Pendaftaran, dan pengambilan hasil	Umum	tersentral di RS
4.	Ruangan Baca dan Konsultasi Dokter	Luas ruangan minimal 3 x 3 m.	
5.	Ruangan Petugas	Umum	Fungsi ruangan-
	Ruangan Kepala Unit	Umum	ini dapat tersentral di RS

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
Ruangan-Ruangan Pemeriksaan			
	a. Ruang Ultra SonoGraf (USG)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan minimal 4 m x 3 m x 2,7 m • Dilengkapi toilet. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat radiologi disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. Peletakan kabel peralatan harus tertanam. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat dan ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. 	
	b. Ruang General X-ray	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan untuk alat s/d 125 KV : 4 m x 3 m x 2,8 m, untuk alat > 125 KV : 6,5 m x 4 m x 2,8 m • Dilengkapi dengan ruangan operator, ruangan mesin dan ruang ganti • Setiap sisi ruangan radiologi dilapis timbal minimal setebal 2 mm ,tergantung alat yang dipakai dan mendapatkan izin dari instansi yang berwenang. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak 3 phase dan tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat radiologi disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. Peletakan kabel peralatan harus tertanam rapi. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat dan ruangan 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • harus dijamin terjadinya pertukaran udara mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya minimal 60 lux. • Di atas pintu masuk ruangan dipasang lampu merah yang menyala pada saat pesawat dihidupkan sebagai tanda sedang dilakukan penyinaran. • Proteksi kebakaran menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) jenis <i>water mist</i> Kelas A,B,C dan <i>heat/smoke detector</i>. 	
	c. Ruangan Mobile X-Ray	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan 3 m x 2 m x 2,8 m • Untuk stop kontak khusus alat radiologi disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat dan ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Proteksi kebakaran menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) jenis <i>water mist</i> Kelas A,B,C dan <i>heat/smoke detector</i> saat pesawat dihidupkan sebagai tanda sedang dilakukan penyinaran. • Proteksi kebakaran menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) jenis <i>water mist</i> Kelas A,B,C dan <i>heat/smoke detector</i> 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	d. Ruang Dental X-Ray	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan 3 m x 2 m x 2,8 m • Setiap sisi ruangan radiologi dilapis timbal minimal setebal 2 mm ,tergantung alat yang dipakai dan mendapatkan izin dari instansi yang berwenang. • Untuk stop kontak khusus alat radiologi disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat dan ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Di atas pintu masuk ruangan dipasang lampu merah yang menyala pada saat pesawat dihidupkan sebagai tanda sedang dilakukan penyinaran. • Proteksi kebakaran menggunakan Alat Pemadam Api Ringan (APAR) jenis <i>water mist</i> Kelas A,B,C dan <i>heat/smoke detector</i> 	
7.	Kamar gelap	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan minimal : Manual processing : 2 m x 1,5 m x 2,8 m Automatic processing : 2,7 m x 2,7 m x 2,8 m • Terdiri dari area basah dan area kering. • Pada area basah dilengkapi safe light, rak gantungan film, lemari tempat penyimpanan cassette dan box film serta meja kerja. • Pada area kering dilengkapi alat kamera identifikasi film, alat pengering film dan <i>viewing box film/light case</i>. 	Ruang ini disediakan apabila tidak menggunakan AFP (<i>Automatic Film Processor</i>)

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Lantai tidak licin, tahan terhadap bahan kimia, dan mudah dibersihkan. • Dinding mudah dibersihkan dan tahan bahan kimia, salah satu sisinya dilengkapi cassette passing box yang dilapisi timbal (Pb). • Seluruh sisi ruangan kedap cahaya. • Temperatur dan kelembaban ruangan disesuaikan dengan kebutuhan alat, tekanan udara dalam ruangan negatif dan ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali/jam. 	
9.	KM/WC petugas	KM/WC petugas mengikuti persyaratan KM/WC petugas (lihat poin di atas).	Bisa bergabung dengan unit/ruang Lain

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang radiodiagnostik disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

9. Ruang Laboratorium

- a. Letak ruang laboratorium harus memiliki akses yang mudah ke ruang gawat darurat dan ruang rawat jalan.
- b. Desain tata ruang dan alur petugas dan pasien pada ruang laboratorium harus terpisah dan dapat meminimalkan risiko penyebaran infeksi.
- c. Ruang laboratorium harus memiliki:
 - 1) saluran pembuangan limbah cair yang dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre-treatment*) khusus sebelum dialirkan ke instalasi pengolahan air limbah rumah sakit; dan
 - 2) fasilitas penampungan limbah padat medis yang kemudian dikirim ke tempat penampungan sementara limbah bahan berbahaya dan beracun.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
A. Laboratorium Terpadu			
1.	Ruangan Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
2.	Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. • Ruang tunggu dilengkapi dengan fasilitas desinfeksi tangan. 	
3.	Ruangan Pengambilan/ Penerimaan Spesimen • Flebotomi	<ul style="list-style-type: none"> • Tata letak ruangan harus dapat meminimalkan terjadinya infeksi silang. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	<ul style="list-style-type: none"> • Urin atau tinja • Spesimen genital • Spesimen lain (pus, kerokan kulit, dan lain-lain) 	<ul style="list-style-type: none"> • Setiap jenis ruangan pengambilan spesimen harus disediakan sesuai spesifikasi dan kebutuhan ruangnya. • Persyaratan ruangan sputum : <ul style="list-style-type: none"> - Luas ruangan minimal 2 m² - Ruangan harus menggunakan pencahayaan alami. - Ruangan mempunyai pertukaran udara minimal 12 kali per jam. - Tersedia wastafel dengan air mengalir, dilengkapi <i>handsrub</i> dan tissue. 	
4.	Ruangan Konsultasi	Umum	
5.	Ruangan Pemeriksaan :		
	a. Laboratorium Hematologi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan laboratorium minimal 16m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Persyaratan lantai tidak boleh licin, non prosif, tahan terhadap bahan kimia dan mudah dibersihkan. • Persyaratan dinding non porosif, tahan terhadap bahan kimia dan mudah dibersihkan. • Disediakan meja kerja dengan persyaratan dapat meredam getaran untuk meletakkan peralatan pemeriksaan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Disediakan satu grounding khusus (0,02 ohm) untuk peralatan-peralatan laboratorium yang dapat dipasang secara paralel. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Setiap ruangan disediakan kotak kontak dengan jumlah sesuai kebutuhan dan tidak boleh menggunakan percabangan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 100 lux. 	
	b. Laboratorium Urin/Feses	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan laboratorium minimal 9m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	Laboratorium Ini dapat digabungkan dengan laboratorium Lain.
	c. Laboratorium Kimia Klinik	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan laboratorium minimal 9m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	
	d. Laboratorium Imunologi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan laboratorium minimal 9m² dengan memperhatikan ruang gerak petugas, pasien dan peralatan. • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	
	e. Laboratorium Anatomik	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan peralatan yang digunakan. • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
6.	Ruangan Penyimpanan Bahan Habis Pakai dan Reagen	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat simpan biomaterial khusus disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif. 	
8.	Ruangan Arsip	Umum	Ruangan ini dapat bergabung dengan ruangan administrasi.
9.	Ruangan Pengambilan Hasil	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	Ruangan ini dapat bergabung dengan ruangan administrasi, disediakan loket.
10.	Ruangan Kerja Dokter	• Persyaratan ruangan lainnya bersifat umum	
B. Ruangan Khusus			
1.	Ruangan potong Jaringan Patologi Anatomi	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini disediakan sebagai pendukung pelayanan patologi anatomi. 	
2.	Ruangan Penyimpanan Jaringan Patologi Anatomi	<ul style="list-style-type: none"> • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	
3.	Ruangan Mikrotom		
4.	Ruangan Histologi		

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
5.	Ruangan Imunohistokimia	<ul style="list-style-type: none"> • Ruang ini disediakan sebagai pendukung pelayanan patologi anatomik. • Persyaratan ruangan dan prasarana lainnya mengikuti persyaratan laboratorium diatas. 	RS Kelas C dan D ruangan ini tidak dipersyaratkan ada.
C. Ruang Lain-Lain			
1.	Ruangan ganti/loker	Umum	Fungsi ruangan ini dapat tersentral di RS
2.	Pantri	Umum	
3.	Ruangan Cuci Peralatan	Mengikuti persyaratan umum dan dilengkapi sink	
4.	Ruangan Kepala Laboratorium Medik	Umum	
5.	Ruangan Petugas Laboratorium	Umum	
6.	KM/WC (Toilet) pasien	Persyaratan toilet pasien mengikuti persyaratan tentang toilet aksesibel melihat poin di atas.	
7.	KM/WC (Toilet) petugas	Persyaratan toilet umum lihat poin di atas.	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang laboratorium disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

10. BANK DARAH RUMAH SAKIT

Letak bank darah rumah sakit harus memiliki akses yang mudah ke ruang gawat darurat.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi (Loket Permintaan, penerimaan dan pendistribusian darah)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
2.	Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. 	
3.	Ruangan Laboratorium	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan peralatan yang digunakan yaitu untuk pemeriksaan Golongan darah ABO dan rhesus serta untuk uji silang serasi. • Persyaratan lantai tidak boleh licin, non prosif, tahan terhadap bahan kimia dan mudah dibersihkan. • Peryaratan dinding non porosif, tahan terhadap bahan kimia dan dan mudah dibersihkan. • Disediakan meja kerja dengan persyaratan dapat meredam getaran untuk meletakkan peralatan pemeriksaan. • Disediakan wastafel dan fasilitas desinfeksi tangan. • Disediakan satu grounding khusus (0,02 ohm) untuk peralatan-peralatan laboratorium yang dapat dipasang secara paralel. • Setiap ruangan disediakan kotak kontak dengan jumlah sesuai kebutuhan dan tidak boleh menggunakan 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>percabangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. 	
4.	Ruangan Penyimpanan	<ul style="list-style-type: none"> Luas ruangan disesuaikan dengan kebutuhan peralatan yang digunakan yaitu Antara lain : <ol style="list-style-type: none"> <i>Blood bank</i> 100-280 L (tergantung kebutuhan) <i>Medical refrigerator</i> Platelet agitator Disediakan kotak kontak khusus alat simpan biomaterial sesuai jumlah peralatan yang digunakan dan tidak boleh menggunakan percabangan. 	

11. RUANG STERILISASI

- a. Ruang sterilisasi harus terpusat dan memiliki 3 (tiga) akses terpisah yang tidak boleh saling bersilangan.
- b. Akses tersebut meliputi:
 - 1) akses barang kotor;
 - 2) akses barang bersih; dan
 - 3) akses distribusi barang steril.
- b. Letak ruang sterilisasi terpusat harus direncanakan dengan mempertimbangkan keselamatan dan keamanan struktur bangunan.
- c. Ventilasi di ruang sterilisasi harus tersaring dan terkontrol.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi, Loker Penerimaan dan Pencatatan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
2.	Ruangan Dekontaminasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis. • Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar. • Bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air. • Konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai. • Ruang disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan ada percabangan/ sambungan langsung tanpa 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>pengamanan arus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. • Ruang dilengkapi dengan sink dan pancuran air (<i>shower</i>), meja cuci, mesin cuci, meja bilas, meja setrika, • Perlengkapan dekontaminasi lainnya : ultrasonic washer dengan volume chamber 40-60 lt, Mesin pengering slang, et, Mesin cuci handschoen. 	
3.	Ruang Pengemasan Alat/ Bahan siap sterilisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ruang disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruang harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. • Ruang dilengkapi dengan Container, alat wrapping, Automatic washer disinfector 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
4.	Ruangan Sterilisasi	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan ada percabangan/ sambungan langsung tanpa pengamanan arus. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan harus mengoptimalkan pencahayaan alami. Untuk pencahayaan buatan dengan intensitas cahaya 200 lux. • Ruangan dilengkapi dengan Autoklaf table, horizontal sterilizer, container for sterilizer, autoklaf unit (steam sterilizer), sterilizer kerosene, (atau jika memungkinkan ada pulse vacuum sterilizer, plasma sterilizer) 	
5.	Gudang Steril	Umum	
6.	Gudang Barang/Linen/ Bahan Perbekalaan Baru	Umum	
7.	Ruangan Dekontaminasi Kereta/Troli : a. Area Cuci b. Area Pengeringan	<ul style="list-style-type: none"> • Ruangan ini ditempatkan di sisi depan/luar Ruang Sterilisasi • Pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis. • Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan troli. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air. • Konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai. • Ruang dilengkapi dengan sink dan pancuran air (<i>shower</i>). 	
8.	Ruangan pencucian perlengkapan	<ul style="list-style-type: none"> • Mengikuti persyaratan umum, dilengkapi sink dan meja bilas • Tidak boleh ada genangan air 	
9.	Ruangan Distribusi Instrumen dan Barang Steril	Umum	
10.	Ruangan Kepala	Umum	
11.	Ruangan Ganti Petugas (Loker)	Umum	
12.	Ruangan Staf/ Petugas	Umum	Fungsi ruangan ini dapat tersentral di RS
13.	Dapur Kecil (<i>Pantry</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. • Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan. 	
14.	Toilet petugas	Persyaratan toilet umum lihat poin di atas.	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang sterilisasi disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

12. RUANG FARMASI

- a. Ruang farmasi terdiri atas ruang kantor/administrasi, ruang penyimpanan, ruang produksi, laboratorium farmasi, dan ruang distribusi.
- b. Ruang farmasi harus menyediakan utilitas bangunan yang sesuai untuk penyimpanan obat yang menjamin terjaganya keamanan, mutu, dan khasiat obat.
- c. Ruang produksi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai dan ruang proses kimia lainnya yang dapat mencemari lingkungan, pembuangan udaranya harus melalui penyaring untuk menetralsir bahan yang terkandung di dalam udara buangan tersebut sesuai ketentuan yang berlaku.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi dan Kantor		
	a. Ruangan Kepala	Umum	Fungsi ruangan ini dapat digabung.
	b. Ruangan Staf	Umum	
	c. Ruangan Kerja dan Administrasi Tata Usaha	Umum	Fungsi ruangan ini dapat digabung.
	d. Ruangan Pertemuan	Umum	Fungsi ruangan ini dapat tersentral di RS
2.	Ruangan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan habis pakai		
	a. Ruangan penyimpanan kondisi umum		
	- Ruangan Penyimpanan Obat Jadi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰ C 	Ruangan penyimpanan obat jadi dan ruangan penyimpanan Obat Produksi dapat digabung
	- Ruangan Penyimpanan Obat Produksi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰ C 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Penyimpanan Bahan Baku Obat 	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰ C 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Penyimpanan Alat Kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara Positif 	
b. Ruang penyimpanan kondisi khusus			
	<ul style="list-style-type: none"> - Ruang Penyimpanan Obat Khusus (obat yang termolabil, narkotika dan obat psikotropika serta obat/bahan berbahaya) 	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat simpan obat khusus disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰ C 	<p><u>RS Kelas C dan D:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang penyimpanan obat khusus adalah opsional • Ruang penyimpanan nutrisi parenteral tidak dipersyaratkan ada

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
3.	Ruangan Produksi Sediaan Farmasi		
	a. Ruangan Produksi Sediaan Farmasi Non Steril		
	- Ruangan Produksi Non Steril/ Peracikan obat	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangann minimal 2 (dua) kali daerah kerja + peralatan, dengan jarak setiap peralatan minimal 2,5 m. • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰ C 	
4.	Ruang Penunjang Lain		
	a. Loker Satelit Farmasi Rawat Jalan (<i>Loker penerimaan resep, loker pembayaran dan loker pengambilan obat</i>)	Umum	
	b. Ruangan Loker Petugas (<i>Pria dan Wanita dipisah</i>)	Umum	
	c. Ruangan Arsip Dokumen dan Perpustakaan	Umum	
	d. Ruangan Tunggu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tunggu menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dengan perhitungan 1-1,5 m²/orang. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Ruangan tunggu dilengkapi dengan Fasilitas Desinfeksi tangan. 	
	e. Dapur Kecil (<i>Pantry</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. • Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	f. Toilet (pasien, petugas, pengunjung)	<ul style="list-style-type: none"> • Toilet petugas dan pengunjung dibedakan. • Disediakan minimal satu toilet aksesibel untuk pasien dan pengunjung (Persyaratan tentang toilet aksesibel melihat poin di atas). • Persyaratan toilet umum lihat poin di atas. 	
5.	Ruangan Distribusi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Habis Pakai (Depo/ Satelit)		
	Unit Depo/Satelit		
	a. Ruangan Produksi Obat Non Steril/ Racik Obat	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif. • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰C. 	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	b. Ruangan Penyimpanan Bahan Perbekalan Farmasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Total pertukaran udara minimal 4 kali per jam dengan tekanan udara positif. • Temperatur ruangan dipelihara pada suhu 15-25⁰C. 	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	c. Ruangan Apoteker	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	d. Ruangan Pelayanan Informasi Obat	Umum	
	e. Ruangan Konsultasi/ Konseling Obat	Umum	
	f. Ruangan Loker Petugas (Pria dan Wanita dipisah)	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	g. Ruangan Tunggu	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	h. Loker Satelit Farmasi	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	i. Ruang Administrasi (Penerimaan dan Distribusi Obat)	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	j. Ruang Staf	Umum	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional
	k. Dapur Kecil (<i>Pantry</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Dilengkapi dengan sink dan meja pantri. • Dilengkapi meja dan kursi makan sesuai dengan kebutuhan. 	Ketersediaan ruangan ini adalah opsional

Keterangan :

1. Kebutuhan ruangan di ruang farmasi disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.
2. Tekanan udara positif adalah tekanan udara dalam suatu ruangan relatif lebih besar dibandingkan dengan tekanan udara pada ruangan di sebelahnya, dengan cara pengaturan sistem pasokan udara ke dalam suatu ruangan lebih besar terhadap udara yang dibuang.
3. Tekanan udara negatif adalah tekanan udara dalam suatu ruangan relatif lebih sedikit dibandingkan dengan tekanan udara pada ruangan di sebelahnya, dengan cara pengaturan sistem pasokan udara ke dalam suatu ruangan lebih sedikit terhadap udara yang dibuang.
4. Pertukaran udara per jam adalah pertukaran/pergantian jumlah volume udara dalam ruangan per satuan waktu jam, dalam hal ini merupakan ukuran seberapa cepat udara dalam ruang interior diganti dengan luar (atau AC) udara. Sebagai contoh jika pertukaran volume udara dalam suatu ruangan yang diharapkan adalah 4 kali per jam, maka dapat ditempuh diantaranya dengan mengatur laju aliran udara dalam satuan kaki kubik per menit (CFM) melalui peralatan inhauster dan ekshauster sebesar voumen ruangan yang diinginkan.

13. RUANG REKAM MEDIS

- a. Letak ruang rekam medik harus memiliki akses yang mudah dan cepat ke ruang rawat jalan dan ruang gawat darurat.
- b. Desain tata ruang rekam medis harus dapat menjamin keamanan penyimpanan berkas rekam medis.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3~5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	Luasan total ruangan disesuaikan dengan kajian kebutuhan.
2.	Ruangan Kepala Rekam Medik	Umum	
3.	Ruangan Petugas Rekam Medik	Umum	
4.	Ruangan Arsip Aktif	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan • Persyaratan ruangan seperti persyaratan umum 	
5.	Ruangan Arsip Pasif	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung jumlah arsip dan jenis pelayanan • Persyaratan ruangan seperti persyaratan umum 	
6.	KM/WC petugas	Persyaratan KM/WC umum lihat poin di atas.	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang rekam medis disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

14. RUANG TENAGA KESEHATAN

Persyaratan ruang tenaga kesehatan sesuai dengan persyaratan bangunan pada umumnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

15. RUANG PENDIDIKAN DAN LATIHAN

- a. Ruang pendidikan dan latihan merupakan ruangan-ruangan yang digunakan untuk melaksanakan pengelolaan kegiatan pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan.
- b. Luas, jumlah dan kapasitas ruang pendidikan dan latihan harus sesuai dengan kebutuhan pelayanan dan klasifikasi rumah sakit.
- c. Pada rumah sakit pendidikan, ruangan pendidikan dan latihan harus tersedia di setiap ruang pelayanan medik.

16. RUANG KANTOR DAN ADMINISTRASI

- a. Ruang kantor dan administrasi merupakan ruangan-ruangan dalam rumah sakit tempat melaksanakan kegiatan manajemen administrasi rumah sakit.
- b. Luas, jumlah dan kapasitas kantor dan administrasi yang diselenggarakan sesuai dengan kebutuhan pelayanan rumah sakit.

17. RUANG IBADAH, RUANG TUNGGU

- a. Ruang ibadah sebagai fasilitas peribadatan harus disediakan pada setiap rumah sakit.
- b. Ruang tunggu harus disediakan pada tiap-tiap ruang pelayanan pasien.
- c. Kebutuhan luas ruangan tunggu harus sesuai dengan kapasitas pelayanan.

18. RUANG PENYULUHAN KESEHATAN MASYARAKAT RUMAH SAKIT

- a. Ruang Penyuluhan Kesehatan Masyarakat Rumah Sakit sebagai fasilitas pemberian informasi kesehatan harus disediakan pada setiap rumah sakit.
- b. Tidak perlu dalam ruang tersendiri.

19. RUANG MENYUSUI

- a. Ruang menyusui harus disediakan pada setiap ruang pelayanan anak.
- b. Ruang menyusui harus memiliki paling sedikit wastafel dan fasilitas tempat duduk dengan sandaran tangan.
- c. Ruang menyusui harus memiliki ventilasi udara dan pencahayaan yang baik.
- d. Persyaratan ruang menyusui dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

20. RUANG MEKANIK

- a. Letak ruang mekanik tidak berdekatan dengan ruang-ruang pelayanan pasien.
- b. Luas ruang mekanik harus dapat mengakomodir kegiatan operasional dan pemeliharaan komponen bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan di rumah sakit.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	R. Kepala IPSRS	Umum	
2.	Ruangan Administrasi dan Ruang Kerja Staf	Umum	Ruang ini dapat digabung
3.	Ruangan Rapat/ Pertemuan Teknis	Umum	
4.	Ruangan Studio Gambar dan Arsip Teknis	Umum	
5.	Bengkel/ Workshop		
	a. Bengkel/ Workshop Bangunan/Kayu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas bengkel menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
	b. Bengkel/ Workshop metal/ logam	<ul style="list-style-type: none"> • Luas bengkel menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
	<p>c. Bengkel/Workshop Peralatan Medik (Optik, Elektromedik, Mekanik)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Luas bengkel menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
	d. Bengkel/Workshop penunjang medik.	<ul style="list-style-type: none"> • Luas bengkel menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
6.	Ruang Panel Listrik	<ul style="list-style-type: none"> • Penentuan jenis dan jumlah Panel Listrik tergantung dari kapasitas listrik dan pelayanan yang ada di RS. • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Ruang harus terhindar dari banjir • Spesifikasi ruangan sesuai standar yang berlaku. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan langsung dibuang keluar gedung. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
7.	Ruangan Genset	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan genset dan jenis genset. • Ruang harus terhindar dari banjir dan lantai dibuat lebih tinggi dari lantai sekitar. • Ruang harus mempunyai proteksi kebisingan dan getaran. • Spesifikasi ruangan sesuai standar yang berlaku. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan langsung dibuang keluar gedung. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	<p>Penentuan jenis dan jumlah Genset tergantung dari kapasitas back up listrik dan pelayanan yang ada di RS.</p>
8.	Ruangan Trafo	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan Travo dengan jarak trafo ke dinding minimum 1.25 m. • Ruang harus terhindar dari banjir dan lantai dibuat lebih tinggi dari lantai sekitar. • Spesifikasi ruangan sesuai standar yang berlaku. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan 	<p>Penentuan jenis dan jumlah trafo tergantung dari kapasitas listrik dan pelayanan yang ada di RS.</p>

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan langsung dibuang keluar gedung. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
9.	Ruang Pompa (Air Bersih dan Hidran Kebakaran)	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruang menyesuaikan kebutuhan Pompa dan perlengkapannya serta memudahkan pemeliharannya. • Ruang harus terhindar dari banjir dan lantai dibuat lebih tinggi dari lantai sekitar. • Spesifikasi ruang sesuai standar yang berlaku. • Setiap ruang disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan langsung dibuang keluar gedung. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	Penentuan jenis dan jumlah peralatan pompa tergantung dari sistem plumbing dan pelayanan RS

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
10.	Ruangan Server dan Sentral Data	<ul style="list-style-type: none"> • Penentuan jenis peralatan IT tergantung dari sistem IT dan pelayanan yang diterapkan di RS • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Ruang harus terhindar dari banjir • Spesifikasi ruangan sesuai standar yang berlaku. • Tersedia Alat Pemadam • Api Ringan (APAR) 	Ruangan ini adalah opsional.
11.	Gudang spare part	Umum	Ruangan ini dapat digabung
12.	Gudang	Umum	
13.	KM/WC petugas	Persyaratan KM/WC umum lihat poin di atas.	Ruangan ini dapat bergabung dengan ruang lain.

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang mekanik disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

21. RUANG DAPUR DAN GIZI

- a. Ruang dapur dan gizi merupakan tempat pengolahan/produksi makanan yang meliputi penerimaan bahan mentah atau makanan terolah, pembuatan, pengubahan bentuk, pengemasan, pewadahan, penyimpanan bahan makanan serta pendistribusian makanan siap saji di rumah sakit.
- b. Letak ruang dapur dan gizi harus memiliki akses yang mudah ke ruang rawat inap dan tidak memiliki akses yang bersilangan dengan akses ke laundry, tempat pembuangan sampah, dan ruang jenazah.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Penerimaan dan Penimbangan Makanan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
2.	Ruangan Penyimpanan Bahan Makanan Basah	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat penyimpan makanan disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. 	Fungsi penyimpanan bahan makanan basah dapat berupa cold storage/lemari pendingin.
3.	Ruangan Penyimpanan Bahan Makanan Kering	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan/sambungan langsung 	Fungsi penyimpanan bahan makanan kering dapat berupa lemari.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		tanpa pengaman arus.	
4.	Ruangan/Area Persiapan Makanan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
5.	Ruangan Pengolahan/ pemasakan dan penghangatan makanan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan udara langsung dibuang keluar gedung. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat penyimpan makanan disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR) 	
6.	Ruangan/ Area Pembagian dan Penyajian Makanan	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
7.	Dapur Susu	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah pelayanan. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat penyimpan makanan 	Dapat digabung dengan ruangan penyajian makanan.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai.	
8.	Ruangan/Area Cuci	Umum	
9.	Ruangan Penyimpanan Peralatan Dapur	Umum	
10.	Ruangan Administrasi	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan disesuaikan dengan jumlah petugas, dengan perhitungan 3-5 m²/petugas. • Total pertukaran udara minimal 6 kali per jam. • Intensitas cahaya minimal 100 lux. 	
11.	Ruangan Kepala Instalasi Gizi	Umum	
12.	Janitor/ Ruang Petugas Kebersihan	Umum	
13.	Ruangan penyimpanan gas elpiji	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Ruang harus terhindar dari banjir • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan langsung dibuang keluar gedung. • Tersedia Alat Pemadam Api Ringan (APAR). 	
14.	Gudang Alat	Umum	
15.	Toilet petugas	Persyaratan toilet umum lihat poin di atas.	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang dapur/ gizi disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

22. LAUNDRY

- a. Letak *laundry* harus memiliki akses yang mudah ke ruang rawat inap dan ruang sterilisasi.
- b. *Laundry* harus memiliki akses yang terpisah untuk linen kotor dan linen bersih.
- c. *Laundry* harus memiliki saluran pembuangan limbah cair yang dilengkapi dengan pengolahan awal (*pre-treatment*) khusus sebelum dialirkan ke instalasi pengolahan air limbah rumah sakit.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
I. Ruang Kotor			
1.	Ruangan Penerimaan dan Pemilahan Linen	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah linen. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
2.	Ruangan Penimbangan Linen	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung dari jumlah linen. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
3.	Ruangan Pencucian Linen Non Infeksius	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung jumlah dan jenis mesin cuci yang dipakai. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat cuci disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan udara harus dibuang ke luar gedung. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
4.	Ruangan Pencucian Linen Infeksius	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung jumlah dan jenis mesin cuci yang dipakai. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat cuci disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan udara harus dibuang ke luar gedung. 	
5.	Janitor	<ul style="list-style-type: none"> • Lantai ruangan tidak berpori. • Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	Fungsi ruangan ini dapat bergabung dengan ruangan lain
II. Ruang Bersih			
1.	Ruangan Administrasi dan Pencatatan	Umum	Fungsi ruangan ini dapat digabung dengan ruangan pendistribusian linen bersih.
2.	Ruangan Pengeringan Linen	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan tergantung jumlah dan jenis mesin pengering yang dipakai. • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop Kontak khusus alat pengering disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<ul style="list-style-type: none"> Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan udara harus dibuang ke luar gedung. 	
3.	Ruangan Perapihan, Pelicinan dan Pelipatan Linen	<ul style="list-style-type: none"> Luas ruangan tergantung jumlah dan jenis mesin yang dipakai. Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak atau tidak boleh menggunakan percabangan. Untuk stop kontak khusus alat setrika disediakan tersendiri dan harus kompatibel dengan rencana alat yang akan dipakai. Ruangan harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam dan udara harus dibuang ke luar gedung. 	
4.	Ruangan Perbaikan Linen	Umum	Fungsi ruangan ini dapat digabung.
5.	Ruangan Penyimpanan Linen Rusak	Umum	
6.	Ruangan Penyimpanan Linen Bersih	Umum	
7.	Ruangan Pendistribusian Linen Bersih	Umum	
III. Ruang Penunjang Lain			
1.	Ruangan Petugas Laundry	Umum	Fungsi ruangan ini dapat bergabung dengan ruangan lain
2.	Toilet petugas	Persyaratan toilet umum lihat poin di atas.	

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang laundry disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

23. KAMAR JENAZAH

- a. Letak kamar jenazah harus memiliki akses langsung dengan ruang gawat darurat, ruang kebidanan, ruang rawat inap, ruang operasi, dan ruang perawatan intensif.
- b. Akses menuju kamar jenazah bukan merupakan akses umum dan diproteksi terhadap pandangan pasien dan pengunjung untuk alasan psikologis.
- c. Bangunan Rumah Sakit harus memiliki akses dan lahan parkir khusus untuk kereta jenazah.
- d. Lahan parkir khusus untuk kereta jenazah harus berdekatan dengan kamar jenazah.

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Administrasi	Umum	
2.	Gudangan perlengkapan Ruang Duka	Umum	
3.	Ruangan Dekontaminasi dan Pemulasaraan Jenazah	<ul style="list-style-type: none"> • Pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis. • Bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar. • Bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air. • Konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai. • Ruangan dilengkapi dengan sink dan pancuran air (<i>shower</i>). 	
4.	Ruangan Pendingin Jenazah	<ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan. • Ruangan harus terhindar dari banjir • Setiap ruangan disediakan minimal 2 (dua) kotak kontak dan belum termasuk kotak kontak untuk peralatan 	

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
		<p>yang memerlukan daya listrik besar, serta tidak boleh menggunakan percabangan/ sambungan langsung tanpa pengaman arus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang harus dijamin terjadinya pertukaran udara baik alami maupun mekanik dengan total pertukaran udara minimal 10 kali per jam. 	
5.	Ruangan Ganti Pakaian APD (dilengkapi dengan toilet)	<ul style="list-style-type: none"> • Persyaratan umum ruangan lihat persyaratan ruangan ganti sebelumnya. • Ruang harus dilengkapi <i>antiseptic footbath</i> dan wastafel. • Persyaratan toilet umum lihat poin di atas. 	
6.	Ruanga Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah	Umum	
7.	Ruangan Jemur Alat	Persyaratan umum dengan dilengkapi wastafel.	
8.	Gudang instalasi pemulasaraan jenazah	Umum	
9.	KM/WC petugas/ pengunjung	Persyaratan KM/WC umum lihat poin di atas.	Ruangan ini dapat bergabung dengan ruang lain

Keterangan : Kebutuhan ruangan di kamar jenazah disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

24. TAMAN

- a. Rumah sakit harus menyediakan ruang terbuka di luar bangunan rumah sakit yang diperuntukan untuk taman.
- b. Taman disediakan sebagai area preservasi yang berfungsi untuk taman penyembuhan dan penghijauan.
- c. Luas taman sesuai dengan rencana tata ruang serta rencana tata bangunan dan lingkungan daerah setempat.
- d. Dalam hal belum terdapat rencana tata ruang serta rencana tata bangunan dan lingkungan pada daerah setempat, luas taman paling kecil 15% (lima belas persen) dari luas lahan.

25. RUANG PENGELOLAAN LIMBAH

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
1.	Ruangan Kepala	Umum	
2.	Ruangan Administrasi	Umum	
3.	Ruangan Rapat	Umum	Ruangan ini adalah opsional.
4.	Gudang	Umum	
5.	KM/WC petugas	<ul style="list-style-type: none"> Persyaratan KM/WC umum lihat poin di atas. 	Ruangan ini dapat bergabung dengan ruang lain.
6.	R.Pengelolaan Limbah Cair	<ul style="list-style-type: none"> Penentuan sistem IPAL menyesuaikan karakteristik rumah sakit (antara lain pelayanan, kondisi geografis, dan jenis limbah yang dihasilkan). Tersedia saluran kota untuk pembuangan hasil akhir IPAL (enfluen). Daya listrik yang tersedia mencukupi kebutuhan peralatan dan memiliki backup Genset Berada di luar bangunan gedung pelayanan 	Luas ruangan/area menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dan jenis IPAL.
7.	R.Pengelolaan Limbah Padat (Insinerator, TPS Umum, TPS Limbah Medis, dan TPS Limbah B3)	<ul style="list-style-type: none"> Penentuan sistem pengolahan limbah padat menyesuaikan pelayanan rumah sakit dan jenis limbah yang dihasilkan. Daya listrik yang tersedia mencukupi kebutuhan peralatan dan memiliki <i>backup</i> Genset <p>Berada di luar bangunan gedung pelayanan</p>	Luas ruangan/area menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dan jenis alat pengolahannya

NO.	NAMA RUANGAN	PERSYARATAN RUANGAN	KETERANGAN
8.	R.Pengelolaan Limbah Cair	<ul style="list-style-type: none"> • Penentuan sistem IPAL menyesuaikan karakteristik rumah sakit (antara lain pelayanan, kondisi geografis, dan jenis limbah yang dihasilkan). • Tersedia saluran kota untuk pembuangan hasil akhir IPAL (enfluen). • Daya listrik yang tersedia mencukupi kebutuhan peralatan dan memiliki backup Genset • Berada di luar bangunan gedung pelayanan 	Luas ruangan/area menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dan jenis IPAL.
9.	R.Pengelolaan Limbah Padat (Insinerator, TPS Umum, TPS Limbah Medis, dan TPS Limbah B3)	<ul style="list-style-type: none"> • Penentuan sistem pengolahan limbah padat menyesuaikan pelayanan rumah sakit dan jenis limbah yang dihasilkan. 	Luas ruangan/area menyesuaikan kebutuhan kapasitas pelayanan dan jenis alat pengolahannya

Keterangan : Kebutuhan ruangan di ruang sanitasi disesuaikan dengan jenis dan kebutuhan pelayanan serta ketersediaan SDM di RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.

26. PELATARAN PARKIR YANG MENCUKUPI

- a. Bangunan rumah sakit harus menyediakan area parkir kendaraan dengan jumlah area parkir yang proporsional sesuai dengan peraturan daerah setempat.
- b. Penyediaan parkir di pekarangan tidak boleh mengurangi daerah penghijauan yang telah ditetapkan.
- c. Tempat parkir harus dilengkapi dengan rambu parkir yang jelas.
- d. Selain menyediakan pelataran parkir yang mencukupi, bangunan rumah sakit harus menyediakan jalur pejalan kaki.
- e. Jalur pejalan kaki harus aman dari lalu lintas kendaraan.

H. Standar Fasilitas Peralatan, Sarana dan Prasarana Medik dan Keperawatan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI No.340/MENKES/PER/III 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit, Peralatan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan terdiri dari :

1. Peralatan medis untuk instalasi gawat darurat
2. Peralatan medis untuk rawat jalan
3. Peralatan medis untuk rawat inap
4. Peralatan medis untuk rawat intensif
5. Peralatan medis untuk operasi
6. Peralatan medis untuk persalinan
7. Peralatan radiologi
8. Peralatan laboratorium klinik
9. Peralatan pelayanan darah
10. Peralatan rehabilitasi medik
11. Peralatan farmasi
12. Peralatan instalasi gizi
13. Peralatan kamar jenazah

BAB V KEBIJAKAN

1. Melaksanakan skrining baik didalam maupun diluar rumah sakit sebelum pasien diterima atau dirujuk
2. Pasien dengan kebutuhan gawat darurat segera menggunakan proses identifikasi triase berbasis bukti untuk memprioritaskan sesuai kebutuhan pasien
3. Skrining pasien rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, kebutuhan kuratif, rehabilitatif.
4. Menyampaikan informasi kepada pasien apabila terjadi penundaan dan atau keterlambatan pelayanan
5. Petugas memahami dan mampu melaksanakan proses pendaftaran pasien rawat jalan, pasien rawat inap, pasien gawat darurat serta proses penerimaan pasien gawat darurat ke unit rawat inap.
6. Melaksanakan skrining baik didalam maupun diluar rumah sakit sebelum pasien diterima atau dirujuk.
7. Pasien dengan kebutuhan gawat darurat segera menggunakan proses identifikasi triase berbasis bukti untuk memprioritaskan sesuai kebutuhan pasien
8. Skrining pasien rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, kebutuhan kuratif, rehabilitatif.
9. Menyampaikan informasi kepada pasien apabila terjadi penundaan dan atau keterlambatan pelayanan
10. Petugas mampu memberikan edukasi penjelasan terhadap penahanan pasien untuk observasi dan mengelola pasien apabila tidak ketersediaan tempat tidur pada unit yang dituju maupun diseluruh rumah sakit.
11. Dapat mengelola alur pasien masuk dengan tujuan untuk mengurangi penundaan asuhan kepada pasien terhadap :
 - a. Ketersediaan tempat tidur rawat inap
 - b. Perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien.
 - c. Perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat.
 - d. Alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan dan pelayanan seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi dan unit pasca – anestesi.
 - e. Efisiensi pelayanan non klinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien seperti rumah tangga dan transportasi
 - f. Pemberian pelayanan kerawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
 - g. Akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual dan sebagainya)

12. Dapat memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan prioritas criteria masuk dan keluar ICU, NICU, CVCU, HCU dan diagnostic, parameter objektif,serta criteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup serta mendokumentasikan seluruh proses pelayanan pasien.
13. Ditetapkan penyusunan, perencanaan, pemulangan pasien mulai asesmen awal rawat inap dan criteria pasien yang membutuhkan discharge planning.
14. Mengatur proses untuk melaksanakan kesinambunagn dan koordinasi pelayanan agar kesinambungan asuhan pasien tidak terputus, sebagai asuhan pasien terintegrasi di dan antar berbagai unit pelayanan yang berpusat pada pasien (patient centered care), termasuk penetapan Case Manager yang bukan PPA aktif, penuh waktu di jam kerja, dan pengintegrasian pelayanan oleh Case Manager.
15. Mengatur kesinambungan asuhan selama pasien berada dirumah sakit, harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)sebagai tim leader yang melakukan koordinasi asuhan inter PPA yang bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien, sebagai individu yang bertanggung jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan klinisnya , bila pasien lebih dari satu DPJP maka harus ditetapkan DPJP utama yang berperan sebagai koordinator mutu dan keselamatan pasien antar DPJP dan PPA.
16. Menetapkan informasi serta proses pemindahan / transfer pasien antar unit pelayanan didalam rumah sakit serta mendokumentasikan proses transfer pasien dalam bentuk form transfer pasien antar unit dalam rumah sakit.
17. Proses pemulangan pasien dari rumah sakit berdasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan asuhan kesinambungan tindakan pasien sesuai dengan kebutuhan, pemulangan pasien disertai dengan kriteria pemulangan pasien dan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (discharge palning) untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien, dan sebelum pasien di pulangkan DPJP membuat resume pasien pulang pada form resume pasien pulang.
18. Menetapkan kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnostiknya kompleks, dan kriteria yang memerlukan Profil Ringkasan Medis Rawat Jalan (PRMRJ) yang memuat :
 - a. Identifikasi pasien yang menerima asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks, seperti pasien diklinik jantung dengan berbagai komorbiditas.
 - b. Identifikasi informasi yang dibutuhkan oleh para DPJP yang menangani pasien tersebut.

- c. Menentukan proses yang digunakan untuk memastikan bahwa informasi medis yang dibutuhkan DPJP tersedia dalam format dan mudah ditelusuri (easy-to-retrieve) dan mudah direview.
 - d. Evaluasi dari hasil implementasi proses untuk mengkaji bahwa informasi dalam proses memenuhi kebutuhan DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien
19. Menetapkan proses untuk mengelola pasien rawat jalan, rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan serta proses untuk mengelola pasien rawat jalan atau rawat inap yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melaikan diri).
 20. Sistem rujukan pasien ke fasilitas kesehatan lain yaitu berdasarkan kondisi pasien dan kebutuhan untuk memperoleh asuhan berkesinambungan, rumah sakit berkewajiban mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan pasien dan memastikan pasien pindah dengan aman, petugas rumah sakit bertanggung jawab dalam proses pengelola / penyiapan rujukan dan memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
 21. Proses merujuk, memindahkan, memulangkan pasien membutuhkan transportasi, jenis transportasi bisa ambulans atau kendaraan lain milik rumah sakit, jenis kendaraan yang diperlukan tergantung kondisi dan status pasien, proses ini meliputi asesmen kebutuhan transportasi obat, bahan medis habis pakai serta alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kondisi pasien, termasuk pasien rawat jalan, dan transportasi memenuhi persyaratan PPIRS.
 22. Menerima dan menindaklanjuti pengaduan / keluhan dalam proses rujukan pasien.
 23. Mengatur pelaksanaan identifikasi pasien, Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit, identifikasi ini menggunakan tiga identitas nama pasien sesuai KTP, tanggal lahir dan No. RM.
 24. Menetapkan proses pelaksanaan komunikasi efektif antar profesional pemberi asuhan (PPA), untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telepon dengan aman dan serah terima asuhan pasien (hand over) di dalam rumah sakit.
 25. Menetapkan besaran nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dan hasil diagnostik kritis.
 26. Menyediakan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu di waspadai untuk meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai dan proses pencegahan kekurangan hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.

27. Menetapkan prosedur proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur, dengan melakukan verifikasi sebelum, saat dan sesudah operasi dengan tersedianya “check list”.
28. Menetapkan pelaksanaan proses Time-out yang dijalankan di kamar operasi.
29. Sebelum operasi dimulai, dilakukan untuk memastikan Tepat-Lokasi, TepatProsedur, Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.
30. Menetapkan kewajiban untuk menggunakan dan melaksanakan “evidencebased hand hygiene guidelines” untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.
31. Mengatur pelaksanaan proses mengurangi risiko pasien jatuh bertujuan untuk mencegah pasien cedera karena jatuh. rumah sakit bertanggung jawab dan mendukung hak pasien dan keluarga selama dalam asuhan.
32. Bertanggung jawab dan berkewajiban menyimpan rahasia pasien dan menghormati kebutuhan privasi pasien.
33. Menetapkan ketentuan untuk melindungi harta benda milik pasien dari kehilangan atau pencurian, adanya penyimpanan barang milik pasien yang ditiptkan dimana pasiennya tidak dapat menjaga harta miliknya,rumah sakit memastikan barang tersebut aman dan menetapkan tingkat tanggung jawabnya atas barang milik pasien tersebut.
34. Menetapkan identifikasi populasi pasien yang rentan terhadap risiko kekerasan dan melindungi semua pasien dari kekerasan.
35. Mendorong partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan second opinion tanpa rasa khawatir akan mempengaruhi proses asuhannya.
36. Pasien berhak diberitahu tentang semua aspek asuhan medis dan tindakan serta berhak mendapatkan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan serta diberitahu tentang hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga.
37. Pasien dan keluarga menerima informasi tentang penyakit, rencana tindakan, dan DPJP serta para PPA lainnya,agar mereka dapat memutuskan tentang asuhannya , dan setiap petugas berkawajiban untuk menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga.
38. Menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar (do not resucitate/DNR).
39. Hak pasien terhadap asesmen dan manajemen nyeri yang tepat.
40. Hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya .

41. 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.
42. Petugas memberikan informasi pada semua pasien dan keluarga tentang informasi hak dan kewajiban pasien.
43. Menetapkan pelaksanaan persetujuan khusus/ persetujuan tindakan (informed consent) oleh DPJP dan dapat dibantu oleh staf yang terlatih dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai peraturan perundang-undangan.
44. Persetujuan khusus (informed consent) diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur serta pengobatan lain dengan risiko tinggi.
45. Menetapkan proses, dalam konteks peraturan perundang-undangan, siapa pengganti pasien yang dapat memberikan persetujuan dalam persetujuan khusus (informed consent) bila pasien tidak kompeten.
46. 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.
47. Pimpinan rumah sakit bersama komite memahami dan menyusun mekanisme untuk memastikan ketaatan terhadap semua peraturan perundang-undangan dan persyaratan profesi yang berkaitan dengan penelitian.
48. Mempunyai kebijakan dan prosedur untuk memberikan informasi tentang proses pengambilan keputusan untuk penelitian / uji klinis (clinical trial), serta pasien dan keluarganya yang tepat diidentifikasi dan diberi informasi tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian / uji klinis (clinical trial) yang relevan dengan kebutuhan pengobatan mereka.
49. Memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga sebelumnya mengenai proses yang baku untuk protokol penelitian, dan rumah sakit menyediakan form persetujuan / informed consent penelitian serta didokumentasikan dalam rekam medis disertai tanda tangan persetujuan.
50. Mempunyai sebuah komite etik penelitian untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian dirumah sakit tersebut yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya.
51. Memberi informasi pada pasien dan keluarga tentang bagaimana memilih untuk mendonorkan organ dan jaringan lainnya sesuai peraturan perundangundangan, agama serta nilai budaya setempat yang meliputi :

- a. Proses mendorong keluarga untuk
 - b. Mendonasikan organ/jaringan lain
 - c. Pengawasan donasi dan transplantasi
 - d. Organ/jaringan lain dan
 - e. Proses mendapatkan persetujuan
52. Menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan yang meliputi status fisik , psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (Discharge Planning), sesuai dengan penetapan isi spesifik dari berkas rekam medis untuk kesinambungan asuhan oleh PPA harus selesai dalam waktu 24 jam, pelaksanaan pasien rawat dgn penyakit akut /non kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 1 (satu) bulan, dan pelaksanaan pasien rawat dengan penyakit kronis, asesmen awal diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan.
53. Menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien rawat jalan.
54. Menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien gawat darurat.
55. Menetapkan kriteria risiko nutrisi yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
56. Menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
57. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskurir terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen untuk mengidentifikasi ada rasa nyeri pada asesmen awal, lakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya.
58. Untuk memperhatikan kebutuhan dan kondisi pasien dalam kerangka kultural pasien, Rumah Sakit menetapkan asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu diantaranya untuk :
- a. Neonatus
 - b. Anak
 - c. Remaja
 - d. Obstetri/maternitas
 - e. Geriatri
 - f. Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)
 - g. Sakit terminal/menghadapi kematian
 - h. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
 - i. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri
 - j. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol

- k. Korban kekerasan atau kesewenangan
 - l. Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
 - m. Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
 - n. Pasien dengan sistem imunologi terganggu
59. Adanya asesmen ulang bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, untuk melihat respons pasien, dan kemudian dibuat rencana kelanjutan asuhan dan atau rencana pulang yang dilakukan oleh DPJP, PPJA dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya untuk evaluasi respons pasien asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut.
 60. Menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM agar mudah dicari kembali diakses dan terstandar, PPA dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis.
 61. Menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat.
 62. Mengatur pengorganisasian unit laboratorium secara terintegrasi, agar Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien.
 63. Menetapkan seorang (atau lebih) tenaga profesional untuk memimpin pelayanan laboratorium terintegrasi disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang.
 64. Melakukan analisis pola ketenagaan staf laboratorium yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien.
 65. Menyusun program manajemen risiko di laboratorium, dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
 66. Menetapkan prosedur pelaporan, dan tindak lanjut, yang disusun secara kolaboratif tentang hasil laboratorium yang kritis.
 67. Menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium, termasuk waktu penyelesaian pemeriksaan cito dan pelaksanaan evaluasinya.
 68. Mengatur tentang pengelolaan peralatan laboratorium termasuk alat yang tersedia melalui kontrak diantaranya uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (regular) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium dan hasil pemeriksaan didokumentasikan.
 69. Menetapkan pengelolaan logistik laboratorium, reagensia esensial, bahan lain yang diperlukan, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan.
 70. Menetapkan tata cara pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, pembuangan specimen untuk specimen yang dikirim ke laboratorium rujukan, layanan laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan. Pada jaringan / cairan tubuh yang diambil dengan tindakan invasif, sebagai standar penetapan diagnosis dilakukan pemeriksaan patologi anatomi (laboratorium internal atau rujukan).

71. Menetapkan penetapan dan evaluasi rentang nilai normal untuk interpretasi, pelaporan hasil laboratorium klinis.
72. Kendali mutu yang baik sangat esensial bagi pelayanan laboratorium agar laboratorium dapat memberikan layanan prima, rumah sakit menetapkan program mutu laboratorium klinik meliputi :
 - a. Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
 - b. Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
 - c. Reagensia di tes (lihat juga, AP.5.6)
 - d. Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
 - e. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi
73. Menetapkan penyelenggaraan pelayanan darah termasuk bank darah RS dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan, dan menetapkan penanggung jawab pelayanan darah dan transfusi yang kompeten dan berwenang
74. Menetapkan pengorganisasian dan pengaturan pelayanan Radiodiagnostik secara
81. Rumah Sakit memberikan Asuhan Pasien Yang Seragam memuat :
 - a. akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari
 - b. penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaandiagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
 - c. pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama di semua unit pelayanan di rumah sakit;
 - d. pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;
 - e. penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, panduan praktik klinis (PPK), alur klinis terintegrasi/clinical pathway, pedoman manajemen nyeri, pemberian transfusi darah.
82. Mengatur pelayanan dan asuhan terintegrasi di dan antar berbagai unit pelayanan yang meliputi :
 - a. pengintegrasian pelayanan oleh MPP/ CaseManager
 - b. integrasi asuhan pasien sesuai butir-butir di maksud-tujuan
 - c. asesmen dengan metode IAR
 - d. komunikasi antar PPA dan pendokumentasiannya
83. Memberikan asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh PPA dengan metode IAR.

84. Menetapkan dan mengatur tata cara pemberian instruksi oleh PPA disertai SPK dan RKK.
85. Menetapkan tindakan klinis dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien.
86. Menetapkan proses identifikasi pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai dengan populasi pasiennya serta penetapan risiko tambahan yang mungkin berpengaruh pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi termasuk :
 - a. Staf dilatih untuk pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi
 - b. Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi
 - c. Ada bukti pengembangan pelayanan risiko tinggi dimasukkan ke dalam program peningkatan mutu rumah sakit
87. Memfasilitasi SDM yang terlatih untuk mendeteksi (mengenali) perubahan kondisi pasien memburuk dan mampu melakukan tindakan / pelaksanaan early warning system (EWS).
88. Pelayanan resusitasi yang tersedia dan diberikan selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit, serta adanya peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar terstandar sesuai dengan kebutuhan populasi pasien.
89. Menetapkan proses dan tatacara pemberian Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan standar tentang pemberian persetujuan (informed consent); pengadaan darah; identifikasi pasien; pemberian darah; monitoring pasien; identifikasi dan respons terhadap reaksi transfusi , dan memiliki Staf kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi.
90. Menetapkan pelayanan dan penanganan asuhan pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar atau pasien koma.
91. Menetapkan pelayanan dan penanganan tentang asuhan pasien penyakit menular dan immuno-suppressed.
92. Menetapkan pelayanan dan penanganan tentang asuhan pasien dialisis.
93. Menetapkan pelayanan dan penanganan tentang pelayanan penggunaan alat penghalang (restraint), termasuk tentang informed consentnya.
94. Memberikan pelayanan khusus terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak, dan yang dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri.
95. Memberikan pelayanan khusus terhadap pasien yang mendapat kemoterapi atau pelayanan lain yang berisiko tinggi (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi).

96. Menetapkan pelayanan gizi tentang ketersediaan berbagai pilihan makanan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya.
97. Menetapkan pelayanan gizi untuk terapi gizi terintegrasi.
98. Menetapkan pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri.
99. Menetapkan untuk Asesmen dan asesmen ulang bersifat individual agar sesuai dengan kebutuhan pasien dalam tahap terminal (dying) dan keluarganya. Asesmen dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti :
 - a. gejala mual dan kesulitan pernapasan;
 - b. faktor yang memperparah gejala fisik;
 - c. manajemen gejala sekarang dan respons pasien;
 - d. orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu;
 - e. keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, dan rasa bersalah;
 - f. status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit;
 - g. kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya;
 - h. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan;
 - i. Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.
100. Menetapkan pelayanan pasien dalam tahap terminal meliputi :
 - a. intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri;
 - b. memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga;
 - c. menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ;
 - d. menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga;
 - e. mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan;
 - f. memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.
101. Menetapkan pelayanan anestesi, sedasi moderat yang memenuhi standar profesi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
102. Mengatur :
 - a. Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam yang seragam dan terintegrasi diseluruh tempat pelayanan di rumah sakit.
 - b. Penetapan penanggung jawab pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang serta rencana kegiatan

dan dibawah tanggung jawab dokter sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

103. Perlunya penetapan program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan anestesi, sedasi moderat dan sesuai dengan TKRS 11 EP1.
104. Penetapan pelayanan sedasi seragam di semua rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan termasuk untuk PAB 3.2 EP 1 s/d 3.
105. PPA yang bertanggung jawab dalam memberikan sedasi adalah berupa SPK dan RKK staf anestesi yang berkompeten.
106. PPA juga bertanggung jawab dalam hal ini adalah SPK dan RKK staf anestesi dalam melakukan monitoring sedasi.
107. Pelayanan anestesi setiap pasien harus direncanakan dan didokumentasikan diantaranya :
 - a. Teknik anestesi
 - b. Obat anestesi, dosis dan rute
108. Dokter wajib memberikan edukasi dan mendokumentasikan setiap kegiatan anestesi.
109. Pentingnya monitoring selama anestesi dan operasi, dilakukan berdasarkan status pasien pada pra anestesi, metoda anestesi yang dipakai dan tindakan operasi yang dilakukan.
110. Pemindahan pasien dari ruang pemulihan jika pemantauan pemulihan dihentikan.
111. Rumah sakit memiliki asesmen pra bedah dengan metode IAR untuk setiap pasien bedah.
112. Adanya laporan setelah operasi.
113. Adanya rencana asuhan pasca operasi yang dibuat oleh :
 - a. Rencana asuhan pasca bedah oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Bila didelegasikan harus dilakukan verifikasi
 - b. Rencana asuhan oleh perawat
 - c. Rencana asuhan oleh PPA lainnya sesuai kebutuhan
114. Jenis pelayanan bedah.
116. Penetapan dan pengukuran mutu dan pelaporan atas insiden keselamatan pasien pelayanan bedah. (TKRS 11 EP 1).
117. Membuat pedoman pengorganisasian dan mengelola pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat rumah sakit yang menyeluruh atau mengarahkan semua tahapan pelayanan obat yang aman sesuai peraturan.
118. Menetapkan regulasi tentang komite/tim farmasi dan terapi dilengkapi dengan menyusun formularium RS berdasarkan kriteria yang disusun secara kolaboratif sesuai peraturan perundang-undangan.

119. Menetapkan Regulasi tentang pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP) serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan harus berdasarkan :
 - a. Dari jalur resmi
 - b. Berdasarkan kontrak termasuk hak akses meninjau ke tempat penyimpanan dan transportasi sewaktu-waktu
 - c. Ada garansi keaslian obat
120. Menetapkan regulasi tentang pengadaan bila sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan, termasuk:
 - a. Meminta konfirmasi ke dokter tentang adanya obat substitusi
 - b. Berdasarkan perjanjian kerja sama dengan apotik/RS/supplier untuk menjamin keaslian obat
121. Menetapkan regulasi tata laksana penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP yang baik, benar dan aman meliputi penyimpanan:
 - a. Obat high risk
 - b. LASA
 - c. Elektrolit konsentrat
 - d. B3
 - e. Gas medis
 - f. Obat narkotika dan psikotropika
 - g. Obat radioaktif, dll
122. Mengatur Regulasi tentang pengaturan tata kelola bahan berbahaya, narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
123. Mengatur Regulasi tentang proses larangan penyimpanan elektrolit konsentrat di rawat inap kecuali bila dibutuhkan secara klinis dan apabila terpaksa disimpan di area rawat inap harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan.
124. Menetapkan prosedur Regulasi tentang penyimpanan obat dengan ketentuan khusus meliputi:
 - a. produk nutrisi
 - b. obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin memiliki risiko terhadap keamanan
 - c. obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain
 - d. obat yang digunakan untuk penelitian.
125. Menetapkan regulasi tentang pengelolaan obat emergensi yang tersedia di unit-unit layanan agar dapat segera dipakai untuk memenuhi kebutuhan darurat serta

- upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan.
126. Memiliki sistem penarikan kembali (recall), dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandar, atau kadaluwarsa.
 127. Menetapkan Regulasi tentang permintaan obat/pereseapan/instruksi pengobatan termasuk:
 - a. Permintaan obat/pereseapan/instruksi pengobatan benar, lengkap dan terbaca.
 - b. Penetapan dokter beserta daftar dokter yang berhak menulis resep/permintaan obat/memberi instruksi pengobatan umum.
 - c. Penetapan dokter beserta daftar dokter yang berhak menulis resep/permintaan obat/memberi instruksi pengobatan khusus.
 128. Membuat regulasi tentang Regulasi tentang syarat elemen resep yang meliputi:
 - 1) syarat elemen kelengkapan resep
 - 2) langkah-langkah untuk menghindari kesalahan pengelolaan pereseapan/permintaan obat dan instruksi pengobatan
 - 3) pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap dan tidak terbaca sesuai
 - 4) pengelolaan resep khusus sesuai
 129. Menetapkan regulasi penyiapan dan penyerahan obat yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi, termasuk:
 - 1). Pencampuran obat Kemoterapi (bila ada)
 - 2). Pencampuran obat intra vena/epidural/nutrisi parenteral
 130. Membuat regulasi tentang keseragaman sistem penyiapan dan penyerahan obat di RS.
 131. Menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat dengan cara tertentu contoh: pemberian obat dalam sendi, obat intra tekal, obat intra vena serta termasuk pembatasannya.
 132. Menetapkan regulasi tentang verifikasi sebelum pemberian obat kepada pasien yang meliputi:
 - a. identitas pasien
 - b. nama obat
 - c. dosis
 - d. rute pemberian
 - e. dan waktu pemberian.
 133. Pemantauan terapi obat dan efek samping obat serta pelaporannya serta dicatat dalam status pasien.
 134. Menetapkan dan menerapkan regulasi medication safety yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan

- terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
135. Menetapkan Regulasi tentang komite/ tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya lengkap dengan uraian tugas untuk mengelola kegiatan sesuai peraturan perundang-undangan termasuk uraian tugas yang meliputi :
 - a. sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
 - b. melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindaklanjuti hasil capaian indikator
 - c. melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program di tingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya
 - d. menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit
 - e. menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan
 - f. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien
 - h. terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP
 - g. bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf
 - j. menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP
 136. Pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan referensi terkini.
 137. Mempunyai regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi meliputi data:
 - a. Diperlukan sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan
 - b. data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit
 - c. data dari pelaporan insiden keselamatan pasien

- d. dan data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
 - e. data hasil pengukuran budaya keselamatan
 - f. integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
 - 1) pengumpulan
 - 2) pelaporan
 - 3) analisa
 - 4) validasi dan publikasi indikator mutu
138. Mempunyai program pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten.
139. Menetapkan regulasi tentang pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
140. Menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan panduan praktik klinis, alur klinis atau protokol.
141. Mempunyai regulasi tentang pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja yang antara lain meliputi:
- a. Meiliki sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 - b. data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu unit dan indikator mutu prioritas rumah sakit
 - c. data dari pelaporan insiden keselamatan pasien
142. Menetapkan regulasi tentang manajemen data termasuk keamanan, kerahasiaan data internal dan eksternal serta benchmark data yang meliputi:
- a. sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis feedback dan publikasi data
 - b. menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan database eksternal
 - c. menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan database eksternal.
143. Mempunyai regulasi tentang manajemen dan analisis data yang meliputi:
- a. penggunaan statistik dalam melakukan analisis data
 - b. analisis yang harus dilakukan yaitu:
 - 1) membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun

- 2) membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional
 - 3) membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundangundangan
 - 4) membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai best practice (praktik terbaik) atau better practice (praktik yang lebih baik) atau practice guidelines (panduan praktik klinik)
144. Mempunyai regulasi tentang manajemen data termasuk validasi data sesuai dengan :
- a. regulasi data yang harus divalidasi, yaitu:
 - 1) merupakan pengukuran area klinik baru
 - 2) bila ada perubahan sistem pencatatan pasien dari manual ke elektronik sehingga sumber data berubah
 - 3) bila data dipublikasi ke masyarakat baik melalui di web site rumah sakit atau media lain
 - 4) bila ada perubahan pengukuran
 - 5) bila ada perubahan data pengukuran tanpa diketahui sebabnya
 - 6) bila ada perubahan subyek data seperti perubahan umur rata rata pasien, protokol riset diubah, panduan praktik klinik baru diberlakukan, ada teknologi dan metodologi pengobatan baru
 - c. Proses validasi data mencakup namun tidak terbatas sebagai berikut:
 - 1) mengumpulkan ulang data oleh orang kedua yang tidak terlibat dalam proses pengumpulan data sebelumnya (data asli)
 - 2) menggunakan sampel tercatat, kasus dan data lainnya yang sah secara statistik. Sample 100 % hanya dibutuhkan jika jumlah pencatatan, kasus atau data lainnya sangat kecil jumlahnya.
 - 3) membandingkan data asli dengan data yang dikumpulkan ulang
 - 4) menghitung keakuratan dengan membagi jumlah elemen data yang ditemukan dengan total jumlah data elemen dikalikan dengan 100. Tingkat akurasi 90 % adalah patokan yang baik.
 - 5) jika elemen data yg diketemukan ternyata tidak sama, dng catatan alasannya (misalnya data tidak Koleksi sample baru setelah semua tindakan koreksi dilakukan untuk memastikan tindakan menghasilkan tingkat akurasi yang diharapkan
 - d. Proses validasi data yang akan dipublikasi di web site atau media lainnya agar diatur tersendiri, dan dapat menjamin kerahasiaan pasien dan keakuratan data jelas definisinya) dan dilakukan tindakan koreksi

145. Menetapkan regulasi sistem pelaporan insiden internal dan eksternal sesuai peraturan perundang-undangan yang meliputi :
- a. kebijakan,
 - b. alur pelaporan
 - c. formulir pelaporan
 - d. prosedur pelaporan
 - e. insiden yang harus dilaporkan yaitu kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi
 - f. siapa saja yang membuat laporan
 - g. batas waktu pelaporan
146. Memiliki Regulasi tentang jenis kejadian sentinel dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal seperti diuraikan pada:
- a. kematian yang tidak diduga, termasuk, dan tidak tidak terbatas hanya:
 - 1) kematian yg tidak berhubungan dgn perjalanan penyakit pasien atau kondisi pasien (contoh, kematian setelah infeksi pasca operasi atau emboli paru paru
 - 2) kematian bayi aterm
 - 3) bunuh diri
 - b. kehilangan permanen fungsi yang tidak terkait penyakit pasien atau kondisi pasien
 - c. operasi salah tempat, salah prosedur, salah pasien
 - d. terjangkit penyakit kronik atau penyakit fatal akibat transfusi darah atau produk darah atau transplantasi organ atau jaringan
 - e. penculikan anak termasuk bayi atau anak termasuk bayi dikirim ke rumah bukan rumah orang tuanya
 - f. perkosaan, kekejaman di tempat kerja seperti penyerangan (berakibat kematian atau kehilangan fungsi secara permanen) atau pembunuhan (yang disengaja) atas pasien, anggota staf, dokter, mahasiswa kedokteran, siswa latihan, pengunjung atau vendor/pihak ketiga ketika berada dalam lingkungan rumah sakit
147. Mempunyai regulasi tentang jenis KTD dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal serta proses pelaporan dan analisisnya
148. Menetapkan regulasi tentang definisi dan jenis KNC dan KTC dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien internal dan eksternal
149. Menetapkan Regulasi tentang budaya keselamatan Rumah Sakit dan pengukuran budaya keselamatan
150. Mempunyai program manajemen risiko rumah sakit yang meliputi:

- a identifikasi risiko
 - b prioritas risiko
 - c pelaporan risiko
 - d manajemen risiko
 - e investigasi kejadian yang tidak diharapkan (KTD)
 - f manajemen terkait tuntutan (klaim)
151. Penetapan Komite atau Tim pencegahan pengendalian infeksi, dilengkapi dengan tanggung jawab dan tugas meliputi
 - 1) sampai 4) pada maksud dan tujuan dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.)
 152. Menetapkan perawat PPI/PCN (Infection Prevention and Control Nurse)
 153. Menetapkan perawat penghubung PPI/IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse) dengan jumlah dan kualifikasi sesuai dengan peraturan perundang-undangan
 154. Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan program PPI
 155. Program PPI dan kesehatan kerja yang komprehensif di seluruh rumah sakit untuk menurunkan risiko infeksi terkait dengan pelayanan kesehatan pada pasien yang mengacu dan sesuai dengan ilmu pengetahuan terkini, pedoman praktik terkini, standar kesehatan lingkungan terkini, dan peraturan perundang-undangan.
 156. Menetapkan pelaksanaan surveilans Rumah sakit menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta strategi untuk menurunkan seperti antara lain pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, punksi 1.
 157. Menetapkan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan (medik dan nonmedik) yang berisiko terjadi infeksi serta strategi pencegahannya
 158. Menetapkan pelayanan sterilisasi, termasuk desinfeksi di RS 1 penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai dan yang akan digunakan kembali (reuse) dan termasuk perbekalan farmasi/peralatan single use yang dilakukan re-use
 159. Penetapan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai dan yang akan digunakan kembali (reuse) dan termasuk perbekalan farmasi/peralatan single use yang dilakukan re-use .
 160. Ada unit kerja atau penanggungjawab pengelola linen/londri yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan serta unit kerja linen/londri atau penanggung jawab bila dilakukan dengan kontrak (outsourcing).
 161. Pengelolaan linen/londri sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

162. Pengelolaan limbah RS dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut:
- a pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;
 - b penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;
 - c pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;
 - d pengelolaan limbah cair;
 - e pelaporan pajanan limbah infeksius.
163. Mengelolaan benda tajam dan jarum untuk menurunkan cedera serta mengurangi risiko infeksi semua tahapan proses
- a termasuk identifikasi jenis dan penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans proses pembuangan (lihat juga ARK 6)
 - b laporan tertusuk jarum dan benda tajam.
164. Menetapkan regulasi tentang pelayanan makanan di rumah sakit meliputi:
- a. pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan (perencanaan bahan makanan, pengadaan, penyimpanan, pengolahan, pemorsian, distribusi), sanitasi dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang;
 - b standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.
165. Menetapkan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) fasilitas yang antara lain meliputi:
- a sistem ventilasi bertekanan positif;
 - b biological safety cabinet;
 - c laminary airflow hood;
 - d termostat di lemari pendingin;
 - e pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur.
166. Menetapkan penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICRA) bila ada renovasi, pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang meliputi:
- a identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria;
 - b identifikasi kelompok risiko pasien;
 - c matriks pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dan tipe konstruksi kegiatan;
 - d proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi;
 - e tindak pengendalian infeksi berdasar atas tingkat/kelas infeksi;
 - f monitoring pelaksanaan.

167. Menetapkan penempatan pasien dengan penyakit menular dan pasien yang mengalami imunitas rendah (immunocompromised).
168. Menetapkan penempatan pasien infeksi "air borne" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar dengan tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).
169. Menetapkan bila terjadi ledakan pasien (outbreak) penyakit infeksi air borne.
170. Menetapkan hand hygiene yang mencakup kapan, di mana, dan bagaimana melakukan cuci tangan mempergunakan sabun (hand wash) dan atau dengan disinfektan (hand rubs) serta ketersediaan fasilitas hand hygiene.
171. Rumah sakit menetapkan regulasi penggunaan alat pelindung diri, tempat yang harus menyediakan alat pelindung diri, dan pelatihan cara memakainya.
172. Ada sistem manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu (lihat PMKP 2.1 EP 1).
173. Menetapkan regulasi program pelatihan dan edukasi tentang PPI
174. Menetapkan Regulasi tentang pengaturan kewenangan antara pemilik, representasi pemilik yang tercantum dalam corporate bylaws/ peraturan internal RS/ dokumen lain serupa berupa:
 - a. Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik
 - b. Tanggung jawab dan wewenang pemilik dan representasi pemilik yang meliputi 1) sampai dengan 16) yang ada di atas,
 - c. Pendelegasian kewenangan dari pemilik kepada representasi pemilik atau Direktur Rumah Sakit atau individu lainnya sesuai peraturan perundangan
 - d. Pengangkatan/penetapan dan Penilaian kinerja representasi pemilik
 - e. Pengangkatan penetapan dan Penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit
 - f. Penetapan Kualifikasi, persyaratan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan
 - g. Struktur Organisasi Rumah Sakit
175. Membuat regulasi penetapan struktur organisasi pemilik termasuk representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan RS dan sesuai peraturan perundang undangan serta Nama jabatan di dalam struktur organisasi tersebut harus secara jelas disebutkan.
176. Ada penetapan struktur organisasi Rumah Sakit sesuai peraturan perundangundangan .
177. Ada penetapan Direktur Rumah Sakit sesuai peraturan perundang-undangan.
178. Membuat regulasi tentang kualifikasi, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang (UTW) Direktur yang diuraikan dalam struktur organisasi dan tata kelola RS (SOTK RS) sebagaimana tercantum pada:

- a. mengetahui dan memahami semua peraturan perundangan terkait dengan Rumah Sakit
 - b. menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundangan
 - c. menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundangan d. menetapkan regulasi Rumah Sakit
 - e. menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi Rumah Sakit yang telah ditetapkan dan disepakati bersama
 - f. menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan audit eksternal g. menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundangan
179. Menetapkan persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang dari Kepala bidang/divisi Rumah Sakit secara tertulis.
180. Membuat regulasi tentang penetapan jenis pelayanan RS sesuai dengan misi Rumah Sakit
181. Menetapkan regulasi tentang kualifikasi kepala unit pelayanan termasuk koordinator pelayanan baik untuk unit pelayanan diagnostik, therapeutik maupun rehabilitatif.
182. Mempunyai regulasi yang mengatur pertemuan di setiap dan antar tingkat di rumah sakit.
183. Adanya regulasi komunikasi efektif antar professional pemberi asuhan (PPA) dan antar unit/instalasi/ departemen pelayanan yang terdiri dari:
- a. Komunikasi efektif RS dengan masyarakat lingkungan
 - b. Komunikasi efektif antara PPA dengan pasien/keluarga
 - c. Komunikasi efektif antar PPA
 - d. Komunikasi efektif antar unit/instalasi/departemen pelayanan
184. Memiliki regulasi proses perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, pengembangan staf serta kompensasi yang melibatkan kepala bidang /divisi dan kepala unit pelayanan yang mencakup:
- a. Regulasi tentang rekrutmen, retensi, pengembangan staf dan kompensasi
 - b. Program tentang rekrutmen
 - c. Program tentang diklat dan pengembangan staf
 - d. Program tentang kompensasi untuk retensi staf
185. Menetapkan regulasi berupa pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang meliputi point:
- a. Penetapan organisasi yang mempunyai tugas mengarahkan, mengatur dan mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- b. Peran Direktur rumah sakit dan para pimpinan dalam merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- c. Peran Direktur RS dan para pimpinan dalam pemilihan indikator mutu di tingkat RS (indikator area klinik, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien) dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
- d. Peran Direktur RS dan para pimpinan dalam memilih area prioritas sebagai area fokus untuk perbaikan.
- e. Monitoring pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, bagaimana melakukan monitoringnya.
- f. Proses pengumpulan data, analisis, feedback dan pemberian informasi ke staff
- g. Bagaimana alur laporan pelaksanaan pengukuran mutu Rumah Sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik Rumah Sakit
- h) Bantuan teknologi /sistem informasi RS yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data
- h. Serta penetapan indikatornya beserta Program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik/representasi pemilik dan regulasi tentang penetapan indikator mutu dan keselamatan pasien

186. Mempunyai program Program peningkatan mutu prioritas dan Program peningkatan mutu riset klinis dan pendidikan profesi kesehatan (untuk RS pendidikan) dengan memperhatikan poin:

- a. Misi Rumah Sakit
- b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan
- c. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis syaraf, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.
- d. Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan adanya perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (tool) sederhana

- untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
- e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya sistem manajemen obat di rumah sakit.
 - f. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit Pendidikan.
187. Mempunyai regulasi tentang regulasi tentang kontrak klinis dan kontrak manajemen. atau perjanjian lainnya yang antara lain meliputi:
- a. Penunjukan penanggung jawab untuk kontrak klinis dan penanggung jawab untuk kontrak manajemen
 - b. Seleksi kontrak berdasarkan kepatuhan peraturan perundangundangan yang terkait.
 - c. Penetapan kontrak dan dokumen kontraknya.
 - d. Dokumen menyebutkan pengalihan tanggung jawab pada pihak kedua.
 - e. Monitoring Mutu Kontrak
 - f. Teguran dan pemutusan kontrak, bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak.
 - g. Review kontrak untuk perpanjangan
188. Mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja sama RS dengan staf medis untuk mematuhi peraturan perundang-undangan dan regulasi Rumah Sakit dan regulasi kredensial/rekredensial dan evaluasi kinerja profesi staf medis (Medical Staf By Laws).
189. Mempunyai regulasi tentang monitoring mutu pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lainnya
190. Semua kontrak mempunyai indikator mutu yang harus dilaporkan kepada Rumah Sakit sesuai mekanisme regulasi:
- a. Regulasi tentang penetapan indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan berdasarkan kontrak
 - b. Panduan sistem manajemen data yang didalamnya ada mekanisme pelaporan mutu
191. Menetapkan regulasi tentang penetapan pelayanan yang akan diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar RS
192. Mempunyai regulasi pemilihan teknologi medik dan obat sesuai dengan :
- a. data dan informasi mengenai mutu dan implikasi keselamatan pasien dari penggunaan teknologi medik dan obat tersebut, jadi tidak hanya berdasarkan harga saja.
 - b. rekomendasi dari staf klinis RS atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat serta regulasi

penggunaan teknologi medik dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (trial) sesuai dengan:

- 1) perlu melakukan kajian implikasi terhadap mutu dan keselamatan pasien dari pelaksanaan uji coba (trial) tersebut.
- 2) pelaksanaan uji coba (trial) dapat dilakukan bila persetujuan dari Direktur RS sudah keluar.
- 3) dalam melaksanakan uji coba (trial) membutuhkan persetujuan khusus dari pasien (informed consent)

193. Mempunyai regulasi tentang manajemen rantai distribusi (supply chain management) untuk pembelian/pengadaan alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin dengan memperhatikan alur rantai distribusi sesuai peraturan perundang-undangan.

194. Adanya regulasi penetapan:

- a. Struktur organisasi rumah sakit
- b. Struktur organisasi masing-masing unit dan tata hubungan dengan unit lainnya

195. Adanya regulasi penetapan:

- a. Struktur organisasi komite medis dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan para pimpinan
- b. Struktur organisasi komite keperawatan dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja

196. Struktur organisasi dapat mendukung proses budaya keselamatan di rumah sakit dan komunikasi antar profesi sebagaimana tertuang dalam regulasi:

- a. Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien termasuk budaya keselamatan di rumah sakit
- b. Regulasi tentang penetapan organisasi yang bertanggung jawab terhadap peningkatan etika dan hukum yang mengkoordinasikan etika dan disiplin profesi yang ada di RS

197. Menetapkan regulasi tentang penetapan kepala bidang /divisi yang bertanggung jawab pada proses perencanaan klinis dan penyusunan regulasi pelayanan klinis

198. Memiliki regulasi tentang penetapan komite etik untuk mendukung proses pengawasan dan hukum Rumah Sakit yang mengkoordinasikan sub komite etik dan disiplin profesi medis dan keperawatan dibawah komite masing-masing

199. Struktur organisasi yang dimaksud dalam regulasi adalah Komite/Tim PMKP atau organisasi lainnya yang dilengkapi dengan uraian tugas yang antara lain mempunyai tugas melakukan pengawasan mutu pelayanan klinis dan dilengkapi dengan tata hubungan kerja

200. Memiliki regulasi dan Pedoman pengorganisasian di masing-masing unit/departemen pelayanan yang mencakup tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan dan termasuk bila ada koordinator pelayanan,
201. Setiap unit pelayanan telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan tentang pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan tentang pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan dan ketrampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien.
202. Mempunyai regulasi untuk unit pelayanan tentang Regulasi perencanaan termasuk pengaturan format usulan yang seragam untuk dokumen perencanaan.
203. Mempunyai regulasi yang mengatur sistem pengaduan pelayanan di unit pelayanan.
204. RS mempunyai regulasi tentang kriteria pemilihan indikator mutu unit seperti di:
205. Penilaian RS secara menyeluruh dan perbaikan prioritas yang ditetapkan oleh Direktur RS, yang terkait :
- a. secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka, sebagai contoh: RS melakukan penilaian asesmen rehabilitasi medis pada pasien stroke, maka di unit pelayanan stroke untuk penilaian mutunya, wajib menggunakan indikator tersebut.
 - b. Penilaian yang terkait dengan prioritas departemen/unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi. Sebagai contoh : di unit pelayanan anak, terdapat variasi dalam penanganan penyakit A, khususnya penggunaan obat, maka indikator mutu yang dikembangkan di unit tersebut adalah penggunaan obat X untuk penyakit A tersebut
 - c. Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Sebagai contoh: Salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan time-out, berdasarkan hal tersebut maka salah satu penilaian mutu dan keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan time out.
206. Adanya regulasi tentang proses pemilihan, penyusunan dan evaluasi pelaksanaan PPK setiap dan memilih 5 (lima) panduan praktik klinis, alur atau protokol klinis prioritas untuk dievaluasi sesuai kriteria:
- a. sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RS
 - b. disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RS atau norma profesional yang berlaku secara Nasional.

- c. dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang
 - d. disetujui resmi atau di gunakan oleh RS
 - e. dilaksanakan dan di ukur terhadap efektivitasnya
 - f. dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways
 - g. secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses 207. Menetapkan regulasi tentang tata kelola etik terdiri dari :
 - 1) pedoman manajemen etik RS
 - 2) penetapan Komite Etik Rumah Sakit yang dilengkapi dengan uraian tugas dan tata hubungan kerja dengan sub komite etik profesi
 - 3) penetapan kode etik profesi dan kode etik pegawai
208. Mempunyai sistem pelaporan bila terjadi dilema etis dalam asuhan pasien dan dalam pelayanan non klinis.
209. Menetapkan regulasi pengaturan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yang mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yang terkait dengan budaya keselamatan dalam Rumah Sakit secara tepat waktu.
210. Menetapkan Regulasi tentang pengelolaan dan pengawasan pelaksanaan pendidikan klinis untuk semua peserta pendidikan klinis yang telah disepakati dan melengkapi dokumen seperti :
- a. surat keterangan peserta didik dari institusi pendidikan,
 - b. ijazah,
 - c. surat tanda registrasi, dan surat izin praktik yang menjadi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan,
 - d. klasifikasi akademik, identifikasi kompetensi peserta pendidikan klinis
 - e. laporan pencapaian kompetensi .
211. Menetapkan Regulasi tentang penetapan tingkat supervisi untuk semua tingkat dan jenis peserta pendidikan klinis pada setiap jenjang pendidikan.
212. Mempunyai program orientasi peserta pendidikan staf klinis dengan materi orientasi minimal mencakup :
- a. Program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien,
 - b. Program pengendalian infeksi,
 - c. Program keselamatan penggunaan obat ,
 - d. Sasaran keselamatan pasien
213. Menetapkan pelaksanaan tingkat supervisi yang diperlukan oleh setiap peserta pendidikan klinis di rumah sakit untuk setiap jenjang pendidikan.
214. Memiliki Program tentang orientasi peserta pendidikan klinis dengan materi orientasi yang meliputi:

- a. program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien (lihat juga TKRS 4; TKRS 4.1; TKRS 5; TKRS 11; dan TKRS b. program pengendalian infeksi c. program keselamatan penggunaan obat d. sasaran keselamatan pasien.
- 215. Melaksanakan program PONEK 24 jam di rumah sakit dan ada rencana kegiatan PONEK dalam perencanaan rumah sakit.
- 216. Menetapkan Tim PONEK dilengkapi dengan uraian tugasnya beserta Program kerja Tim PONEK tersebut.
- 217. Melaksanakan pelayanan penanggulangan HIV/AIDS serta dukungan penuh manajemen dalam pelayanan penanggulangan HIV/AIDS.
- 218. Menetapkan regulasi tentang pelaksanaan penanggulangan tuberkulosis dan Program tentang penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS dalam perencanaan rumah sakit.
- 219. Menetapkan pembentukan tim DOTS TB dan uraian tugasnya serta Program Kerja Tim DOTS TB
- 220. Memiliki panduan praktik klinis tuberkulosis.
- 221. Menyelenggarakan program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA) di rumah sakit sesuai peraturan perundang-undangan
- 222. Membentuk komite/tim PPRA yang dilengkapi uraian tugas, tanggung jawab dan wewenangnya dalam melaksanakan program pengendalian resistensi antimikroba rumah sakit yang meliputi :
 - a. sosialisasi program pada staf, pasien, keluarga
 - b. surveilans pola penggunaan antibiotik di RS
 - c. surveilans pola resistensi antimikroba di RS
 - d. forum kajian penyakit infeksi terintegrasi
- 223. Menyelenggarakan pelayanan geriatri di rumah sakit sesuai dengan tingkat jenis layanan
- 224. Membentuk tim terpadu geriatri dan uraian tugasnya sesuai tingkat jenis layanan dan Rencana kerja Tim Terpadu Geriatri
- 225. Membuat regulasi dalam melakukan promosi dan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (Hospital Based Community Geriatric Service).
- 226. Membentuk unit kerja yang menyelenggarakan Pedoman pengorganisasian unit yang mengelola SIM-RS dan harus mengacu pada peraturan perundangundangan.
- 227. Menetapkan regulasi tentang pengelolaan data dan informasi RS dalam Pedoman pengelolaan data dan informasi
- 228. Menyelenggarakan dan menetapkan unit kerja yang mengelola rekam medis sesuai dengan peraturan perundangan-undangan yang meliputi :

- a. Pedoman Pengorganisasian
 - b. Pedoman Pelayanan Rekam Medis
 - c. Program unit
229. Menetapkan regulasi tentang tenaga kesehatan yang memiliki hak akses ke rekam medis, termasuk penetapan evaluasi dan pembaharuan rekam medis
230. Penetapan jangka waktu penyimpanan berkas rekam medis pasien serta data dan informasi lainnya terkait dengan pasien.
231. Menetapkan regulasi tentang pencegahan akses penggunaan rekam medis pasien dalam bentuk kertas atau elektronik tanpa izin.
232. Menetapkan regulasi tentang standarisasi kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan, serta monitor pelaksanaannya.
233. Mempunyai regulasi tentang rekam medis pasien dengan satu nomor rekam medis sesuai dengan sistem penomoran unit pengaturan urutan berkas Rekam Medis, baik untuk rawat jalan, rawat inap, gawat darurat dan pemeriksaan penunjang.
234. Menetapkan regulasi tentang spesifikasi dari berkas rekam medis pasien dalam Pedoman Rekam Medis Rumah Sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA.
235. Menetapkan rekam medis pasien gawat darurat yang memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, serta ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan.
236. Mengidentifikasi regulasi tentang penetapan individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi.
237. Menetapkan regulasi tentang individu dan tim review rekam medis serta termasuk pedoman kerja dan program untuk melaksanakan review rekam medis secara berkala.
238. Menetapkan regulasi mengenai privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien hak akses terhadap isi rekam medis berdasarkan peraturan perundang-undangan.
239. Menetapkan regulasi tentang perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasarkan perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai kebutuhan rumah sakit.
240. Menetapkan regulasi tentang SDM meliputi:
- a. Penyusunan pola ketenagaan sebagai dasar penetapan kebutuhan staf di setiap unit.
 - b. Penempatan dan penempatan kembali staf evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan yang sesuai Kompetensi Kewenangan Staf (KKS).

241. Melaksanakan evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan Sesuai dengan Kompetensi Kewenangan Staf (KKS).
242. Menetapkan jumlah staf Rumah Sakit berdasarkan pertimbangan misi rumah sakit, keragaman pasien, jenis pelayanan dan teknologi yang digunakan dalam asuhan pasien.
243. Menetapkan Regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai peraturan perundang-undangan.
244. Merencanakan kebutuhan staf rumah sakit dengan mempertimbangkan penempatan atau penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan dan harus mempertimbangkan :
 - a. faktor kompetensi.
 - b. Kebutuhan pasien / kekurangan
 - c. Agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi
245. Menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen staf tersentralisasi dan efisien oleh Rumah Sakit.
246. Menetapkan dan menyelenggarakan proses seleksi staf klinis untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.
247. Melaksanakan proses seleksi staf non klinis untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf non klinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit.
248. Menetapkan regulasi tentang orientasi umum dan khusus bagi staf klinis dan non klinis baru.
249. Merencanakan program tentang pendidikan dan pelatihan berdasar data yang meliputi:
 - a. Hasil dari kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan
 - b. monitor dari program manajemen fasilitas
 - c. penggunaan teknologi medis baru
 - d. keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja
 - e. prosedur klinis baru
 - f. rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.
250. Menetapkan regulasi tentang pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar pada seluruh staf dan tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit tentang ;
 - a. pelatihan bantuan hidup dasar
 - b. pelatihan bantuan hidup lanjut
251. Rumah sakit menyelenggarakan dan menetapkan regulasi tentang :
 - a. kesehatan dan keselamatan staf

- b. penanganan kekerasan di tempat kerja
252. Menyelenggarakan Proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis (medical staf bylaws)
 253. Menetapkan regulasi tentang penetapan kewenangan klinis berdasarkan rekomendasi dari komite medis dalam bentuk SPK dan RKK serta termasuk kewenangan tambahan.
 254. Melaksanakan proses penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis.
 255. Menetapkan proses penetapan Regulasi tentang rekredensial Berdasarkan monitoring dan evaluasi berkelanjutan kredensial anggota staf medis yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun ditetapkan kewenangan klinisnya tetap, bertambah atau berkurang
 256. Mempunyai regulasi tentang kredensial staf keperawatan dan proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman)
 257. Melaksanakan penetapan SPK dan RKK staf keperawatan dan rincian kewenangan klinis perawat berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf keperawatan.
 258. Mempunyai regulasi tentang kredensial PPA lainnya dan staf klinis lainnya serta proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).
 259. Melaksanakan penetapan SPK dan RKK PPA lainnya dan staf klinis lainnya serta rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya dan staf klinis lainnya berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf klinis lainnya.
 260. Mempunyai regulasi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, staf dan pengunjung, tertulis, meliputi risiko yang ada:
 - a. Keselamatan dan keamanan
 - b. Bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbahnya
 - c. Penanggulangan bencana (emergensi)
 - d. Proteksi kebakaran (fire safety) – properti dan para penghuni dilindungi dari bahaya kebakaran dan asap
 - e. Peralatan medis – pemilihan, pemeliharaan dan penggunaan teknologi dengan cara yang aman untuk mengurangi risiko

- f. Sistem penunjang (utilitas) – pemeliharaan sistem listrik, air dan sistem penunjang lainnya dengan tujuan untuk mengurangi risiko kegagalan operasional
 - g. mengorganisasikan dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisa dan upaya perbaikan Serta adanya regulasi untuk menerapkan program manajemen yang meliputi:
 - 1) Regulasi peninjauan dan pembaharuan program-program atau sekurangkurangnya setahun sekali
 - 2) Regulasi bahwa tenant/penyewa lahan tersebut wajib mematuhi semua aspek program manajemen fasilitas yang teridentifikasi
261. Menetapkan regulasi tentang penetapan penanggungjawab manajemen risiko fasilitas dilengkapi dengan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang yang ditugasi mengawasi perencanaan dan penerapan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan Rumah Sakit.
262. Mempunyai program pengawasan terhadap perencanaan dan penerapan manajemen risiko yang disusun oleh individu atau organisasi yang ditunjuk yang meliputi:
- a. Keselamatan dan keamanan
 - b. Bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbahnya
 - c. Penanggulangan bencana (emergensi)
 - d. Proteksi kebakaran (fire safety) – properti dan para penghuni dilindungi dari bahaya kebakaran dan asap
 - e. Peralatan medis – pemilihan, pemeliharaan dan penggunaan teknologi dengan cara yang aman untuk mengurangi risiko
 - f. Sistem penunjang (utilitas) – pemeliharaan sistem listrik, air dan sistem penunjang lainnya dengan tujuan untuk mengurangi risiko kegagalan operasional
263. Mempunyai regulasi yang mengatur tentang asesmen risiko pra konstruksi (PCRA).
264. Mempunyai regulasi tentang pengelolaan bahan B3 dan limbahnya sesuai katagori WHO dan peraturan perundangan, meliputi :
- a. Data inventarisasi B3 dan limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, dan lokasi
 - b. Penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 dan limbahnya
 - c. Penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjadi
 - d. Tumpahan, atau paparan/pajanan;
 - e. Pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 dan limbahnya
 - f. Pelaporan dan investigasi dari tumpahan,eksposur(terpapar), dan insiden lainnya

- g. Dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratan/peraturan lainnya
 - h. Pengadaan/pembelian B3, pemasok (supplier) wajib melampirkan material safety data
 - i. Isheet / lembar data pengaman (MSDS/LDP)
265. Mempunyai regulasi untuk penyimpanan dan pengolahan limbah B3 secara benar dan aman sesuai ketentuan peraturan perundang – undangan.
266. Mempunyai regulasi manajemen disaster meliputi :
- a. menentukan jenis, kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman dan kejadian
 - b. menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bila terjadi bencana
 - c. menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut
 - d. menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian
 - e. mengelola sumber daya selama kejadian, termasuk sumber-sumber alternatif
 - f. mengelola kegiatan klinis selama kejadian, termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian
 - g. mengidentifikasi dan penetapan peran dan tanggung jawab staf selama kejadian
 - h. mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dengan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien. Serta regulasi tentang manajemen disaster RS dan regulasi tentang adanya ruang dekontaminasi dalam pedoman pelayanan IGD
267. Mempunyai program proteksi kebakaran (fire safety) yang memastikan bahwa semua penghuni rumah sakit selamat dari bahaya api, asap atau keadaan darurat non kebakaran lainnya meliputi:
- a. pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko, seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen
 - b. penanganan bahaya yang terkait dengan konstruksi apapun, di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien
 - c. penyediaan sarana evakuasi yang aman dan tidak terhalangi bila terjadi kebakaran
 - d. penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini, seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran (fire patrols)
 - e. penyediaan mekanisme pemadaman api, seperti selang air, bahan kimia pemadam api (chemical suppressants), atau sistem sprinkler.

268. Mempunyai regulasi tentang penetapan RS sebagai kawasan bebas rokok dan larangan merokok bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf, termasuk larangan menjual rokok di lingkungan rumah sakit.
269. Mempunyai regulasi pengelolaan peralatan medis yang digunakan di rumah sakit meliputi:
- melakukan inventarisasi peralatan medis yang meliputi peralatan medis yang dimiliki oleh RS, peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak lain
 - melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur
 - melakukan uji fungsi peralatan medis sesuai penggunaan dan ketentuan pabrik
 - melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi
270. Mempunyai Regulasi tentang pemantauan dan penarikan kembali (recall) peralatan medis yang berbahaya, recall/penarikan kembali, laporan insiden, masalah, dan kegagalan pada peralatan medis.
271. Mempunyai regulasi pengelolaan sistem utilitas meliputi:
- Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus.
 - Membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas dan memetakan pendistribusiannya dan melakukan update secara berkala.
 - Pemeriksaan dan pemeliharaan serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris.
 - Jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit.
 - Pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian
 - Komponen listrik yang digunakan rumah sakit sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan
272. Mempunyai regulasi tentang sistem utilitas penting/utama yaitu inventarisasi, pemeliharaan, inspeksi dengan kriteria yang ditentukan untuk sistem utilitas penting yang dilakukan secara berkala.
273. Mempunyai regulasi tentang sistem utilitas termasuk kerjasama dengan penyedia air bersih bila terjadi gangguan yang meliputi;
- mengidentifikasi peralatan, sistem, dan area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, rumah sakit mengidentifikasi area yang membutuhkan penerangan, pendinginan (lemari es), bantuan hidup/Ventilator, dan air bersih untuk membersihkan dan sterilisasi alat)
 - menyediakan air bersih dan listrik 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu.

- c. menguji ketersediaan dan kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat /pengganti/backup
 - d. mendokumentasikan hasil-hasil pengujian
 - e. memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi dari sumber listrik dan air.
274. Menetapkan regulasi tentang uji coba sumber air bersih dan listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku atau oleh kondisi sumber air.
275. Menetapkan regulasi tentang pemeriksaan air bersih (termasuk air minum) dan air limbah meliputi:
- a. pelaksanaan monitoring mutu air bersih paling sedikit setiap 1 tahun sekali. Untuk pemeriksaan kimia minimal setiap 6 bulan sekali atau lebih sering tergantung ketentuan peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman sebelumnya dengan masalah mutu air. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.
 - b. Pemeriksaan air limbah dilakukan setiap 3 bulan atau lebih sering tergantung peraturan perundang-undangan, kondisi air limbah, dan hasil pemeriksaan air limbah terakhir.
 - c. Pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan, untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin.
 - d. Pemeriksaan tahunan untuk menilai kontaminasi zat kimia. Hasil pemeriksaan didokumentasikan
 - e. Melakukan monitoring hasil pemeriksaan air dan melakukan perbaikan bila diperlukan.
276. Menetapkan regulasi tentang sistem pelaporan data insiden/ kejadian/kecelakaan dari setiap program manajemen risiko fasilitas
277. Menyelenggarakan Program pelatihan MFK (manajemen fasilitas dan keselamatan)

BAB VI TATA LAKSANA

A. PELAYANAN SAAT INI

KETENTUAN UMUM

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan:

1. Staf medis yang melakukan praktik kedokteran wajib memiliki Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Staf klinis wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
3. Setiap tenaga kesehatan harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
4. Staf klinis memberikan pelayanan dan asuhan kepada pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang ditetapkan.
5. Permintaan dan penulisan pemeriksaan serta pemberian informasi pelayanan yang SERAGAM, diberikan meliputi :
 - a. Permintaan pemeriksaan serta pemberian informasi pelayanan dilakukan secara tertulis pada format yang telah tersedia oleh Bagian rekam medis.
 - b. Permintaan dan penulisan hasil pemeriksaan serta pemberian informasi pelayanan dilakukan oleh tenaga kesehatan Rumah Sakit yang berkompeten di bidang masing-masing
 - c. Permintaan dan penulisan hasil pemeriksaan dilakukan dengan mengisi format yang telah disediakan di rekam medis
 - d. Khusus untuk permintaan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi, ditulis dengan menyertakan indikasi medis dan alasan klinis oleh DPJP
 - e. Semua hasil pemeriksaan serta pemberian informasi pelayanan harus diverifikasi oleh DPJP

SKRINING

1. Skrining dilakukan untuk menilai apakah rumah sakit mampu menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien serta konsisten dengan misi rumah sakit;
2. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisis, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik
3. Pada pelaksanaan skrining, dapat ditentukan tes atau bentuk penyaringan terhadap populasi pasien tertentu sebelum menetapkan pasien dapat dilayani.

4. Pasien diterima bila rumah sakit dapat memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dibutuhkan pasien.
5. Pada proses admisi pasien rawat inap dilakukan skrining kebutuhan pasien untuk menetapkan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif yang diprioritaskan berdasar atas kondisi pasien.
6. Pasien resiko jatuh Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan, akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan resiko pasien jatuh antara lain :
 - a. Kondisi pasien
 - b. Gangguan fungsional pasien (Contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif)
 - c. Lokasi atau situasi lingkungan di rumah sakit.
 - d. Riwayat jatuh pasien.
 - e. Konsumsi obat tertentu.
 - f. Konsumsi alkohol.
7. Pasien IGD juga dilakukan Skrining dengan memakai sistem Trease (ATS), untuk mengidentifikasi/ memilah pasien yang Fals atau True emergenci.
8. Pasien Poli Klinik juga dilakukan skrining dengan memakai sistem fals track, pelaksanaan Fals track :
 - a. Melakukan identifikasi pasien (ke IGD atau ke poli klinik)
 - b. Memperhatikan serta mengamati kondisi pasien
 - b. Menerima pendaftaran pasien baru untuk rawat inap (umum maupun BPJS/IKS lain nya).
10. Ada bukti pelaksanaan pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi

REGISTRASI PASIEN

1. Pasien memanfaatkan layanan rumah sakit melalui akses rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat
 - a. Layanan rawat jalan dapat diakses melalui admisi / registrasi rawat jalan
 - b. Layanan gawat darurat dapat diakses langsung melalui admisi Instalasi Gawat Darurat dengan melakukan registrasi di Instalasi Gawat Darurat.
 - c. Layanan rawat inap dapat diakses dengan melakukan registrasi di admisi (unit Pendaftaran) rumah sakit.
2. Setiap pasien yang dilayani (rawat jalan, gawat darurat, rawat inap) harus terdaftar dan memiliki nomor catatan medik.
3. Proses pendaftaran rawat jalan dan rawat inap harus dilaksanakan sesuai dengan panduan atau SPO yang sudah disepakati.

4. Proses pendaftaran pelayanan gawat darurat tidak dibolehkan jika akan memperpanjang respon time pelayanan IGD.

ALUR PASEN

1. Untuk menghindari penumpukan di unit gawat darurat setiap pasien selesai mendapat pelayanan kegawatandaruratan, maksimal 2 jam harus segera ditransit ke rawat inap.
2. Pengelolaan yang efektif terhadap alur pasien (seperti penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, serta pemulangan) dilaksanakan agar dapat mengurangi penundaan asuhan kepada pasien.
3. Komponen dari pengelolaan alur pasien meliputi :
 - a. ketersediaan tempat tidur rawat inap;
 - b. perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
 - c. perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat;
 - d. alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi);
 - e. efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti brangkar dan transportasi);
 - f. pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien;
 - g. akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).

IDENTIFIKASI

1. Setiap pasien rawat inap harus dipasangkan gelang identitas pasien.
2. Pada pasien rawat jalan jalur cepat dipasangkan penandaan berbentuk segitiga berwarna kuning ditempel pada pakaian pasien bagian atas
3. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium klinis, serta sebelum tindakan / prosedur.

ASESMEN PASIEN

Asesmen pasien terdiri atas 3 (tiga) proses utama dengan metode IAR (Informasi, Analisis, Rencana)

1. Pengumpulan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual dan riwayat kesehatan pasien (informasi dikumpulkan).

2. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien (analisis data dan informasi).
3. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi (rencana asuhan dan pelayanan disusun).
4. Asesmen pasien meliputi asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat.
5. Asesmen dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis yang kompeten dan berwenang.
6. Asesmen awal pasien dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA).
7. Asesmen awal pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.
8. Dalam asesmen awal juga dilakukan :
 - a. asesmen risiko nutrisi;
 - b. kebutuhan fungsional dan risiko jatuh;
 - c. skrining nyeri, dan dilakukan asesmen nyeri bila ada nyeri.
9. Bila diperlukan, asesmen awal dilengkapi dengan asesmen tambahan dengan memperhatikan kebutuhan dan kondisi pasien.
10. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini / cepat sesuai kondisi pasien.
11. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien
12. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien dirawat inap, atau sebelum tindakan dirawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.
13. Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi pasien yang signifikan, sejak asesmen dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap.
14. Untuk pasien rawat jalan kronis asesmen awal diperbaharui setelah 3 bulan
15. Untuk pasien rawat jalan akut asesmen awal diperbaharui setelah 1 bulan
16. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen pasien.

HAK PASIEN DAN KELUARGA

1. Pada pelaksanaan asuhan pasien, staf klinis harus memperhatikan hak pasien;
2. Pemberian asuhan pasien harus dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien;
3. Sesuai kebutuhan pasien, dapat dilayani permintaan kompleks terkait dukungan agama atau bimbingan kerohanian.
4. Dalam proses asuhan, pasien atau keluarga dapat mengajukan second opinion tanpa rasa khawatir akan memengaruhi proses asuhannya.
5. Dari hasil asesmen, pasien berhak mendapat informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan;
6. Staf klinis menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga, dan 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;
 - k. Pasien dijelaskan tentang hasil asuhan dan pengobatan, termasuk hasil asuhan dan pengobatan yang tidak terduga.
7. Rumah sakit memfasilitasi penggantian individu yang memberikan persetujuan pada informed consent bila pasien tidak kompeten.

ASESMEN ULANG

1. Asesmen ulang medis dan keperawatan dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang sesuai rincian kewenang klinis yang ditetapkan untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan;
2. Asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut;
3. Asesmen ulang perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien;
4. Asesmen ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan sesuai kondisi pasien.

ASUHAN PASIEN

1. Asuhan pasien dilakukan oleh PPA dan staf klinis yang kompeten dan berwenang.
2. Asuhan pasien dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasarkan hasil asesmen dan asesmen ulang pasien.
3. Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua PPA, dan dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.
4. Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat asuhan yang sama/seragam di rumah sakit.
5. Asuhan pasien yang seragam terefleksi dalam hal-hal sebagai berikut :
 - a. akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh PPA yang kompeten, dapat dilakukan setiap hari, setiap minggu atau setiap waktu;
 - b. penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
 - c. pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien sama di semua unit pelayanan di rumah sakit, seperti pelayanan anestesi, sama di semua unit pelayanan di RS.
 - d. pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;
 - e. penerapan serta penggunaan regulasi, form dan rekam medis yang sama dalam asuhan klinis pasien, antara lain dengan metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, PPK, Alur Klinis terintegrasi, Pedoman Manajemen Nyeri, regulasi utk berbagai tindakan seperti antara lain, pemberian transfusi darah dsb.
6. Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan diantara berbagai tenaga kesehatan seperti medis, keperawatan, farmasi, nutrisionist dalam Rekam Medik di Form Terintegrasi (CPPT) dalam bentuk SOAP untuk Medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya) , kecuali ADIME (untuk praktisi gizi), jika dalam bentuk komunikasi atau laporan pasien kritis menggunakan SBAR.
7. Penulisan instruksi via telpon menggunakan TBAK
8. Asuhan pasien yg seragam menghasilkan penggunaan sumber daya secara efisien dan memungkinkan membuat evaluasi hasil asuhan (outcome) utk asuhan yg sama di seluruh RS.

9. Pelayanan dan asuhan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk pelayanan dan asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal.
10. Pelayanan/asuhan terintegrasi horizontal melibatkan kontribusi PPA yang sama pentingnya/ sederajat.
11. Pelayanan/asuhan terintegrasi vertikal merupakan pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan sampai ke tingkat pelayanan yang berbeda.
12. Case Manajer berperan dalam mengintegrasikan pelayanan dan asuhan melalui komunikasi dengan para PPA.
13. Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berfokus pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut :
 - a. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga;
 - b. DPJP sebagai Ketua tim PPA;
 - c. DPJP melakukan koordinasi asuhan inter PPA dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien;
 - d. Bila kondisi pasien membutuhkan lebih dari 1 (satu) DPJP, ditetapkan DPJP Utama;
 - e. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan berkolaborasi secara interprofesional;
 - f. Perencanaan pemulangan pasien yang terintegrasi;
 - g. Asuhan gizi yang terintegrasi;
 - h. Peran MPP dalam mendorong penerapan pelayanan dan asuhan yang terintegrasi antar PPA

PENUNDAAN PELAYANAN

1. Apabila terjadi penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap harus disampaikan kepada pasien;
2. Pasien diberi tahu alasan penundaan dan kelambatan pelayanan dan diberi informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien dan dicatat di rekam medis.
3. Memberikan informasi ke bagian terkait apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan oleh DPJP, dengan menjelaskan secara tertulis di format yang telah tersedia.

PEMULANGAN PASIEN

1. Untuk menjamin kesinambungan pelayanan dan asuhan pasien, harus dilakukan rencana pemulangan pasien yang terintegrasi.
2. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan dalam waktu 48 jam pertama setelah pasien masuk rawat inap.
3. DPJP mengisi resume pulang pasien/Format Program Rujuk Balik (PRB) dengan menjelaskan secara tertulis tentang kondisi pasien selanjutnya.
4. Perencanaan pemulangan pasien dilaksanakan oleh MPP.
5. Selama perawatan di rumah sakit, pasien hanya bisa meninggalkan rumah atas persetujuan DPJP.
6. Bila diperlukan, pada pemulangan pasien dapat dirujuk kepada fasilitas kesehatan, baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan kelanjutan pelayanan atau asuhan.
7. Rencana pemulangan pasien dilakukan pada pasien yang rencana pemulangannya kompleks.
8. Rencana pemulangan yang kompleks dimulai segera setelah pasien masuk rawat inap.
9. Kriteria pasien yang pemulangannya kompleks adalah :
 - a. Bayi kurang bulan dengan berat badan lahir rendah;
 - b. Pasien usia lanjut dengan demensia;
 - c. Pasien dengan gangguan mobilitas sehingga tidak mampu atau mengalami kesulitan untuk aktivitas kesehariannya;
 - d. Pasien yang masih memerlukan pertolongan untuk melanjutkan terapi atau perawatan.
10. Pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosis nya kompleks diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ).
11. Pasien rawat jalan yang memerlukan PRMRJ adalah:
 - a. Pasien dengan diagnosis yang kompleks;
 - b. Pasien dengan asuhan yang kompleks.
12. Penyimpanan berkas PRMRJ harus mudah untuk dicari kembali;
13. Pelaksanaan pembuatan PRMRJ dievaluasi agar dapat memenuhi kebutuhan para DPJP serta untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

PENOLAKAN ASUHAN MEDIS DAN PENGOBATAN

1. Rumah Sakit menginformasikan tentang perencanaan dan tata laksana pengobatan

2. Rumah sakit memberitahu hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pelayanan dan pengobatan.
3. Pasien mempunyai hak untuk memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya, termasuk menolak dilakukan resusitasi.
4. Kepada pasien atau keluarga yang menolak asuhan atau meminta penghentian asuhan/pengobatan, termasuk pulang atas permintaan sendiri, harus dijelaskan konsekuensi dari keputusan mereka.
5. Penjelasan juga meliputi risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap.
6. Untuk pasien yang keluar rumah sakit atas permintaan sendiri tetap harus diupayakan kesinambungan asuhannya, termasuk melalui rujukan kepada fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di area domisili pasien.
7. Dilakukan evaluasi secara berkala terhadap alasan penolakan asuhan medis, termasuk pasien yang pulang atas permintaan sendiri.
8. Keluarga pasien dapat meminta dokter untuk melakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup atau meminta menilai keadaan pasien untuk penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup dasar.
9. Keputusan untuk menghentikan atau menunda terapi bantuan hidup tindakan kedokteran terhadap pasien sebagaimana dimaksud pada poin (3) dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik.
10. Permintaan keluarga pasien sebagaimana dimaksud pada poin (3) hanya dapat dilakukan dalam hal :
 - a. pasien tidak kompeten tetapi telah mewasiatkan pesannya tentang hal ini (advanced directive) yang dapat berupa:
 - 1) pesan spesifik yang menyatakan agar dilakukan penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup apabila mencapai keadaan futility (kesia-siaan)
 - 2) pesan yang menyatakan agar keputusan didelegasikan kepada seseorang tertentu (surrogate decision maker)
 - b. pasien yang tidak kompeten dan belum berwasiat, namun keluarga pasien yakin bahwa seandainya pasien kompeten akan memutuskan seperti itu, berdasarkan kepercayaannya dan nilai-nilai yang dianutnya.
11. Dikecualikan dari ketentuan sebagaimana dimaksud pada poin (3) dan poin (4) bila pasien masih mampu membuat keputusan dan menyatakan keinginannya sendiri.

12. Dalam hal permintaan dinyatakan oleh pasien sebagaimana dimaksud pada poin (3), maka permintaan pasien tersebut harus dipenuhi.
13. Dalam hal terjadi ketidaksesuaian antara permintaan keluarga dan rekomendasi tim yang ditunjuk oleh komite medik atau komite etik, dimana keluarga tetap meminta penghentian atau penundaan terapi bantuan hidup, tanggung jawab hukum ada di pihak keluarga.

RUJUKAN PASIEN

1. Rujukan dilaksanakan atas persetujuan pasien atau keluarga;
2. Persetujuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan setelah pasien dan/atau keluarganya mendapatkan penjelasan dari tenaga kesehatan yang berwenang.
3. Penjelasan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sekurang-kurangnya meliputi :
 - a. diagnosis dan terapi dan/atau tindakan medis yang diperlukan;
 - b. alasan dan tujuan dilakukan rujukan;
 - c. risiko yang dapat timbul apabila rujukan tidak dilakukan;
 - d. transportasi rujukan; dan
 - e. risiko atau penyulit yang dapat timbul selama dalam perjalanan.
4. Hal-hal yang harus dilakukan sebelum melakukan rujukan adalah :
 - a. melakukan pertolongan pertama dan/atau tindakan stabilisasi kondisi pasien sesuai indikasi medis serta sesuai dengan kemampuan untuk tujuan keselamatan pasien selama pelaksanaan rujukan;
 - b. melakukan komunikasi dengan penerima rujukan dan memastikan bahwa penerima rujukan dapat menerima pasien dalam hal keadaan pasien gawat darurat; dan
 - c. membuat surat pengantar rujukan untuk disampaikan kepada penerima rujukan.
5. Surat pengantar rujukan sebagaimana dimaksud pada poin c di atas, sekurang-kurangnya memuat :
 - a. identitas pasien;
 - b. hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
 - c. diagnosis kerja;
 - d. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
 - e. tujuan rujukan; dan
 - f. nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan.
6. Transportasi untuk rujukan dilakukan sesuai dengan kondisi pasien;

7. Selama proses transportasi rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis;
8. Rujukan dianggap telah terjadi apabila pasien telah diterima oleh penerima rujukan.
9. Pasien atau keluarga diberi penjelasan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan.

TRANSPORTASI PASIEN

1. Transportasi milik rumah sakit harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan
2. Pasien yang akan ditransportasi dengan menggunakan ambulan rumah sakit wajib dimonitor apa yang dibutuhkan pasien selama transportasi serta alat-alat medis didalam ambulance sesuai standar.

PELAYANAN RESIKO TINGGI

1. Rumah sakit memberi pelayanan pada beberapa pasien yang digolongkan risiko-tinggi karena umur, kondisi, atau kebutuhan yang bersifat kritis.
 - a. Rumah sakit mengidentifikasi staf untuk dilatih memberikan resusitasi yaitu staf medis dan non medis (sekuriti, sopir, petugas registrasi, kasir dan customer service)
 - b. Rumah sakit mengatur perawatan pasien yang menderita penyakit menular dan penurunan kekebalan tubuh (immunesuppressed)
 - c. Rumah sakit mengatur perawatan lanjut usia
 - d. Rumah sakit mengatur orang dengan keterbatasan fisik/cacat
 - e. Rumah sakit mengatur perawatan anak-anak, orang dengan keterbatasan fisik / cacat, anak-anak, dan populasi yang beresiko diperlakukan tidak senonoh / yang beresiko disiksa.
 - f. Rumah sakit mengatur perawatan populasi pasien yang beresiko disiksa
2. Rumah sakit memberi pelayanan risiko-tinggi antara lain
 - a. Rumah sakit memberikan asuhan kasus emergensi
 - b. Rumah sakit mengatur perawatan pasien yang menggunakan alat bantu kehidupan (life suport) atau dalam keadaan koma.
 - c. Rumah sakit memberikan pelayanan resusitasi
 - d. Rumah sakit mengatur perawatan pasien yang mendapat tindakan operasi dan anestesi
 - e. Rumah sakit mengatur penggunaan alat pengekan (restraint) dan perawatan pasien yang memakai alat pengekan
 - f. Rumah sakit mengatur perawatan pasien yang dialisis.

- g. Rumah sakit mengatur penanganan, penggunaan dan pemberian darah dan produk darah.
3. Staf klinis dilatih mengenali (mendeteksi), mengidentifikasi sedini mungkin perubahan kondisi pasien memburuk dengan penerapan Early Warning System (EWS) dapat dilakukan menggunakan sistem skor.

MANAJEMEN NYERI

1. Berdasar cakupan asuhan yg diberikan, RS menetapkan proses utk melakukan skrining, asesmen dan pelayanan utk mengatasi nyeri meliputi :
 - a. identifikasi pasien utk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan
 - b. melaksanakan pelayanan utk mengatasi nyeri, terlepas dari mana nyeri berasal
 - c. melakukan komunikasi dan edukasi kpd pasien & keluarga perihal pelayanan utk mengatasi nyeri sesuai dgn latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien dan keluarga
 - d. melatih PPA ttg asesmen dan pelayanan utk mengatasi nyeri
2. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskruining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen dalam pengelolaan nyeri secara efektif sesuai dengan pedoman/panduan nyeri yang berlaku.

PELAYANAN PASIEN TAHAP TERMINAL

1. Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.
2. Pasien dan keluarga terlibat dalam mengambil keputusan terhadap asuhan pada akhir kehidupan
3. Rumah sakit berkewajiban mendidik staf tentang pengelolaan pasien tahap terminal sesuai panduan/pedoman/SPO yang berlaku.
4. Kepedulian staf terhadap kenyamanan dan kehormatan pasien harus menjadi prioritas semua aspek asuhan pasien selama pasien berada dlm tahap terminal.
5. RS menetapkan proses utk mengelola asuhan pasien dlm tahap terminal. Proses ini meliputi :
 - a. intervensi utk pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri
 - b. memberikan pengobatan sesuai gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien & keluarga
 - c. menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti otopsi atau donasi organ

- d. menghormati nilai, agama dan budaya pasien & keluarga
- e. mengajak pasien & keluarga dalam semua aspek asuhan
- f. memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual dan budaya pasien dan keluarga

MONITORING DAN EVALUASI

1. Pelaksanaan keseragaman pelayanan di evaluasi dalam 24 jam dengan membentuk tim monitoring dan evaluasi, meliputi :
 - a. jam Kerja : melalui kepala ruang
 - b. Diluar jam kerja / hari libur : melalui Supervisor Rumah Sakit
 - c. Supervisor sebagai personal yang bertanggung jawab pada pelayanan rumah sakit saat itu, membuat morning Report
2. Hasil evaluasi pelayanan dibuat dalam bentuk laporan yang ditindaklanjuti secara periodik setiap bulannya oleh pihak manajemen.

MANAJEMEN OBAT

1. Elektrolit konsentrat tidak berada diunit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja diarea tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
2. Elektrolit konsentrat yang disimpan diunit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (restrict acces).

MANAJEMEN NUTRISI DAN RESIKO NUTRISI

1. Pasien diskriming untuk status gizi atau ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi
2. Pasien ini dikonsultasikan ke ahli gizi utk dilakukan asesmen lebih lanjut.
3. Penyiapan makanan, penanganan, penyimpanan dan penyajian dengan cara mengurangi resiko kontaminasi dan pembusukan.
4. Dokter, perawat, ahli gizi dan keluarga pasien bekerjasama dalam konteks asuhan gizi terintegrasi.
5. Pilihan makanan disesuaikan dengan umur, budaya, pilihan, rencana asuhan, diagnosis pasien
6. Jika ditemukan risiko nutrisi, dibuat rencana terapi gizi dan dilaksanakan
7. Jika keluarga pasien / orang lain mau membawa makanan utk pasien, kepada mereka diberi edukasi tentang makanan yg merupakan kontra indikasi thd rencana, kebersihan (hygiene) makanan dan kebutuhan asuhan pasien, termasuk informasi terkait interaksi obat dan makanan.

PELAYANAN BEDAH DAN ANESTESI

1. Rumah sakit menetapkan proses utk melakukan pelayanan bedah dengan menggunakan kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, meliputi :
 - a. Digunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberian tanda
 - b. Menggunakan daftar ceklis untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar dan fungsional.
 - c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi/ time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan
2. Pelayanan sedasi ringan, sedang dan dalam dilaksanakan oleh tenaga medis yang kompeten dan menjadi tanggung jawab masing-masing. Sedangkan sedasi diluar Kamar Operasi dilakukan berdasarkan Kebijakan/alur dan SPO yang berlaku.

MANAJEMEN RESIKO JATUH

1. Penerapan assemen awal resiko pasien jatuh dan melakukan assemen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil assemen dianggap beresiko
3. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN

1. Penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sepenuhnya hak pasien
2. DPJP di ICU adalah dokter spesialis anestesi, kecuali permintaan pasien
3. DPJP bertanggung jawab terhadap semua pelayanan kepada pasien
4. DPJP wajib melengkapi berkas rekam medis pasien/resume medis
5. DPJP wajib memenuhi hak pasien.
6. DPJP menulis resep obat sesuai standar Formularium Nasional (FORNAS)
7. DPJP memberikan asuhan medis sesuai dengan PPK dan Clinical Pathway engan mempertimbangkan aspek keselamatan pasien serta kendali mutu dan kendali biaya.
8. DPJP disiplin dalam melaksanakan visite/hari : pukul 07.30 wib - 14.00 wib

9. DPJP memberikan pelayanan di poli klinik berdasarkan jam buka layanan :
Senin s/d Sabtu : 07.30 WIB – 14.00 WIB Jum'at

KOMUNIKASI EFEKTIF

1. Komunikasi yang efektif diseluruh rumah sakit RSUD. Dr. Muhammad Zein Painan.
2. Petugas menggunakan sistem komunikasi SBAR dalam melaporkan kondisi pasien untuk meningkatkan efektifitas komunikasi antar pemberi layanan.
3. Petugas konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan dengan tulis , membaca kembali dan mengkonfirmasi ulang (TBAK) terhadap perintah yang diberikan sesuai standar.
4. Pelaporan kondisi pasien kepada DPJP pasien menjadi tanggung jawab dokter ruangan yang bertugas.

B. ALUR PASIEN

.....Gambar

BAB VII DOKUMENTASI

SPO dan Formulir terkait dengan :

1. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP)
2. Akses ke rumah sakit dan kontinuitas pelayanan (ARK)
3. Hak Pasien dan Keluarga (HPK)
4. Asesmen Pasien (AP)
5. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP)
6. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB)
7. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO)
8. Manajemen Komunikasi dan Edukasi (MKE)
9. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)
10. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
11. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)
12. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
13. Kompetensi dan kewenangan staf (KKS)
14. Manajemen Informasi dan Rekam Medis (MIRM)
15. Program Nasional (FRONAS)
16. Integrasi pendidikan kesehatan dalam pelayanan rumah sakit (PKP)

BAB VIII PENUTUP

Pedoman Pelayanan di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sesuai dengan tujuannya, seluruh petugas rumah sakit yang berkaitan dengan pelayanan pasien di rumah sakit ini mengetahuinya, dan mengacu pada pedoman ini, diharapkan mempergunakannya sebagai acuan dalam pelaksanaan kegiatan pelayanan di tempat terkait.

Pedoman ini belum sempurna dan akan selalu diperbaiki dan disempurnakan, untuk unit-unit layanan yang belum dicakup oleh pedoman ini akan dibuat pedoman khusus.

Kepada petugas/ instalasi/ unit layanan yang tidak melaksanakan/ berpedoman kepada ketentuan diatas, dikenakan sanksi administratif oleh pejabat yang berwenang berupa teguran lisan, teguran tertulis, penghentian kegiatan sementara dan/ atau pencabutan Surat Izin Kerja personil yang bersangkutan.

Pada saat pedoman ini berlaku semua Instalasi serta unit pelayanan yang sudah ada harus menyesuaikan dengan ketentuan yang berlaku dalam pedoman ini