



**KEPUTUSAN DIREKTUR**  
**DIREKTUR RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**  
**NOMOR : 800/01/RSUD-SK/I/2022**

**TENTANG**  
**KEBIJAKAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN**  
**DI RSUD Dr. M. ZEIN PAINAN**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. M. ZEIN PAINAN**

Menimbang : a. bahwa untuk mendukung terwujudnya Visi dan Misi RSUD dr. M. Zein Painan serta dalam rangka menghadapi tuntutan akan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta mengutamakan keselamatan pasien, antisipasi situasi kondisi yang sangat dinamis baik internal maupun eksternal maka perlu adanya kebijakan manajemen fasilitas dan keselamatan sebagai pedoman dalam pelaksanaan pelayanan di RSUD dr. M. Zein Painan

b. bahwa untuk kepentingan tersebut diatas, maka perlu di terbitkan Surat Keputusan Direktur RSUD dr. M. Zein Painan.

Mengingat : 1. Undang-undang RI no. 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja

2. Undang-undang RI no. 24 tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana

3. Undang - Undang Republik Indonesia No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan

4. Undang-undang RI no. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit

5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 472 / Menkes / Per / V / 1996 tentang pengamanan barang berbahaya bagi kesehatan

5. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi no. Per:01/Men/1979 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja pada Konstruksi Bangunan

6. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333 / Menkes / SK / XII / 1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit

7. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1405 / Menkes / SK / XI / 2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri

8. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 432 / Menkes / SK / IV / 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di rumah sakit

9. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 / Menkes / SK / II /  
2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

M E N E T A P K A N

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. M. Zein Painan tentang  
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

- Kesatu : Memberlakukan Kebijakan Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan  
sebagaimana dalam terlampir dalam Keputusan ini
- Kedua : Segala biaya yang timbul akibat diterbitkannya Keputusan ini  
dibebankan pada anggaran Rumah Sakit
- Ketiga : Peraturan ini mulai berlaku sejak tanggal di tetapkan dengan ketentuan  
apabila di kemudian hari terdapat kesalahan akan di perbaharui  
sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Painan  
Pada Tanggal 4 Januari  
2022 DIREKTUR  
RSUD dr. M. Zein  
Painan



**dr. HAREFA, SpPD**  
NIP. 19730103 200212 1 005

Lampiran

Peraturan Direktur RSUD dr. M. Zein Painan

Nomor: 800/01/RSUD-SK/I/2022

Tentang Kebijakan Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan

## **KEBIJAKAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN**

### **I. KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN**

1. Rumah Sakit mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku dan ketentuan tentang pemeriksaan fasilitas.
2. Rumah Sakit menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung.
3. Rumah Sakit menerapkan manajemen fasilitas dan keselamatan yang efektif meliputi perencanaan, pendidikan dan pemantauan yang multi disiplin meliputi :
  - Merencanakan ruang, peralatan dan sumber daya yang dibutuhkan agar aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan
  - Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, dan bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang menimbulkan risiko.
  - Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan untuk mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.
  - Unit non hospital (Cafeteria atau Toko) juga mematuhi rencana manajemen dan keselamatan fasilitas, sebagai berikut
    - Rencana keselamatan dan keamanan
    - Rencana penanganan bahan berbahaya
    - Rencana manajemen emergensi
    - Rencana pengamanan/penanggulangan kebakaran
4. Rumah Sakit menetapkan rencana induk atau rencana tahunan untuk mengelola risiko terhadap pasien, keluarga, pengunjung dan staf meliputi :
  - a. Keselamatan dan keamanan
    - Keselamatan : Suatu tingkatan keadaan tertentu dimana gedung, halaman/ground dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf dan pengunjung
    - Keamanan : Proteksi dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang
  - b. Bahan berbahaya : penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif dan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman
  - c. Manajemen Emergensi Tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi direncanakan dan efektif
  - d. Pengamanan kebakaran properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap
  - e. Peralatan medis peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sedekian rupa untuk mengurangi risiko
  - f. Sistem utilitas Listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasianRencana tersebut ditulis dan di up to date yang merefleksikan keadaan sekarang atau keadaan terkini dalam lingkungan rumah sakit. Ada proses untuk mereview dan mengupdate.

5. Penanggung jawab risiko fasilitas/lingkungan yang kompeten mengawasi perencanaan dan pelaksanaan program untuk mengelola risiko dilingkungan pelayanan Program pengawasan meliputi :
  - a. Merencanakan semua aspek dari program
  - b. Melaksanakan program
  - c. Mendidik staf
  - d. Memonitor dan mengevaluasi uji coba program
  - e. Melakukan evaluasi dan revisi program secara berkala
  - f. Memberikan laporan tahunan ke badan pengelola tentang pencapaian program
  - g. Menyelenggarakan pengorganisasian dan pengelolaan secara konsisten dan terus menerus
6. Rumah Sakit membuat monitoring yang menyediakan data insiden, cedera dan kejadian lainnya yang mendukung perencanaan dan pengurangan risiko lebih lanjut.

## **II. KESELAMATAN DAN KEAMANAN**

1. Rumah Sakit merencanakan dan melaksanakan program untuk memberikan keselamatan dan keamanan lingkungan fisik
2. Rumah Sakit melakukan pemeriksaan seluruh gedung pelayanan pasien dan mempunyai rencana untuk mengurangi risiko yang nyata serta menyediakan fasilitas fisik aman bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung
3. Untuk menjamin keamanan, semua staf, pengunjung, vendor / pedagang dan lainnya di rumah sakit diidentifikasi dan diberi tanda pengenalan (badge) yang sementara atau tetap atau langkah identifikasi lain, juga seluruh area yang seharusnya aman, seperti ruang perawatan bayi baru lahir, yang aman dan dipantau.
4. Rumah Sakit merencanakan dan menganggarkan untuk meningkatkan atau mengganti sistem, bangunan atau komponen berdasarkan hasil inspeksi terhadap fasilitas dan tetap mematuhi peraturan perundangan;
5. Rumah Sakit menganalisa situasi, dengan melihat sumber daya yang kita miliki, sumber dana yang tersedia dan bahan potensial apa yang mengancam keselamatan dan keamanan bekerja di rumah sakit;
6. Memonitor, mengendalikan, mengevaluasi dan merencanakan pengembangan K3 Rumah Sakit dilaksanakan oleh kepanitiaan yang disebut Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (TK3RS).
7. Melaksanakan sosialisasi keselamatan dan keamanan kerja kepada seluruh karyawan dalam bentuk pelatihan, leaflet, poster, penyuluhan dan lain – lain;
8. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD), serta selalu mengacu pada pencegahan dan pengendalian infeksi;
9. Seluruh staf RS harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi dan etika RS yang berlaku.

## **III. PENGELOLAAN BAHAN DAN LIMBAH BERBAHAYA**

1. Rumah Sakit mempunyai rencana tentang inventaris, penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya serta pengendalian dan pembuangan bahan dan limbah berbahaya;

2. Rumah Sakit mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan dan limbah berbahaya sesuai rencana
3. Identifikasi dan pengendalian bahan berbahaya dan limbah diproses untuk :
  - Inventarisasi bahan dan limbah berbahaya,
  - Penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya,
  - Pelaporan dan investigasi dari tumpahan, paparan (exposure) dan insiden lainnya
  - Pembuangan limbah berbahaya yang benar sesuai dengan SPO yang ada,
  - Peralatan dan prosedur perlindungan yang benar pada saat penggunaan, ada tumpahan (spill) atau paparan (exposure).
  - Pendokumentasian meliputi izin dan perizinan / lisensi atau ketentuan persyaratan lainnya
  - Pemasangan label yang benar pada bahan dan limbah berbahaya.
4. Rumah Sakit memastikan bahwa setiap badan usaha yang menggunakan bahan – bahan berbahaya harus mempunyai lembar data pengaman;
5. Setiap bahan berbahaya dan beracun (B3) pada wadah atau kemasan harus dicantumkan penandaan yang meliputi nama dagang, bahan aktif, isi berat netto, kalimat peringatan dan tanda atau simbol bahaya;
6. Rumah Sakit memastikan bahwa bahan berbahaya dan beracun tersebut terpisah dari bahan – bahan lain dan jauh dari api;
7. Rumah Sakit harus mengetahui sifat dan karakteristik dari penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 tersebut yang meliputi:
  1. Identifikasi Potensial Bahaya
    - a. Identifikasi dan penilaian resiko dilaksanakan oleh petugas yang berkompeten (Petugas terkait, Gudang, Laboratorium, radiologi dan Apotik)
    - b. Penentuan penanganan bahan / material dilaksanakan secara manual atau mekanis ditetapkan berdasarkan hasil identifikasi
  2. Sistem Pengangkutan, Penyimpanan Dan Pembuangan
    - a. Sistem pengangkutan bahan material yang diterima untuk pemindahan dari pengangkutan ke dalam gudang dilakukan secara manual yang dilaksanakan dengan perlakuan yang benar guna menghindari tumpahan atau ceceran.
    - b. Pemindahan ini dilakukan dengan tenaga manusia dengan mempergunakan alat bantu troli. Pemindahan secara mekanis pada umumnya tidak dilakukan mengingat berat bahan yang diangkut tidaklah terlalu berat.
    - c. Penyimpanan
      - Untuk penyimpanan bahan kimia harus dipersiapkan tempat khusus menurut spesifikasi (jenis)
      - Penyimpanan Bahan – bahan kimia tidak dibenarkan dicampur dengan bahan lainnya (Gudang / penempatan harus terpisah dari bahan lain) dilengkapi dengan label B3 dan MSDS yang sesuai
      - Setiap bahan material yang disimpan didalam gudang diberi label yang jelas sesuai dengan spesifikasi, khusus dengan bahan – bahan B3 harus diberi label peringatan yang jelas untuk diketahui bahaya dari masing – masing bahan dan cara penanganan.

3. Pemindahan Dan Penggunaan
  - a. Dalam pengambilan bahan material dari gudang untuk dipergunakan di lokasi kerja harus memperhatikan aspek K3 (menghindari tumpahan, kebocoran, ceceran dan kerusakan) sesuai dengan petunjuk pedoman teknis yang berlaku
  - b. Petugas pelaksana yang menangani pemindahan dan penggunaan harus memperhatikan aspek K3 dan harus mengenakan APD, alat bantu yang memadai dan apabila terjadi tumpahan atau ceceran pada saat pemindahan harus ditangani sesuai dengan instruksi kerja dan pedoman kerja yang berlaku.
4. Pengendalian Barang – Barang Rusak Dan kadaluwarsa

Bahan – bahan yang diidentifikasi telah mengalami kerusakan dan kadaluwarsa ditempatkan di tempat yang aman secara khusus, tidak dapat dipergunakan, tercatat dan penanganannya harus sesuai dengan instruksi kerja
5. Pembuangan Dan Penyimpanan

Barang bekas yang dinyatakan tidak dapat dipergunakan lagi harus disimpan sesuai ketentuan yang berlaku, ditempatkan secara khusus dan tercatat agar tidak dipergunakan lagi.

  - a. Khusus wadah bekas bahan B3 harus di beri label dengan jelas sesuai sifat bahan tersebut (beracun, iritasi, korosif dan lain –lain)
  - b. Wadah bekas bahan kimia cair disimpan dan tidak dibenarkan dipakai untuk kegiatan lain
  - c. Penanganan limbah padat dan limbah cair sesuai dengan Peraturan Perundangan yang berlaku (Peraturan Lingkungan Hidup).
  - d. Melaksanakan sosialisasi penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan berbahaya dan beracun (B3) kepada seluruh karyawan dalam bentuk pelatihan, penyuluhan dan lain – lain;
  - e. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD) serta selalu mengacu pada pencegahan dan pengendalian infeksi;
  - f. Seluruh staf RS harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, etika RS dan etiket RS yang berlaku.

#### **IV. PENANGANAN KEDARURATAN DAN BENCANA**

1. Rumah sakit membuat rencana dan program penanganan kedaruratan dan program menanggapi bila terjadi kedaruratan komunitas, wadah dan bencana alam atau bencana lainnya.

Rencana tersebut berisikan proses untuk :

  - a. Menetapkan jenis, kemungkinan dan konsekuensi dari bahaya, ancaman dan kejadian
  - b. Menetapkan peran rumah sakit dalam kejadian tersebut
  - c. Strategi komunikasi pada kejadian

- d. Pengelolaan sumber daya pada waktu kejadian, termasuk alternatif tempat pelayanan
  - e. Pengelolaan kejadian klinis pada waktu kejadian, termasuk alternatif tempat pelayanan
  - f. Identifikasi dan penugasan peran dan tanggungjawab staf pada waktu kejadian
  - g. Proses untuk mengelola keadaan darurat/kedaruratan bila terjadi pertentangan antara tanggungjawab staf secara pribadi dengan tanggungjawab rumah sakit dalam hal penugasan staf untuk pelayanan pasien.
2. Rumah sakit melakukan uji coba/simulasi penanganan/menanggapi kedaruratan, wabah dan bencana  
Rencana kesiapan menghadapi bencana diujicoba melalui :
    - Uji coba tahunan seluruh rencana penanggulangan bencana baik secara internal maupun sebagai bagian dan dilakukan bersama dengan masyarakat atau
    - Uji coba sepanjang tahun terhadap elemen kritis dari c) sampai dengan g) dari rencana tersebut
  3. Bila rumah sakit mengalami bencana secara nyata, mengaktifasi rencana yang ada, dan setelah itu diberi pengarahan yang tepat, dan situasi ini digambarkan setara dengan uji coba tahunan.

## **V. PROTEKSI KEBAKARAN**

1. Rumah Sakit melaksanakan program untuk memastikan bahwa seluruh penghuni di rumah sakit aman dari kebakaran, asap dan kedaruratan lainnya
2. Rumah Sakit menjamin penghuni rumah sakit tetap aman sekalipun terjadi kebakaran atau asap dengan melaksanakan program antara lain :
  - Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko kebakaran, seperti penyimpanan dan penanganan secara aman bahan mudah terbakar, termasuk gas medik, seperti oksigen
  - Bahaya yang terkait dengan setiap pembangunan didalam atau berdekatan dengan bangunan yang dihuni pasien
  - Jalan keluar yang aman dan tidak terhalang bila terjadi kebakaran
  - Sistem peringatan dini, sistem deteksi dini, seperti, deteksi asap (smoke detector), alarm kebakaran, dan patroli kebakaran, dan
  - Mekanisme penghentian/supresi (suppression) seperti selang air, supresan kimia (chemical suppressants) atau sistem penyeburan (sprinkler).
3. Rumah Sakit secara teratur melakukan uji coba pengamanan kebakaran dan asap, meliputi setiap peralatan yang terkait untuk deteksi dini dan penghentian (suppression) dan mendokumentasikan hasilnya.
4. Rencana pengamanan kebakaran rumah sakit mengidentifikasi :
  - Frekuensi pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan sistem perlindungan dan pengamanan kebakaran, sesuai ketentuan
  - Rencana evakuasi yang aman dari fasilitas bila terjadi kebakaran atau ada asap.
  - Proses untuk melakukan uji coba semua bagian dari rencana, dalam jangka waktu 12 bulan
  - Pendidikan yang perlu bagi staf untuk dapat melindungi secara efektif dan mengevakuasi pasien bila terjadi kedaruratan dan

- Partisipasi semua staf dalam uji coba pengamanan kebakaran sekurang-kurangnya setahun sekali.
5. Seluruh pemeriksaan, uji coba dan pemeriksaan didokumentasikan

## **VI. LARANGAN MEROKOK**

- Rumah sakit membuat larangan merokok dengan menggunakan stiker – stiker disetiap lantai dan membuat larangan merokok diperaturan Rumah Sakit;
- Rumah Sakit menyusun dan mengimpenmentasikan kebijakan larangan merokok terhadap pasien, keluarga, staf dan pengunjung tanpa terkecuali;
- Rumah sakit secara teratur melakukan monitoring larangan merokok kepada setiap pasien, keluarga, staf dan pengunjung yang kedapatan merokok disekitar lingkungan Rumah Sakit. Lingkungan Rumah Sakit adalah semua Ruang Unit Kerja yang ada didalam batas Pagar Rumah Sakit;
- Bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung yang kedapatan merokok akan diberikan pengarahan dan masukan oleh bagian security Rumah Sakit;
- Rumah Sakit Melindungi kesehatan masyarakat, sudah seharusnya bebas dari asap rokok karena asap rokok dapat menimbulkan penyakit yang fatal dan penyakit yang dapat menurunkan kualitas hidup akibat penggunaan rokok;
- Tempat kerja adalah tiap ruangan atau lapangan, tertutup atau terbuka, bergerak atau tetap dimana tenaga kerja bekerja, atau yang sering dimasuki tenaga kerja untuk keperluan suatu usaha dan dimana terdapat sumber atau sumber-sumber bahaya.

## **VII. PERALATAN MEDIS**

### **A. Pengadaan Alat Medis**

1. Rumah Sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pengadaan alat medis untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi / layak pakainya peralatan medis tersebut;
2. Fasilitas yang rusak atau sudah tidak dapat diperbaiki kembali segera dimutasi kebagian logistik dan dibuat berita acara pergantian barang oleh bagian teknisi medis;
3. Untuk penambahan (pengadaan) alat medis baru disebabkan oleh:
  - Adanya alat baru yang diperlukan pada pelayanan medis
  - Kurangnya fasilitas alat medis yang diperlukan, sehingga mengajukan penambahan alat medis yang baru kepada Kabid penunjang medis.
  - Kabid penunjang medis melakukan koordinasi dengan unit kerja untuk menentukan spesifikasi alat yang ingin diadakan.
  - Kabid penunjang medis mengajukan permohonan kepada direktur melalui Kabid Keuangan untuk pengadaan alat medis yang baru.
4. Untuk penggantian alat yang lama:
  - Pergantian alat medis harus diajukan oleh pengguna kepada kabid penunjang medis yang menyatakan bahwa alat tersebut sudah tidak layak pakai tidakdapat dipergunakan lagi.
  - Mengajukan permohonan pergantian alat yang lama oleh pengguna kepada kabid penunjang medis.



- kbid penunjang medis memanggil pengguna alat untuk rapat menentukan spesifikasi alat.
  - kbid penunjang medis mengajukan permohonan kepada direktur melalui kbid keuangan.
5. Setiap pergantian dan pengadaan barang yang dilakukan pencatatan ke inventaris alat masing – masing bagian.

#### B. Pemeliharaan Alat Medis

1. Rumah Sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya. Untuk menjamin ketersediaan dan berfungsi / layak pakainya peralatan medis, rumah sakit:
  - Melakukan inventarisasi peralatan medis
  - Melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur
  - Melakukan uji coba peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuannya melaksanakan pemeliharaan preventif.
2. Rumah Sakit mengumpulkan data hasil monitoring terhadap program manajemen peralatan medis. Data tersebut digunakan dalam menyusun rencana kebutuhan jangka panjang rumah sakit untuk peningkatan dan penggantian peralatan;
3. Setiap kerusakan pada fasilitas rumah sakit segera dibuat memo permintaan perbaikan barang atau memo permintaan pergantian barang;
4. Fasilitas yang sudah tidak dapat diperbaiki kembali segera dimutasi kebagian logistik dan dibuat berita acara pergantian barang oleh bagian teknisi;
5. Pemeriksaan hasil uji coba dan setiap kali pemeliharaan didokumentasikan.
6. Pengadaan dan pergantian alat medis dilaksanakan oleh bagian logistik, bekerja sama dengan bagian teknisi medis;
7. Setiap pergantian dan pengadaan barang yang dilakukan pencatatan ke inventaris alat masing – masing bagian;
8. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali;
9. Laporan intern dan ekstern dilakukan setiap bulan

#### C. Penggunaan Produk dan Peralatan yang dalam proses penarikan

1. Rumah Sakit mempunyai sistem penarikan kembali produk/peralatan;
2. Rumah Sakit mempunyai proses identifikasi, penarikan dan pengembalian atau pemusnahan produk dan peralatan medis yang ditarik oleh pihak pabrik atau suplair;
3. Rumah Sakit membuat prosedur yang mengatur penggunaan setiap produk atau peralatan yang ditarik kembali;
4. Pengendalian dalam penggunaan barang – barang rusak dan kadaluarsa harus diidentifikasi secara benar, barang yang sudah rusak atau kadaluarsa disimpan ditempat yang aman secara khusus, tidak dipergunakan, tercatat dan penanganannya harus sesuai dengan instruksi kerja;
5. Pemeliharaan alat medis merupakan suatu upaya yang dilakukan agar peralatan kesehatan tersebut dapat bertahan lebih lama;
6. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali;
7. Laporan intern dan ekstern dilakukan setiap bulan.

## **VIII. SISTEM UTILITAS (SISTEM PENDUKUNG)**

1. Air minum dan listrik yang tersedia 24 jam sehari, tujuh hari seminggu, melalui sumber reguler atau alternatif, untuk memenuhi kebutuhan utama asuhan pasien
2. Rumah Sakit memiliki proses emergensi untuk melindungi penghuni rumah sakit dari kejadian terganggunya, terkontaminasi atau kegagalan sistem pengadaan air minum dan listrik
3. Rumah Sakit melakukan uji coba sistem emergensi dari air minum dan listrik secara teratur sesuai dengan sistem dan hasilnya didokumentasikan Untuk menghadapi keadaan emergensi tersebut, rumah sakit :
  - Mengidentifikasi peralatan, sistem dan tempat yang potensial menimbulkan risiko tertinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, mengidentifikasi area yang memerlukan pencahayaan, pendinginan, alat pendukung hidup / life support, dan air bersih untuk membersihkan dan mensterilkan perbekalan)
  - Melakukan asesmen dan meminimalisasi risiko dari kegagalan sistem pendukung di tempat-tempat tersebut
  - Merencanakan sumber darurat listrik dan air bersih untuk tempat tersebut dan kebutuhannya
  - Melakukan uji coba ketersediaan dan keandalan sumber darurat listrik dan air
  - Mendokumentasikan hasil uji coba
  - Memastikan bahwa pengujian alternatif sumber air dan listrik dilakukan minimal/sekurang-kurangnya setiap tahun atau lebih sering jika diharuskan oleh peraturan perundangan atau kondisi sumber listrik dan air.Kondisi sumber listrik dan air yang mengharuskan peningkatan frekuensi pengujian meliputi:
  - Perbaikan berulang dari sistem air
  - Seringnya kontaminasi terhadap sumber air
  - Jaringan listrik yang tidak bisa diandalkan dan
  - Padamnya listrik yang tak terduga dan berulang
4. Rumah Sakit melakukan identifikasi sistem listrik, limbah, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya secara teratur diperiksa, dipelihara, dan bila perlu ditingkatkan untuk menghindari bahaya.
5. Rumah Sakit mempunyai proses sistem pemeriksaan yang teratur dan melakukan pencegahan dan pemeliharaan lainnya. Selama uji coba, perhatian ditujukan pada komponen kritis (sebagai contoh, swiches dan relays) dari sistem tersebut.
6. Sumber listrik emergensi dan cadangan diuji coba dalam lingkungan yang direncanakan dan mensimulasikan beban aktual yang dibutuhkan. Peningkatan dilakukan sesuai kebutuhan, misalnya penambahan pelayanan listrik di area yang punya peralatan baru.
7. Petugas atau otoritas yang ditetapkan memonitor mutu air secara teratur.
  - Rumah Sakit menyusun proses pemantauan kualitas air secara teratur, meliputi pemeriksaan biologis/biological air yang digunakan untuk hemodialis.
  - Pemantauan dapat dilakukan oleh staf yang ditunjuk oleh rumah sakit, seperti staf dari laboratorium klinis atau oleh otoritas kesehatan masyarakat atau pemilik air dari luar rumah sakit yang dinilai kompeten untuk menjalankan pemeriksaan ini.

8. Rumah Sakit mengumpulkan data hasil monitoring program manajemen sistem utiliti/pendukung.
  - Data tersebut digunakan untuk merencanakan kebutuhan jangka panjang rumah sakit untuk peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung.
  - Pemantauan sistem yang esensial/penting membantu rumah sakit mencegah terjadinya masalah dan menyediakan informasi yang diperlukan untuk membuat keputusan dalam perbaikan sistem dan dalam merencanakan peningkatan atau penggantian sistem utiliti/pendukung. Data hasil monitoring didokumentasikan.

## **IX. PELATIHAN DAN PENDIDIKAN STAF**

### **A. PERENCANAAN**

1. Rumah Sakit RSUD dr. M. Zein Painan menetapkan Sumber Daya Manusia (Bagian Medis & Keperawatan, Bagian Penunjang Medis, Bagian Administrasi & Keuangan) dengan berbagai kompetensi.
2. Rumah Sakit menetapkan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan persyaratan lain bagi seluruh staf atau dalam menetapkan jumlah staf atau perpaduan staf yang mendukung Visi, Misi, Tujuan, Nilai – Nilai serta Motto RSUD dr. M. Zein Painan.

### **B. ORIENTASI DAN PENDIDIKAN**

1. Seluruh staf, baik klinis maupun non klinis diberikan orientasi tentang rumah sakit.
2. Departemen/unit kerja atau unit dimana mereka ditugaskan memberikan orientasi tentang tugas tanggungjawab staf yang spesifik saat menjadi staf RSUD dr. M. Zein Painan. Adapun orientasi staf tersebut meliputi:
  - Peraturan Rumah Sakit -Patien Safety
  - Prosedur di Rumah Sakit
  - Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)
  - Keselamatan Kerja
  - Kebakaran dan Kewaspadaan Bencana Rumah sakit (K3RS) Kebijakan Rumah Sakit dan lain – lain.

### **C. STAF MEDIS**

1. Menetapkan Keanggotaan Staf Medis
  - Rumah Sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, memverifikasi, mengevaluasi kredensial/bukti-bukti keahlian/ kelulusan (izin/lisensi, pendidikan, pelatihan, kompetensi dan pengalaman).
  - Staf Medis yang diizinkan untuk memberikan asuhan pasien tanpa supervisi. Staf medis memberikan pelayanan preventif, kuratif, restorative, bedah, rehabilitatif atau pelayanan medis lain atau pelayanan gigi kepada pasien atau yang memberikan pelayanan interpretative kepada pasien seperti patologi, radiologi, atau pelayanan laboratorium tanpa memandang klasifikasi penugasan oleh rumah sakit.
  - Rumah Sakit membuat status kepegawaian, kontrak atau kerjasama lain dengan individu untuk memberikan pelayanan asuhan pasien.

## 2. Penetapan Kewenangan Klinis

Keputusan tentang pemberian kewenangan tersebut ditetapkan sebagai berikut:

- Rumah Sakit memilih proses yang di standardisi untuk mengidentifikasi pelayanan klinis bagi setiap individu.
- Pemberian kewenangan / privilege terhadap staf medis juga mempertimbangkan surat / berkas dari tempat praktek atau kerja sebelumnya, dari sejawat seprofesi, penghargaan dan sumber informasi lainnya.
- Setiap tiga tahun, rumah sakit mencari dan menggunakan informasi tentang area kompetensi umum dari praktisi klinis berikut: asuhan pasien, pengetahuan medis/klinis, pembelajaran dan peningkatan berbasis praktek, Keterampilan hubungan antar manusia/interpersonal dan komunikasi, profesionalisme, praktek berbasis sistem

## 3. Monitoring Berkelanjutan (Ongoing Monitoring) dan Evaluasi Anggota Staf Medis

- Rumah Sakit menetapkan proses berkelanjutan terstandarisir (ongoing) untuk mengevaluasi sesuai kualitas dan keamanan pelayanan pasien yang diberikan oleh setiap staf medis.
- Rumah Sakit menetapkan kriteria yang digunakan dalam melakukan evaluasi terhadap praktek profesional secara berkelanjutan meliputi : review terhadap prosedur-prosedur operatif dan klinis lain serta hasilnya, pola penggunaan darah dan obat-obatan/kefarmasian, permintaan untuk pemeriksaan /tes dan prosedur/tindakan, pola lama dirawat (length-of-stay), data morbiditas dan mortalitas, pemanfaatan praktisi terhadap konsultasi dan spesialis, kriteria lain yang relevan sebagaimana ditentukan oleh rumah sakit.

## D. STAF KEPERAWATAN

- Rumah Sakit merekrut tenaga keperawatan yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional, bermutu yang menerapkan standar keselamatan pasien.
- Rumah Sakit mengumpulkan & memverifikasi semua kredensial tenaga keperawatan sekurang – kurangnya meliputi : berkas pendidikan & pelatihan, surat tanda registrasi (STR), surat izin kerja (SIK), bukti kompetensi terbaru, sertifikat pelatihan & pendidikan spesialisasi atau pendidikan lanjutan.

## E. PRAKTISI PELAYANAN KESEHATAN LAINNYA

- Rumah Sakit mempunyai standar prosedur untuk mengumpulkan, memverifikasi dan mengevaluasi kredensial staf kesehatan profesional lainnya (izin, pendidikan, pelatihan, dan pengalaman).
- Rumah Sakit memperkerjakan atau mengizinkan profesional kesehatan lain yang kompeten (Bidan, Asisten Operasi, Farmasi, Teknisi Farmasi, Bagian Gizi, dll) untuk memberikan asuhan dan pelayanan yang bermutu kepada pasien dan berpartisipasi dalam proses asuhan pasien serta keselamatan pasien.

## X. KONSTRUKSI DAN RENOVASI

1. RSUD dr. M. Zein Painan menetapkan kebijakan mengenai perencanaan konstruksi dan atau renovasi bangunan dengan memperhatikan analisis risiko yang mungkin terjadi.
2. Rumah Sakit menetapkan Standard Prosedur Operasional dalam penilaian risiko pra konstruksi dan risiko infeksi yang dapat terjadi.
3. Rumah Sakit juga menerapkan kebijakan agar seluruh kontraktor mematuhi Standard Prosedur Operasional dan peraturan baik peraturan internal ataupun perundang-undangan yang berlaku.

Ditetapkan di Painan  
Pada Tanggal 4 Januari 2022  
DIREKTUR  
RSUD dr. M. Zein Painan



**dr. HAREFA, SpPD**  
NIP. 19730103 200212 1 005