



- ❖ **REGULASI**
- ❖ **PELATIHAN**
- ❖ **PERTEMUAN**

## **SNARS 1.1**



## **YANG PERLU DIKETAHUI PADA INSTRUMEN AKREDITASI SNARS**

Instrumen akreditasi SNARS merupakan instrumen yang dipergunakan KARS untuk menilai kepatuhan rumah sakit terhadap SNARS yaitu standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit. Instrumen akreditasi SNARS ini terdiri dari standar, maksud dan tujuan, elemen penilaian (EP), telusur dan skor dengan penjelasan sebagai berikut :

### **STANDAR**

Standar KARS mencakup harapan kinerja, struktur, atau fungsi yang harus diterapkan agar suatu rumah sakit dapat terakreditasi oleh KARS.

### **MAKSUD DAN TUJUAN**

Maksud dan tujuan dari suatu standar akan membantu menjelaskan makna sepenuhnya dari standar tersebut. Maksud dan tujuan akan mendeskripsikan tujuan dan rasionalisasi dari standar, memberikan penjelasan bagaimana standar tersebut selaras dengan program secara keseluruhan, menentukan parameter untuk ketentuan-ketentuannya, atau memberikan "gambaran tentang ketentuan dan tujuan-tujuannya. Maksud dan tujuan juga berguna bagi RS untuk menyusun point-point yang harus ada di dalam regulasi rumah sakit.

### **ELEMEN PENILAIAN (E P)**

Elemen Penilaian (EP) dari suatu standar akan menuntun rumah sakit dan surveior terhadap apa yang akan ditinjau dan dinilai selama proses survei. EP untuk setiap standar menunjukkan ketentuan untuk kepatuhan terhadap standar tersebut. EP ditujukan untuk memberikan kejelasan pada standar dan membantu rumah sakit untuk memenuhi sepenuhnya ketentuan yang ada, untuk membantu mengedukasi pimpinan dan tenaga kesehatan mengenai standar yang ada serta untuk memandu rumah sakit dalam persiapan proses akreditasi.

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

- (R) = Regulasi, yang dimaksud dengan regulasi adalah dokumen pengaturan yang disusun oleh rumah sakit yang dapat berupa kebijakan, prosedur (SPO), pedoman, panduan, peraturan Direktur rumah sakit, keputusan Direktur rumah sakit dan atau program**
- (D) = Dokumen, yang dimaksud dengan dokumen adalah bukti proses kegiatan atau pelayanan yang dapat berbentuk berkas rekam medis, laporan dan atau notulen rapat dan atau hasil audit dan atau ijazah dan bukti dokumen pelaksanaan kegiatan lainnya.**
- (O) = Observasi, yang dimaksud dengan observasi adalah bukti kegiatan yang didapatkan berdasarkan hasil penglihatan/observasi yang dilakukan oleh surveior.**
- (W) = Wawancara, yang dimaksud dengan wawancara adalah kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh surveior yang ditujukan kepada pemilik/representasi pemilik, direktur rumah sakit, pimpinan rumah sakit, profesional pemberi asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis, pasien, keluarga, tenaga kontrak dan lain-lain.**

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

### TELUSUR

Telusur yang ada pada instrumen akreditasi SNARS ini adalah untuk mengetahui pemenuhan elemen standar dari setiap elemen penilaian. Telusur ini memandu surveior untuk mencari bukti pemenuhan setiap elemen penilaian dari setiap standar sebagai berikut :

- (R) =
- ❖ Surveior agar menelusuri regulasi yang sudah disusun rumah sakit.
  - ❖ Bila pada EP disebutkan regulasi meliputi/terdiri dari a) sampai ..... atau 1) sampai ....., maka untuk menilai kelengkapan regulasi tersebut, surveior agar melihat yang ada pada maksud dan tujuan.
  - ❖ Bila kolom telusur tertulis regulasi tentang ..... maka regulasi yang ditelusuri tidak harus semua regulasi harus ada atau TIDAK HARUS ada kebijakan, ada pedoman, ada panduan, ada SPO dan ada program TETAPI dapat salah satu, yang perlu diperhatikan oleh surveior adalah isi dari regulasi harus mengacu yang ada di maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
  - ❖ Bila pada kolom telusur tertulis pedoman tentang ....., maka regulasi yang ditelusuri adalah berbentuk pedoman. Untuk mengetahui isi pedoman yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
  - ❖ Bila pada kolom telusur tertulis pedoman pengorganisasian ....., maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pengorganisasian. Untuk mengetahui isi pedoman pengorganisasian yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
  - ❖ Bila pada kolom telusur tertulis pedoman pelayanan ....., maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk pedoman pengorganisasian. Untuk mengetahui isi pedoman pelayanan yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
  - ❖ Bila pada kolom telusur tertulis program ....., maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk program. Untuk mengetahui isi program yang benar, surveior agar melihat maksud dan tujuan dan peraturan-perundang-undangan terkait.
  - ❖ Bila pada kolom telusur tertulis struktur organisasi ....., maka regulasi yang ditelusuri, adalah berbentuk bagan organisasi yang dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenang.
- (D) = Surveior agar menelusuri bukti-bukti pelaksanaan proses kegiatan/pelayanan sesuai yang dipersyaratkan pada elemen penilaian, yang dapat berupa bukti-bukti sebagai berikut :
- Bukti tentang .....
  - Bukti pelaksanaan pelatihan tentang: TOR, Undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi, sertifikat
  - Bukti rapat tentang .....
  - Bukti pelaksanaan tentang .....
  - Bukti kualifikasi sesuai persyaratan jabatan pada file pegawai
  - Bukti usulan tentang .....
  - Bukti pelaksanaan orientasi khusus: TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi

- Bukti pelaksanaan orientasi umum: TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakit, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi
  - Bukti materi tentang ...
  - Bukti laporan tentang ...oBukti tentang ....., berupa a.l. ....
  - Bukti sertifikat
  - Bukti supervisi:
    - Bukti form check list (ceklis)
    - Bukti pelaksanaan supervisi
- (O) = ❖ Untuk mendapatkan bukti pelaksanaan kegiatan atau pelayanan sudah sesuai dengan regulasi maka surveior dapat melihat atau melakukan observasi proses kegiatan atau pelayanan.
- ❖ Observasi ini dapat juga merupakan cross check bukti pelaksanaan kegiatan, bisa juga dipergunakan untuk memvalidasi dokumen hasil audit/supervisi. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior akan melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene dengan menggunakan sampel, dari hasil observasi tersebut berapa kepatuhan RS dapat diketahui. Misal dari 10 sampel hanya 5 orang yang melakukan hand hygiene dengan benar.
- (W) = ❖ Surveior melakukan wawancara berdasarkan sasaran wawancara yang tertulis di telusur.
- ❖ Wawancara dipergunakan untuk lebih memastikan bahwa kegiatan/pelayanan sudah dilaksanakan dan sudah sesuai dengan regulasi.
- ❖ Wawancara juga dapat dipergunakan untuk melakukan cross check dengan kegiatan yang sudah dilaksanakan. Sebagai contoh : MFK 11 RS sudah menyelenggarakan pelatihan MFK, pada MFK 11.1 EP 1 : staf dapat menjelaskan dan/atau memperagakan peran mereka dalam menghadapi kebakaran (W,S), dengan melakukan wawancara dan meminta staf simulasi maka dapat merupakan cross check apakah pelatihan tersebut sudah dilakukan dengan benar atau belum.
- (S) = ❖ Untuk mendapatkan bukti bahwa staf rumah sakit sudah dapat melaksanakan kegiatan atau pelayanan sesuai dengan regulasi maka surveior dapat meminta staf rumah sakit untuk memeragakan proses kegiatan/pelayanan dengan mengacu persyaratan yang ada di EP.
- ❖ Meminta staf RS untuk memeragakan kegiatan/ pelayanan dapat juga merupakan cross check bukti pelaksanaan kegiatan atau bukti staf RS sudah mengikuti pelatihan sehingga mampu memperagakan kegiatan tersebut, misalnya simulasi penggunaan APAR. Simulasi juga dapat dipergunakan untuk mengetahui apakah pelatihan sudah dilaksanakan dengan benar. Misalnya : hasil audit hand hygiene RS = 90 %, surveior akan melakukan observasi pelaksanaan hand hygiene, misalnya berdasarkan observasi hanya 50 %, dan setelah surveior meminta simulasi hanya 50 % staf RS yang mampu melaksanakan, padahal bukti dokumen pelatihan hand hygiene sudah 100 %. Maka bukti pelatihan tersebut tidak valid.

## Penyusunan Pedoman, Panduan Program Kerja

Pedoman adalah kumpulan ketentuan dasar yang memberi arah bagaimana sesuatu harus dilakukan, dengan demikian merupakan hal pokok yang menjadi dasar untuk menentukan atau melaksanakan kegiatan. Sedangkan panduan adalah merupakan petunjuk dalam melakukan kegiatan. Dengan demikian, dapat diartikan bahwa pedoman mengatur beberapa hal, sedangkan panduan hanya meliputi 1 (satu) kegiatan. Agar pedoman/panduan dapat diimplementasikan dengan baik dan benar, diperlukan pengaturan melalui SPO. Beberapa hal yang perlu diperhatikan untuk dokumen pedoman/panduan ini yaitu :

- Setiap pedoman/panduan harus dilengkapi dengan peraturan/keputusan Direktur/Pimpinan RS untuk **pemberlakukan** pedoman/panduan tersebut. Bila Direktur/ Pimpinan RS diganti, peraturan/keputusan Direktur/ Pimpinan RS untuk pemberlakuan pedoman/panduan tidak perlu diganti. Peraturan/Keputusan Direktur/pimpinan RS diganti bila memang ada perubahan dalam pedoman/ panduan tersebut.
- Setiap pedoman/panduan sebaiknya dilakukan evaluasi minimal setiap 2-3 tahun sekali.
- Bila Kementerian Kesehatan sudah menerbitkan pedoman/panduan untuk suatu kegiatan/pelayanan tertentu maka RS dalam membuat pedoman/panduan wajib mengacu pada pedoman/panduan yang diterbitkan oleh Kementerian Kesehatan tersebut.
- Walaupun format baku sistematika pedoman/panduan tidak ditetapkan, namun ada sistematika yang lazim digunakan sebagai berikut :

### a. Format Pedoman Pengorganisasian Unit Kerja :

BAB I Pendahuluan

BAB II Gambaran Umum RS

BAB III Visi, Misi, Falsafah, Nilai & Tujuan RS

BAB IV Struktur Organisasi RS

BAB V Struktur Organisasi Unit Kerja

BAB VI Uraian Jabatan

BAB VII Tata Hubungan Kerja

BAB VIII Pola Ketenagaan dan Kualifikasi Personil

BAB IX Kegiatan Orientasi

BAB X Pertemuan/rapat

BAB XI Pelaporan

1. Laporan Harian

2. Laporan Bulanan

3. Laporan Tahunan

### b. Format Pedoman Pelayanan Unit Kerja

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

B. Tujuan Pedoman

C. Ruang Lingkup Pelayanan

D. Batasan Operasional

E. Landasan Hukum

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

B. Distribusi Ketenagaan

C. Pengaturan Jaga

BAB III STANDAR FASILITAS

A. Denah Ruang

B. Standar Fasilitas

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

**c. Format Panduan Pelayanan RS**

BAB I DEFINISI

BAB II RUANG LINGKUP

BAB III TATA LAKSANA

BAB IV DOKUMENTASI

**d. Format Program Kerja**

1. Pendahuluan

2. Latar Belakang

3. Tujuan Umum dan Khusus

4. Kegiatan Pokok dan Rincian Kegiatan

5. Cara Melaksanakan Kegiatan

6. Sasaran

7. Skedul (jadwal) pelaksanaan kegiatan

8. Evaluasi Pelaksanaan Kegiatan dan Pelaporan

9. Pencatatan, Pelaporan, dan Evaluasi Kegiatan

## DAFTAR REGULASI RUMAH SAKIT

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
TKRS 1	Corporate bylaws/Pengaturan kewenangan representasi pemilik			PMK 10 2014 PMK 755 2011	
TKRS 1 EP 3	Susunan Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit	TKRS 2 TKRS 3 KKS 2.3	EP 1 EP 1 EP 1	UU 44 2009 Perpress 77 2015 PMK 971 2009 Pedoman penyelenggaraan pelayanan RS	
TKRS 9 EP 1	Pedoman pengorganisasian unit, termasuk:				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pola ketenagaan</li> </ul>	KKS 2 KKS 2.1 KKS 2.2	EP 1 EP 1 EP 1	Permendagri 12 2008 PMK 53 2012 PMK 56 2014 PMK 33 2015	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persyaratan jabatan</li> </ul>	TKRS 9 KKS 2.3 KKS 4 KKS 5	EP 1 EP 1 EP 1 EP 1	PMK 971 2009	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang</li> </ul>	TKRS 9 KKS 2.3 KKS 6	EP 1 EP 1 EP 2	PMK 971 2009	
KKS 1	Perencanaan kebutuhan SDM	TKRS 3.3	EP 1	PMK 33 2015	
KKS	Pedoman manajemen SDM				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penetapan pola ketenagaan</li> </ul>	KKS 2	EP 1	Permendagri 12 2008 PMK 53 2012 PMK 56 2014 PMK 33 2015 PMK 72 2016	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemutakhiran pola ketenagaan</li> </ul>	KKS 2.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penetapan jumlah sesuai kebutuhan</li> </ul>	KKS 2.2	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetapan kebutuhan SDM</li> </ul>	KKS 1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses rekrutmen</li> </ul>	KKS 3 TKRS 3.3	EP 1 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proses seleksi</li> </ul>	KKS 4 KKS 5	EP 1 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retensi staf</li> </ul>	TKRS 3.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penempatan kembali</li> </ul>	KKS 2.4	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetapan orientasi umum dan khusus</li> </ul>	KKS 7	EP 1		
TKRS 6	Panduan penyusunan kontrak, termasuk dengan staf medis, kontrak sterilisasi (PPI 7.2.1), termasuk monitoring mutu pelayanan				
KKS 8	Program pendidikan dan pelatihan	TKRS 3.3	EP 4		
TKRS 3.1	Penetapan jenis pelayanan RS	MKE 1	EP 1		
MKE 1	Pedoman Komunikasi Efektif	MKE 1	EP 1	PMK 44 2018	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi dengan masyarakat</li> </ul>	TKRS 3.1 MKE 1	EP 4 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi dengan pasien dan keluarga</li> </ul>	MKE 2			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ asuhan dan pelayanan yang disediakan RS</li> </ul>	MKE 2 MKE 1.1	EP 1 EP 3		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akses terhadap pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit</li> </ul>	MKE 1.1 MKE 2	EP 3 EP 2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga</li> </ul>	MKE 8	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penjelasan hasil asesmen, diagnosis dan rencana asuhan</li> </ul>	MKE 9	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penjelasan hasil asuhan dan pengobatan, termasuk yang tidak diharapkan</li> </ul>	MKE 9	EP 2		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Persetujuan tindakan kedokteran</li> </ul>	MKE 9 HPK 5.1 HPK 2.1 PAB 5.1 PAB 7.1 PAB 7.1	EP 4 EP 1 EP 4 EP 1 EP 1 EP 2	PMK 290 2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Penjelasan hak dan tanggung jawab untuk berpartisipasi pada proses asuhan</li> </ul>	MKE 9	EP 5		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Komunikasi efektif antar staf klinis/pemberi asuhan</li> </ul>	MKE 1 SKP 2 TKRS 3.2	EP 4 EP 1 EP 2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pelaporan hasil nilai kritis laboratorium</li> </ul>	SKP 2.1	EP 2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu serah terima pasien</li> </ul>	SKP 2.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasi yang harus disampaikan secara akurat dan tepat waktu ke seluruh rumah sakit</li> </ul>	MKE 4 TKRS 3.2	EP 1 EP 5		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetapan pertemuan di setiap dan antartingkat RS</li> </ul>	TKRS 3.2	EP 1		
MKE 5	Tatacara berkomunikasi	MKE 5	EP1		
MKE 6	Pembentukan unit kerja PKRS, termasuk:	MKE 6	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedoman kerja</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program</li> </ul>				
TKRS 4	Pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien	PMKP 2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pemilihan dan penetapan prioritas pengukuran mutu pelayanan</li> </ul>	PMKP 5	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluasi PPK, alur klinis dan protokol</li> </ul>	PMKP 5.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriteria pemilihan indikator mutu unit</li> </ul>	PMKP 6	EP 1		
	Pedoman upaya keselamatan pasien			PMK 11 2017	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jenis kejadian yang tidak diharapkan, pelaporan dan</li> </ul>	PMKP 9.2	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	analisisnya				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien</li> </ul>	PMKP 9	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis kejadian sentinel</li> </ul>	PMKP 9.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jenis KTD</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definisi dan jenis yang dilaporkan, dan sistem pelaporan KNC dan KTC</li> </ul>	PMKP 9.3	EP 1		
PMKP 10	Panduan pengukuran budaya keselamatan pasien	PMKP 10	EP 1		
MIRM 1.1	Pedoman pengelolaan data dan informasi			PMK 82 2013	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi</li> </ul>	PMKP 2.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manajemen data terintegrasi antara data surveilans dan data indikator mutu</li> </ul>	PPI 10	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Manajemen data yang meliputi butir a) sampai dengan c)</li> </ul>	PMKP 7	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Regulasi tentang manajemen data termasuk validasi data</li> </ul>	PMKP 8	EP 1		
PMKP 5	Program PMKP dan penetapan indikator	TKRS 1.3	EP 1		
PMKP 3	Program pelatihan PMKP	KKS 8			
AP 5	Pedoman pengorganisasian laboratorium				
	Pedoman pelayanan laboratorium, meliputi:			Pedoman praktik laboratorium kesehatan yang benar	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pelayanan 24 jam</li> </ul>	AP 5	EP 2		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium</li> </ul>	AP 5.4	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengelolaan spesimen (AP 5.7)</li> </ul>	AP 5.7	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penetapan dan evaluasi rentang nilai normal</li> </ul>	AP 5.8	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penetapan nilai kritis</li> </ul>	AP 5.3.2 SKP 2.1	EP 1 EP 1		
AP 5.5	Program unit laboratorium, meliputi:				

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengelolaan peralatan laboratorium a s/d h</li> </ul>	AP 5.5	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upaya peningkatan mutu</li> </ul>	AP 5.9	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manajemen risiko</li> </ul>	AP 5.3	EP 1		
AP 5.11	Pedoman pelayanan darah	PAP 3	EP 1	PP 7 2011 PMK 83 2014 PMK 91 2015 Pedoman pengelolaan bank darah RS (BDRS)	
AP 5.11.1	Penanggung jawab pelayanan darah				
AP 5.11.2	Program mutu pelayanan darah				
AP 6	Pedoman pengorganisasian radiologi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uraian jabatannya</li> <li>• Pola ketenagaan</li> </ul>	AP 6	EP 1		
	Penetapan Kepala unit	EP 6.1	EP 1		
	Pedoman pelayanan, termasuk:			Per Ka Bapeten 8 2011 PMK 780 2008 KMK1014 2008 KMK 1250 2009	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penjelasan dan persetujuan sebelum prosedur dilakukan</li> </ul>	AP 6.3.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi</li> </ul>	AP 6.4	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sertifikasi radiologi rujukan</li> </ul>	AP 6.8	EP 1		
AP 6.5	Program unit radiologi, meliputi:				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengelolaan peralatan radiologi a s/d h</li> </ul>	AP 6.5	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Upaya peningkatan mutu (AP 6.7)</li> </ul>	AP 6.7	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Program manajemen risiko</li> </ul>	AP 6.3	EP 1		
PAP 1	PPK (bersama SMF) untuk semua diagnosis atau kondisi yang ada di RSPH. Perawat buat panduan asuhan keperawatan			PMK 1438 2010	

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
PAP 2	Panduan <i>case manager</i> / MPP a s/d h Panduan DPJP (ARK 3.2)				
PAP 3	Pelayanan dan pasien berisiko tinggi				
PAP 4	Pedoman pelayanan gizi, termasuk upaya mengurangi risiko infeksi (PPI 7.6)			PMK 78 2013 Pedoman Pelayanan Gizi RS (PGRS)	
PAP 5	Pedoman terapi gizi	PAP 5	EP 1	Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi di RS	
PAP 6	Pedoman manajemen nyeri, meliputi:	PAP 6	EP 1		
	• Skrining dan asesmen nyeri serta evaluasinya	AP 1.5	EP 1		
	• Hak pasien	HPK 2.5	EP 1		
	• Edukasi manajemen nyeri	MKE 10	EP 4		
PAP 7	Pedoman pelayanan pasien terminal, termasuk:	PAP 7	EP 1	PMK 37 2014	
	• Pelayanan pasien terminal meliputi a) s/d f)	PAP 7.1	EP 1		
	• Pelayanan pasien pada akhir kehidupan	HPK 2.6	EP 1		
	• Edukasi keluarga	MKE 9	EP 2		
	• <i>DNR</i>	HPK 2.4	EP 1		
PAB 1 2 3 6	Pedoman pelayanan anestesi dan sedasi			PMK 519 2011 PMK 18 2016	
PAB 2.1	Program mutu pelayanan anestesi:	PAB 2.1	EP 1		
	• Pelaksanaan asesmen pra anestesi, pra sedasi	PAB 2.1	EP 2		
	• Monitoring status fisiologis	PAB 2.1	EP 3		
	• Pemulihan	PAB 2.1	EP 4		
	• Konversi tindakan	PAB 2.1	EP 5		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
PAB 7	Pedoman pelayanan bedah, meliputi:				
	• Rencana asuhan berdasarkan hasil asesmen	PAB 7	EP 1		
	• Penandaan lokasi operasi	SKP 4	EP 1		
	• Kewajiban membuat laporan operasi	PAB 7.2	EP 1		
	• Pelaksanaan surgical safety check list	SKP 4.1	EP 1		
	• Pembuatan rencana asuhan pasca operasi	PAB 7.3	EP 1		
	• Penggunaan implan	PAB 7.4	EP 1		
PAB 8	Kemampuan pelayanan operasi (TKRS 3.1)	TKRS 3.1	EP 1		
PAB 8.1	Program mutu pelayanan bedah, meliputi:	PAB 8.1	EP 1		
	• Pelaksanaan asesmen pra bedah	PAB 8.1	EP 2		
	• Pelaksanaan penandaan lokasi operasi	PAB 8.1	EP 3		
	• Pelaksanaan <i>surgical safety ceck list</i>	PAB 8.1	EP 4		
	• Diskrepansi diagnosis pre dan post operasi	PAB 8.1	EP 5		
ARK 1	<b>Pedoman pelayanan dan asuhan pasien RS</b>				
	1. Skrining pasien di luar dan dalam RS, termasuk ARK 1.2	ARK 1	EP 1		
	2. Skrining pasien rawat inap	ARK 1.2	EP 1		
	3. Panduan asesmen		EP 1		
	• Asesmen awal	AP 1	EP1		
	• Asesmen ulang	AP 2	EP 1		
	• PPA yang kompeten dan berwenang	AP 3	EP 1		
	• Integrasi asesmen PPA	AP 4	EP 1		
	4. Rencana asuhan oleh DPJP	PAP 2.1	EP 1		
	5. Kontinuitas pelayanan	ARK 3.1			
	• Pengaturan pelayanan keperawatan 24 jam				
	• termasuk perawat operan (hand over)	MKE 5	EP 6		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
		SKP 2.2			
	6. Pengaturan pelayanan DPJP: konsul, rawat bersama dan alih rawat				
	7. Alur pasien	ARK 2.2	EP 1		
	8. Penundaan dan kelambatan pelayanan	ARK 1.3	EP 1		
	9. Transfer pasien <i>intrahospital</i>	ARK 3.3	EP 1		
	10. Hak pasien dalam pelayanan dan asuhan				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hak dan kewajiban pasien</li> </ul>	HPK 1 HPK 4	EP 1 EP 1	UU 44 2009 PMK 4 2018	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi dan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi</li> </ul>	HPK 1.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Simpan rahasia pasien dan menghormati kebutuhan privasi</li> </ul>	HPK 1.2	EP 1	PMK 36 2012	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyimpanan barang milik pasien</li> </ul>	HPK 1.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi populasi pasien dengan risiko kekerasan</li> </ul>	HPK 1.4	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hak melaksanakan <i>second opinion</i></li> </ul>	HPK 2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hak mendapat informasi tentang kondisi, diagnosis pasti dan rencana asuhan</li> </ul>	HPK 2.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informasi kompetensi dan kewenangan PPA</li> </ul>	HPK 2.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hak menolak atau tidak melanjutkan pengobatan</li> </ul>	HPK 2.3 ARK 4.4	EP 1 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hak menolak resusitasi</li> </ul>	HPK 2.4	EP 1		
	11. Proses koordinasi dan kesinambungan pelayanan <ul style="list-style-type: none"> <li>setiap pasien harus dikelola oleh dokter penanggung jawab pelayanan</li> <li>pengaturan perpindahan DPJP, termasuk perubahan DPJP utama</li> </ul>	ARK 3.1 ARK 3.2 ARK 3.3	EP 1 EP 1 EP 1		
	12. Pemulangan pasien (termasuk kriteria pemulangan yang kompleks)	ARK 4	EP 1		
	13. Kriteria pasien yang diizinkan pulang sementara (cuti)	ARK 4	EP 3		
	14. Kriteria pasien rawat jalan yang kompleks, untuk dibuat	ARK 4.3	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	Profil Ringkas Medis Rawat Jalan	MKE 5	EP 1		
	15. Pengelolaan AMA (Penolakan Asuhan Medis)	ARK 4.4 HPK 2.3	EP 1 EP 1		
	16. Pengelolaan pasien yang meninggalkan RS tanpa pemberitahuan	ARK 4.4.1	EP 1		
ARK 1.1	Pedoman pelayanan IGD, termasuk <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>triage</i> berbasis bukti</li> </ul>	TKRS 10		KMK 856 2009	
ARK 1.2	Pedoman pelayanan rawat inap, termasuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan pelayanan rawat inap</li> <li>• Skrinning pasien rawat inap</li> <li>• Pemulangan pasien rawat inap</li> </ul>	TKRS 10 TKRS 3.1 ARK 1.2 ARK 3			
ARK 2.3	Pedoman pelayan ICU, termasuk: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriteria masuk dan keluar ICU</li> </ul>	TKRS 10		Kep Dirjen BUK Juknis Penyelenggaraan Pelayanan ICU KMK 1778 2010 KMK 834 2010	
ARK 5	Panduan rujukan	ARK 5	EP 1	PMK 001 2012	
ARK 6	Panduan transportasi pasien				
PKPO 1	❖ Pedoman Pengorganisasian ❖ Pedoman Pelayanan Farmasi			PMK 72 2016 PMK 30 2017	
PKPO 2	Pembentukan Tim Farmasi dan Terapi, beserta Pedoman Kerja dan Program				
PKPO 2.1	Pedoman Pelayanan Farmasi, meliputi:				
	• Pengadaan sediaan farmasi	PKPO 2.1.1	EP 1		
	○ Pengelolaan logistik laboratorium, reagensia dan bahan lain yang diperlukan	AP 5.6	EP 1		
	○ Pengelolaan film x ray dan bahan lain yang diperlukan	AP 6.6	EP 1		
	• Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan	PKPO 3	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	medis habis pakai				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotik dan psikotropika</li> </ul>	PKPO 3.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Larangan penyimpanan elektrolit konsentrat di rawat inap (PKPO 3.2)</li> </ul>	PKPO 3.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyimpanan khusus sesuai a s/d e</li> </ul>	PKPO 3.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pengelolaan obat emergensi</li> </ul>	PKPO 3.4	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penarikan kembali</li> </ul>	PKPO 3.5	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penyiapan penyerahan obat yang seragam</li> </ul>	PKPO 5 PKPO 5.1	EP 1 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Verifikasi sebelum penyerahan obat</li> </ul>	PKPO 6.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemberian obat dan pengobatan oleh pasien</li> </ul>	PKPO 6.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pemantauan terapi obat</li> </ul>	PKPO 7	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Upaya keselamatan</li> </ul>	PKPO 7. 1	EP 1		
PKPO 3.1	Pedoman pengelolaan B3 (MFK 5)	PKPO 3.1 MFK 5	EP 1 EP 1	PP 74 2001 PP 101 2014 Permen LH 30 2009 Permen LH 14 2013	
PKPO 4	Panduan resep, meliputi syarat resep lengkap	PKPO 4 PKPO 4.1	EP 1 EP 1		
PKPO 6	Staf medis yang kompeten dan berwenang, termasuk pembatasannya (SPK dan RKK)	KKS 10			
HPK 5.1	Panduan persetujuan tindakan kedokteran, termasuk:	HPK 5.1	EP 1 EP 1 EP 3	PMK 290 2008	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Persetujuan harus diberikan sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi/termasuk sedasi,</li> </ul>	HPK 5.2	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	pemakaian darah, produk darah dan pengobatan risiko tinggi lainnya				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proses dan siapa yang tanda tangan</li> </ul>	HPK 5.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dan keluarga belajar tentang risiko dan komplikasi untuk persetujuan tindakan kedokteran</li> </ul>	MKE 9	EP 4		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>General consent for treatment</li> </ul>	HPK 5	EP 1		
HPK 6	Pedoman penyelenggaraan penelitian dengan pasien sebagai subyek, termasuk HPK 6.1, HPK 6.2, HPK 6.4 serta HPK 7	HPK 6.1 HPK 6.2 HPK6.4 HPK 7		Deklarasi Helsinki	
HPK 8	Pedoman donasi organ	HPK 8.1 HPK 8.2		PMK 37 2014	
SKP 1	Panduan identifikasi pasien	SKP 1	EP 1	PMK 11 2017	
SKP 3	Panduan pengelolaan obat yang perlu diwaspadai, termasuk upaya mencegah kurang hati-hatian dalam pengelolaan elektrolit konsentrat	SKP 3.1	EP 1		
SKP 5	Pedoman PPI, tentang teknik cuci tangan (PPI 9)	SKP 5	EP 1		
SKP 6	Panduan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh, meliputi asesmen dan monitoringnya	AP 1.4.1	EP 1		
MIRM 1	Pedoman pengorganisasian dan pedoman kerja Unit SIM RS	MIRM 1	EP 1	PMK 82 2013	
MIRM 8	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedoman Pengorganisasian</li> </ul>	MIRM 8 TKRS 9	EP 1 EP 1	PMK 269 2008	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedoman Pelayanan Unit Rekam Medis, meliputi:</li> </ul>	TKRS 10	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Pendaftaran pasien rawat jalan, rawat inap dan IGD</li> </ul>	ARK 2	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Upaya mencegah akses bagi yang tidak berhak</li> </ul>	MIRM 11	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Program unit rekam medis</li> </ul>	MIRM 8	EP 1		
MIRM 13.1	<b>Rekam Medis</b> Rumah Sakit meliputi:			PMK 269 2008	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis (MIRM 13)</li> </ul>	MIRM 13	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● tenaga kesehatan yang memiliki hak akses ke rekam medis (MIRM 9)</li> </ul>	MIRM 9	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● individu yang berwenang mengisi rekam medis dan memahami cara melakukan koreksi (MIRM 13.2)</li> </ul>	MIRM 13.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● standar kode diagnosis, kode tindakan, definisi, simbol dan singkatan (MIRM 12)</li> </ul>	MIRM 12	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pengaturan privasi dan kerahasiaan informasi terkait data pasien dan hak akses pasien terhadap isi rekam medis (MIRM 14)</li> </ul>	MIRM 14	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● isi spesifik rekam medis (AP 1, MIRM 13.1), termasuk asesmen awal tentang: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ risiko nutrisi (AP 1.4)</li> <li>○ status fungsional termasuk risiko jatuh (AP 1.4.1)</li> <li>○ skrining dan asesmen nyeri (AP 1.5)</li> </ul> </li> </ul>	MIRM 13.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● kerangka waktu penyelesaian rawat jalan (AP 1.2)</li> </ul>	AP 1.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● kerangka waktu penyelesaian gawat darurat (AP 1.3)</li> </ul>	AP 1.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● asesmen tambahan (AP 1.6)</li> </ul>	AP 1.6	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● asesmen ulang (AP 2)</li> </ul>	AP 2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pencatatan rencana asuhan (PAP 2.1 EP 2-5)</li> </ul>	PAP 2.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pencatatan tindakan klinis dan tindakan diagnostik (PAP 2.3)</li> </ul>	PAP 2.3	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ringkasan pulang (ARK 4.2.1 EP 1 dan MIRM 15)</li> </ul>	ARK 4.2.1 MIRM 15	EP 1 EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM (AP 2.1)</li> </ul>	AP 2.1	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>jangka waktu penyimpanan (MIRM 10)</li> </ul>	MIRM 10	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar pasien, ringkasan kondisi pasien saat keluar dari gawat darurat, dan instruksi tindak lanjut asuhan (MIRM 13.1.1)</li> </ul>	MIRM 13.1.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laporan operasi</li> </ul>	PAB 7.2	EP 1		
MIRM 13.4	Pembentukan tim review rekam medis, termasuk:				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pedoman kerja</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Program untuk melaksanakan review rekam medis secara berkala</li> </ul>				
TKRS 1	Penetapan organisasi RS oleh pemilik atau representasi pemilik, termasuk organisasi governing body, komite medis dan keperawatan (TKRS 8)				
TKRS 2	Dalam SOTK diuraikan uraian jabatan Direktur RS, termasuk uraian jabatan para Kepala Bidang/Divisi (TKRS 3), dan Kepala Unit Pelayanan TKRS 3.1				
TKRS 3.1	Penetapan jenis pelayanan RS				
TKRS 3.2	Penetapan pertemuan di setiap dan antartingkat RS (EP 1) Komunikasi efektif antar PPA (MKE 1)				
TKRS 3.3	Pedoman manajemen SDM RS (KKS)				
TKRS 4	Pedoman PMKP (PMKP 2), termasuk penetapan prioritas (PMKP 5)				
TKRS 5	Penetapan peningkatan mutu prioritas (PMKP 5)				
TKRS 6	Panduan penyusunan kontrak, termasuk dengan staf medis, kontrak sterilisasi (PPI 7.2.1), termasuk monitoring mutu pelayanan				
TKRS 6.2	Penetapan pelayanan oleh dokter praktik mandiri (TKRS 3.1)				
TKRS 7	Panduan penapisan teknologi medis dan obat				

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
TKRS 7.1	Pedoman pengadaan alkes dan obat yang berisiko (PKPO 2.1 dan PKPO 2.1.1)				
TKRS 9	Pedoman pengorganisasian unit kerja. Setiap nama jabatan dilengkapi dengan: Uraian jabatan, meliputi: (KKS 2.3) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Persyaratan jabatan: pendidikan, keterampilan, dan pengetahuan</li> <li>• Uraian tugas</li> <li>• Tanggung jawab</li> <li>• Wewenang</li> </ul> Pola ketenagaan (KKS 2) Orientasi Tata hubungan kerja Rapat/koordinasi				
TKRS 10	Pedoman pelayanan unit kerja				
TKRS 11	Kriteria pemilihan indikator mutu RS (TKRS 4 EP 3), termasuk menetapkan peningkatan mutu prioritas (TKRS 5 dan PMKP 5)				
TKRS 11.2	Penetapan setiap KSM memilih 5 standar pelayanan kedokteran untuk di evaluasi				
TKRS 12	Pembentukan Komite Etik RS, termasuk:			PMK 42 2018	
	• Pedoman Kerja				
	• Pedoman Tata Kelola Etik RS,				
	• Kode etik pegawai RS				
TKRS 12.2	Pedoman pengelolaan pengaduan pasien dan keluarga <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengaduan di unit kerja</li> </ul>	HPK 3 TKRS 10	EP 1 EP 4	PMK 13 2017	
TKRS 13.1	Panduan budaya keselamatan	PMKP 10			

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
KKS	Pedoman manajemen/pengelolaan SDM RS, meliputi;				
	○ Dasar penetapan pola ketenagaan pada unit kerja, termasuk	KKS 2	EP 1		
	○ evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan	KKS 2.1	EP 1		
	○ Proses rekrutmen	TKRS 3.3 KKS 3	EP 1 EP 1		
	○ Proses seleksi	KKS 4 KKS 5	EP 1 EP 1		
	○ Penempatan staf dan serta pengaturan penempatan kembali	KKS 2 KKS 2.4	EP 1 EP 1		
	○ Evaluasi kinerja	KKS 4 KKS 5	EP 1 EP 1		
	○ Orientasi umum dan khusus, termasuk tentang PPI	KKS 7 PPI 11	EP 1 EP 2		
	○ Evaluasi kinerja PPA dan staf klinis (termasuk OPPE) (KKS 11, 12, 15, 17)				
KKS 9	Medical staff bylaws, meliputi	KKS 9	EP 1		
	○ proses penerimaan				
	○ kredensial				
	○ penilaian kinerja, termasuk OPPE	KKS 11	EP 1		
	○ rekredensial	KKS 12	EP 1		
KKS 1	Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit berdasarkan penetapan standar jumlah SDM	KKS 1 KKS 2.2	EP 1 EP 1		
KKS 8	Program pendidikan dan pelatihan, termasuk:	KKS 8	EP 1		
	○ pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten	PMKP 3	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	o pelatihan PPI	PPI 11	EP 1		
	o pelatihan teknik resusitasi	KKS 8.1 PAP 3.2	EP 1 EP 3		
KKS 8.2	Pedoman K3RS (MFK 3, PPI 7.5) Panduan penanganan kekerasan di tempat kerja			PMK 66 2016	
KKS	SPK dan RKK	KKS 10 KKS 12 KKS 14 KKS 17	EP 1 EP 1 EP 1 EP 1		
PMKP 1	Pembentukan Komite PMKP				
PMKP 2	Pedoman PMKP (TKRS 4)				
PMKP 2.1	Penetapan sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi pada Pedoman manajemen data dan informasi (MIRM 1.1 dan PMKP 7), termasuk integrasi dengan surveilans PPI (PPI 10)				
PMKP 3	Program pelatihan RS (KKS 8)				
PMKP 5	Program peningkatan mutu RS (TKRS 1.3), menetapkan indikator mutu RS (TKRS 4 EP 3), termasuk menetapkan peningkatan mutu prioritas (TKRS 5)				
PMKP 5.1	Program evaluasi pelayanan kedokteran (PPK, alur klinis atau protokol)				
PMKP 7	Manajemen data yang meliputi butir a) sampai dengan c) dalam Pedoman manajemen data dan informasi (MIRM 1.1 dan PMKP 2.1), termasuk analisis (PMKP 7.1), dan validasi (PMKP 8)				
PMKP 10	Panduan budaya keselamatan	TKRS 13.1			

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
PPI 1	Pembentukan Komite PPI, termasuk Pedoman Kerja				
	Pedoman PPI meliputi:			PMK 27 2017 KMK 270 2007	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelaksanaan surveilans <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Angka infeksi yang akan diukur</li> </ul> </li> </ul>	PPI 1.1	EP 1	Pedoman surveilans infeksi RS	
	•	PPI 6	EP 1		
	• Sistem pelaporan IPCN kepada Ketua Komite PPI	PPI 1.1	EP 1		
	• Menetapkan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif, serta strategi menurunkan risiko	PPI 7	EP 1		
	• Menetapkan risiko infeksi pada proses kegiatan penunjang pelayanan, serta strategi menurunkan risiko	PPI 7.1	EP 1		
	• Penetapan batas kadaluarsa dari alkes yang digunakan kembali	PPI 7.2.2	EP 1		
	• Pengelolaan benda tajam	PPI 7.5	EP 1		
	• penempatan pasien <i>immunocompromised</i>	PPI 8	EP 1		
	• transfer dan penempatan pasien infeksi <i>airborne</i> /ruang isolasi	PPI 8.1	EP 1		
	• bila terjadi outbreak	PPI 8.3	EP 1		
	• teknik cuci tangan	PPI 9	EP 1		
PPI 5	Program PPI a) s/d g) dan kesehatan kerja, termasuk:	PPI 5	EP 1		
	• Pelaksanaan surveilans	MFK 3	EP 1		
	• Pelaksanaan surveilans	PPI 6	EP 1		
	• Investigasi dan analisis risiko infeksi	PPI 6.1	EP 1		
	• Asesmen risiko infeksi	PI 6.2	EP 1		
PPI 2	Penetapan perawat <i>IPCN</i>	PPI 2	EP 1		
PPI 3	Penetapan <i>IPCLN</i>	PPI 3	EP 1		
PPI 4	Tersedia anggaran yang cukup untuk menunjang pelaksanaan	PPI 4	EP 1		

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	program PPI pada RKA	TKRS 1.1	EP 1		
PPI 7.2	Pedoman sterilisasi, termasuk:	PPI 7.2	EP 1	Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penetapan batas kadaluarsa dari alkes yang digunakan kembali</li> </ul>	PPI 7.2.2	EP 1		
PPI 7.3	Pedoman pengorganisasian unit kerja pengelola londri (TKRS 9 dan KKS 2.3)	PPI 7.3	EP 1		
PPI 7.3.1	Pedoman manajemen linen	PPI 7.3.1	EP 1		
PPI 7.4	Pedoman pengelolaan limbah	PPI 7.4	EP 1		
PPI 7.6	Pedoman pelayanan gizi, termasuk upaya mengurangi risiko infeksi (PAP 4)				
PPI 7.7	Pedoman pengendalian mekanis dan teknis, termasuk ICRA (MFK 4.1)				
PPI 8	Pedoman PPI RS, termasuk				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• penempatan pasien <i>immunocompromised</i> (PPI 8),</li> </ul>	PPI 8			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• transfer dan penempatan pasien infeksi <i>airborne</i>/ruang isolasi (PPI 8.1)</li> </ul>	PPI 8.1			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bila terjadi outbreak (PPI 8.3)</li> </ul>	PPI 8.3			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• teknik cuci tangan (PPI 9)</li> </ul>	PPI 9 SKP 5	EP 1 EP 1		
PPI 9.1	Pedoman penggunaan alat pelindung diri (APD)	PPI 9.1	EP 1	PMK 27 2017	
PPI 11	Program pendidikan dan pelatihan (KKS 8), termasuk pelatihan PPI				
MFK 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pembentukan unit/komite K3RS</li> <li>• Pedoman Kerja K3RS</li> </ul>			PMK 66 2016	

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Program (terkait juga dengan PPI 1, PPI 5)</li> </ul>				
MFK 4.1	Panduan asesmen risiko prakonstruksi				
MFK 6	Pedoman penanggulangan bencana				
MFK 7	Pedoman penanggulangan kebakaran				
MFK 7.2	Penetapan RS kawasan bebas rokok				
MFK 8	Pedoman pemeliharaan peralatan medis, termasuk pemantauan dan tindakan <i>re-call</i> , pelaporan insiden				
MFK 9.1	Pedoman pengelolaan inventaris, termasuk laboratorium (AP 5.5)				
MFK 9.2	Pedoman pengelolaan sistem utilitas, termasuk uji joba bila gagal (MFK 9.2.1)				
MFK 9.3	Panduan pengelolaan air bersih				
MFK 10	Sistem pelaporan data insiden/kejadian/ kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas				
MFK 11	Program pelatihan				
	PEDOMAN UPAYA KESELAMATAN (PMKP 9) DAN MANAJEMEN RISIKO (PMKP 12, MFK 3)				
	A. KESELAMATAN PASIEN Pedoman PMKP (TKRS 4 dan PMKP 2)				
	B. KESELAMATAN ATAS RISIKO INFEKSI				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>keselamatan atas risiko infeksi (PMKP 9, PPI 5, PPI 7, PPI 7.1)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>manajemen risiko untuk menangani potensi risiko di laboratorium (AP 5.3 dan AP 5.5)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>manajemen risiko untuk menangani potensi risiko di penyediaan makanan (PAP 4)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>penetapan risiko infeksi pada prosedur dan proses asuhan invasif (PPI 7)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>risiko tertusuk benda tajam (PPI 7.5)</li> </ul>				
	C. KESELAMATAN LINGKUNGAN				

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
	<ul style="list-style-type: none"> <li>keselamatan lingkungan (PMKP 9, MFK 2 dan 4)</li> </ul>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>sistem pelaporan data insiden/kejadian/ kecelakaan setiap program manajemen risiko fasilitas (MFK 10)</li> </ul>				
	<b>D. KESELAMATAN KERJA</b>				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>regulasi kesehatan dan keselamatan staf</li> </ul>	KKS 8.2	EP 1	PMK 66 2016	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>penanganan kekerasan di tempat kerja</li> </ul>	KKS 8.2	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>risiko tertusuk benda tajam (PPI 7.5)</li> </ul>	PPI 7.5			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>risiko kesehatan kerja karena terpapar infeksi (PPI 5) dan (AP 6.3)</li> </ul>	PPI 5 AP 6.3			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>risiko radiasi (AP 6.3)</li> </ul>	AP 6.3			
	<b>PROGRAM NASIONAL</b>				
Standar 1	Regulasi pelayanan PONEK 24 jam	Standar 1	EP 1	KMK 1051 2008	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencana PONEK dalam perencanaan RS</li> </ul>	Standar 1	EP 1		
Standar 1.1	Pembentukan Tim PONEK	Standar 1.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Program kerja</li> </ul>				
Standar 2	Regulasi pelayanan penanggulangan HIV/AIDS	Standar 2	EP 1	PMK 21 2013 KMK 1507 2005	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencana penanggulangan HIV/AIDS dalam perencanaan RS</li> </ul>	Standar 2	EP 2		
Standar 2	Pembentukan Tim HIV/AIDS	Standar 2	EP 4		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Program kerja</li> </ul>				
Standar 3	Regulasi penanggulangan TB dengan strategi DOTS	Standar 3	EP 1	PMK 67 2016	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rencana penanggulangan TB dalam perencanaan RS</li> </ul>				
Standar 3.1	Pembentukan Tim DOTS	Standar 3.1	EP 1		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Program kerja</li> </ul>				

STANDAR	REGULASI	STANDAR TERKAIT	EP	ACUAN	CHECK
Standar 3.3	PPK tuberkulosis	Standar 3.3	EP 1	KMK HK. 02.02/MENKES/305/2014 PMK 5 2014	
Standar 4	Regulasi pengendalian resistensi antimikroba	Standar 4	EP 1	PMK 8 2015	
	o Rencana pengendalian resistensi antimikroba dalam perencanaan RS	Standar 4	EP 1		
Standar 4.1	Pembentukan Tim PPRA	Standar 4.1	EP 1		
	o Program kerja				
Standar 5	Regulasi pelayanan geriatri	Standar 5	EP 1	PMK 79 2014	
	o Rencana pelayanan geriatri dalam perencanaan RS				
Standar 5	Pembentukan Tim Geriatri	Standar 5	EP 2		
	o Program kerja				

## DAFTAR PELATIHAN SESUAI SNARS 1.1

POKJA	STANDAR	EP	URAIAN PELATIHAN	RENCANA PELAKSANAAN
SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)	SKP 2	2	Pelatihan tentang komunikasi efektif	28 – 29 Februari 2020
AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)	ARK 1.1	3	Pelatihan internal dan/atau eksternal tentang triase berbasis bukti yang digunakan	
HAK PASIEN DAN KELUARGA (HKP)	HPK 1	10	Pelatihan tentang hak dan kewajiban pasien serta keluarga termasuk pelaksanaan <i>second opinion</i>	
	HPK 8.1	3	Pelatihan tentang isu dan masalah terkini terkait donasi organ dan tersedianya tranplantasi	
ASESMEN PASIEN (AP)	AP 5.3	4	Pelaksanaan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (ongoing) bagi staf laboratorium tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya. (lihat juga mfk.11; tkrs.9; kks.8 dan kks 8)	
	AP 5.3.1		Pelatihan tentang tindakan, cara penularan dan pencegahan penyakit yang ditularkan melalui darah dan komponen darah	
	AP 5.5	2	Pelatihan tentang uji fungsi alat laboratorium	
	AP 6.3	4	Orientasi dan pelatihan berkelanjutan (ongoing) bagi staf RIR tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya (lihat juga, MFK.11; TKRS	
PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN (PAP)	PAP 3	2	Pelatihan staf tentang pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi	
	PAP 3.1	2	Bukti pelaksanaan pelatihan staf klinis tentang Penerapan <i>early warning system</i> (EWS) : TOR, undangan, daftar hadir, materi, laporan, evaluasi,	

<b>POKJA</b>	<b>STANDAR</b>	<b>EP</b>	<b>URAIAN PELATIHAN</b>	<b>RENCANA PELAKSANAAN</b>
			sertifikat	
	PAP 3.2	3	Bukti pelatihan tentang pelayanan resusitasi	
	PAP 6	1	Pelatihan pelayanan mengatasi nyeri untuk staf	
PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)	PKPO 5	2	Bukti sertifikat pelatihan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik, yang dimiliki staf	
MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)	MKE 7	1	Bukti pelaksanaan pelatihan komunikasi efektif	
	MKE 12	2	Pasien dan keluarga dirujuk agar mendapatkan edukasi dan pelatihan yang diperlukan untuk menunjang asuhan pasien berkelanjutan, agar mencapai hasil asuhan yang optimal setelah meninggalkan rumah sakit (lihat juga ARK 4.1) (D,W)	
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)	PMKP 1	3	Pelatihan Komite PMKP dan Penanggungjawab Data	
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	PPI 7	4	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang kegiatan untuk menurunkan risiko infeksi	
	PPI 9	4	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang hand hygiene	
	PPI 9.1	4	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang Penggunaan APD	
	PPI 11	2	Ada bukti pelaksanaan pelatihan untuk semua staf klinis dan nonklinis sebagai bagian dari orientasi pegawai baru tentang regulasi dan praktik program PPI. (lihat juga KKS 7 EP 2 dan TKRS 9 EP 6). (D,W)	
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)	MFK 3	3	Pelatihan manajemen risiko rumah sakit	
	MFK 7.1	1	Pelatihan penanggulangan kebakaran minimal 1 (satu) kali dalam setahun (Lihat juga MFK.11 sampai dengan MFK 11.1).	

<b>POKJA</b>	<b>STANDAR</b>	<b>EP</b>	<b>URAIAN PELATIHAN</b>	<b>RENCANA PELAKSANAAN</b>
	MFK 8	6	Pelatihan penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis;	
	MFK 11	2	Pelatihan program MFK	
	MFK 11.2	1	Pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala.	
	MFK 11.2	2	Pelatihan untuk menjalankan sistem utilitas sesuai dengan uraian tugas dan dilakukan tes secara berkala	
KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF (KKS)	KKS 8.1	3	1) pelatihan bantuan hidup dasar 2) pelatihan bantuan hidup lanjut	
MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)	MIRM 1	4	Pelatihan tentang SIM-RS	
PROGRAM NASIONAL (PROGNAS)	Standar 1.1 (PONEK)	2	Pelatihan tentang pelayanan PONEK	
	Standar 2 (HIV/AIDS)	5	Pelatihan untuk meningkatkan kemampuan teknis Tim HIV/AIDS sesuai standar	
	Standar 3.1 (TB)	2	Pelatihan pelayanan dan upaya penanggulangan tuberkulosis	
	Standar 4 (PPRA)		Pelatihan staf tenaga kesehatan tentang pengendalian resistensi antimikroba	
INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT (IPKP)	Standar IPKP 4	4	Pelatihan/pendidikan berkelanjutan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis (pelatihan menjadi instruktur/pendidikan klinis dan pendidikan keprofesian)	

## DAFTAR PERTEMUAN SESUAI SNARS 1.1

POKJA	STANDAR	EP	URAIAN PERTEMUAN	RENCANA PELAKSANAAN
AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)	ARK 2.3	2	Bukti rapat staf yang kompeten dan berwenang menentukan kriteria (UMAN)	
ASESMEN PASIEN (AP)	AP 5.1	2	Bukti pelaksanaan UTW tentang penyusunan regulasi (UMAN)	
	AP 5.3.2	1	Bukti proses penyusunan secara kolaboratif antara lain rapat berbagai unsur (UMAN)	
MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)	MKE 1	2	Pertemuan dengan masyarakat dan pemangku kepentingan untuk mendapatkan masukan evaluasi pelayanan yang disediakan oleh RS.	
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)	PMKP 4	2	Bukti rapat tentang koordinasi Komite/Tim PMKP dengan para kepala unit pelayanan dalam pengukuran mutu di unit pelayanan dan pelaporannya (UMAN)	
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)	PPI 10	2	Pertemuan berkala antara Komite PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan Komite atau Tim PPI untuk membahas hasil surveilans dan merancang ulang untuk perbaikan.	
TKRS			Pertemuan direksi, pertemuan para kepala bidang/divisi dan pertemuan antar unit pelayanan. Selain itu, perlu juga pertemuan antar tingkat, misalnya pertemuan direksi dengan kepala bidang/divisi dengan kepala unit pelayanan. Disisi lain RS juga perlu mengembangkan pertemuan antar profesi, misalnya pertemuan dokter, perawat dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, <i>update</i> ilmu pengetahuan dan lain sebagainya	

POKJA	STANDAR	EP	URAIAN PERTEMUAN	RENCANA PELAKSANAAN
	TKRS 3	4	Bukti rapat tentang penyusunan berbagai regulasi RS yang dilaksanakan secara kolaboratif oleh para kepala bidang/divisi, meliputi undangan, absensi, materi, notulen (UMAN)	
	TKRS 3.1	3	Bukti rapat kepala bidang/divisi dengan kepala unit pelayanan tentang penyusunan cakupan dan jenis pelayanan	
	TKRS 3.1	4	Notulen rapat (UMAN) dengan: 1) Tokoh masyarakat (antara lain Camat, RT, RW, Lurah) 2) Pemangku kepentingan (antara lain klub-klub penyakit diabet, stroke dll) 3) Fasilitas pelayanan kesehatan (antara lain Puskesmas, Posyandu, Rumah Bersalin, Klinik Swasta) atau bukti pemberian informasi berupa leaflet-leaflet/brosur tentang layanan, jam kegiatan kerja dan proses untuk mendapatkan perawatan; dan informasi tentang kualitas layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.	
	TKRS 3.2	2	1) Bukti rapat di setiap unit 2) Bukti rapat pertemuan antar unit beserta pimpinan	
	TKRS 3.2	4	1) Bukti rapat pertemuan antar PPA/antar komite profesi 2) Bukti rapat pertemuan antar unit/instalasi/departemen	
	TKRS 3.2	6	Bukti rapat penyampaian informasi tentang capaian program dan capaian RENSTRA, dapat juga melalui buletin dan kegiatan diklat	

<b>POKJA</b>	<b>STANDAR</b>	<b>EP</b>	<b>URAIAN PERTEMUAN</b>	<b>RENCANA PELAKSANAAN</b>
	TKRS 3.3	3	Bukti rapat tentang perencanaan dan pelaksanaan rekrutmen, retensi, pengembangan staf dan kompensasi yang juga dihadiri kepala bidang/divisi dan unit	
	TKRS 4	2	Bukti rapat tentang perencanaan, pengembangan dan pelaksanaan program PMKP yang dipimpin Direktur RS dan dihadiri komite PMKP dan seluruh kepala bidang serta komite medik dan komite keperawatan	
	TKRS 4	3	Bukti rapat tentang pemilihan indikator mutu prioritas tingkat RS dan rencana perbaikan, yang dipimpin Direktur RS dan dihadiri oleh para kepala kepala unit serta para ketua komite.	
	TKRS 4.1	1	Bukti rapat koordinasi Direktur RS membahas tentang hasil pemantauan pelaksanaan program PMKP	
	TKRS 4.1	4	Bukti rapat tentang penyampaian hasil program peningkatan mutu dan keselamatan serta RTL secara reguler sesuai ketentuan dalam pedoman	
	TKRS 5	2	Bukti rapat rapat yang dipimpin Direktur RS dan dihadiri para kepala idang/divisi yang membahas tentang: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) penyusunan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, termasuk kajian dasar pemilihan prioritas</li> <li>2) monitoring pelaksanaan program prioritas/monitoring capaian-capaian indikator prioritas</li> <li>3) rencana perbaikan mutu</li> </ol>	
	TKRS 6	5	Bukti tentang rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi klinis dan kepala unit pelayanan terkait:	

POKJA	STANDAR	EP	URAIAN PERTEMUAN	RENCANA PELAKSANAAN
			<ul style="list-style-type: none"> <li>a. pemilihan vendor</li> <li>b. penetapan indikator-indikator mutu pelayanan yang diselenggarakan melalui kontrak klinis</li> <li>c. hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomer 2)</li> </ul>	
	TKRS 6	6	<p>Bukti rapat dan kegiatan yang melibatkan kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit kerja terkait:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pemilihan vendor</li> <li>b) penetapan indikator-indikator mutu pelayanan/ kegiatan yang diselenggarakan melalui kontrak manajemen</li> <li>c) hasil capaian-capaian indikator mutu yang ada di nomer 2)</li> </ul>	
	TKRS 10	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi di masing-masing unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala unit pelayanan masing-masing.</li> <li>2) Bukti rapat tentang pelaksanaan koordinasi antar unit pelayanan yang dipimpin oleh kepala bidang pelayanan medik/keperawatan</li> </ul>	
	TKRS 11.2	2	Bukti rapat/proses tentang pemilihan 5 (lima) evaluasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit	
MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)	MFK 8.1	2	Pertemuan yang membahas hasil pemantauan peralatan medis yang berbahaya, alat medis dalam penarikan ( <i>under recall</i> ), laporan insiden, masalah dan kegagalan pada peralatan medis disertai bukti hasil pemantauan	
KOMPETENSI DAN	KKS 1	3	Bukti rapat tentang perencanaan kebutuhan	

<b>POKJA</b>	<b>STANDAR</b>	<b>EP</b>	<b>URAIAN PERTEMUAN</b>	<b>RENCANA PELAKSANAAN</b>
KEWENANGAN STAF (KKS)			SDM unit kerja, dapat disertai dengan usulan penempatan kembali	
	KKS 2.1	3	Bukti rapat tentang revisi dan pemutakhiran pola ketenagaan serta perencanaan kebutuhan staf minimal 1 tahun sekali	
	KKS 3	2	Bukti rapat tentang penyusunan pola ketenagaan	
			Bukti rapat tentang evaluasi perencanaan staf	
MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)	MIRM 1.1	1	Bukti rapat bahwa data dan informasi untuk pelayanan klinis dan manajerial sudah diintegrasikan untuk mengambil keputusan oleh Pimpinan RS	
	MIRM 2	1	Bukti rapat tentang proses perencanaan yang melibatkan PPA, para kabidang/ divisi, Kepala unit, pihak luar	
	MIRM 3	1	Bukti rapat tentang proses membangun SIM-RS melibatkan PPA	
	MIRM 3	2	Bukti rapat tentang keterlibatan kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan dalam membangun SIRS	
PROGRAM NASIONAL (PROGNAS)	STANDAR 1 (Ponek)	2	Bukti rapat yang melibatkan Pimpinan RS dalam menyusun kegiatan PONEK dalam perencanaan RS	
	STANDAR 2 (HIV-AIDS)	2	Bukti rapat yang melibatkan pimpinan RS dalam menyusun kegiatan pelayanan penanggulangan HIV/AIDS	
	STANDAR 3 (TB)	3	Bukti rapat yang melibatkan pimpinan rumah sakit dalam menyusun kegiatan pelayanan penanggulangan tuberkulosis termasuk menetapkan pelaporannya	
	STANDAR 4 (PPRA)	2	Bukti pelaksanaan rapat tentang penyusunan program melibatkan pimpinan RS	