



Komisi Akreditasi Rumah Sakit



KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF (KKS)



PERENCANAAN

Standar KKS 1



Pimpinan rumah sakit menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

MAKSUD DAN TUJUAN KKS 1

Pimpinan unit layanan menetapkan **persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf** untuk memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien.



MAKSUD DAN TUJUAN KKS 1

Menghitung jumlah staf yang dibutuhkan digunakan faktor sebagai berikut:

- a) misi rumah sakit;
- b) keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien;
- c) layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit;
- d) volume pasien rawat inap dan rawat jalan;
- e) teknologi medis yang digunakan untuk pasien.

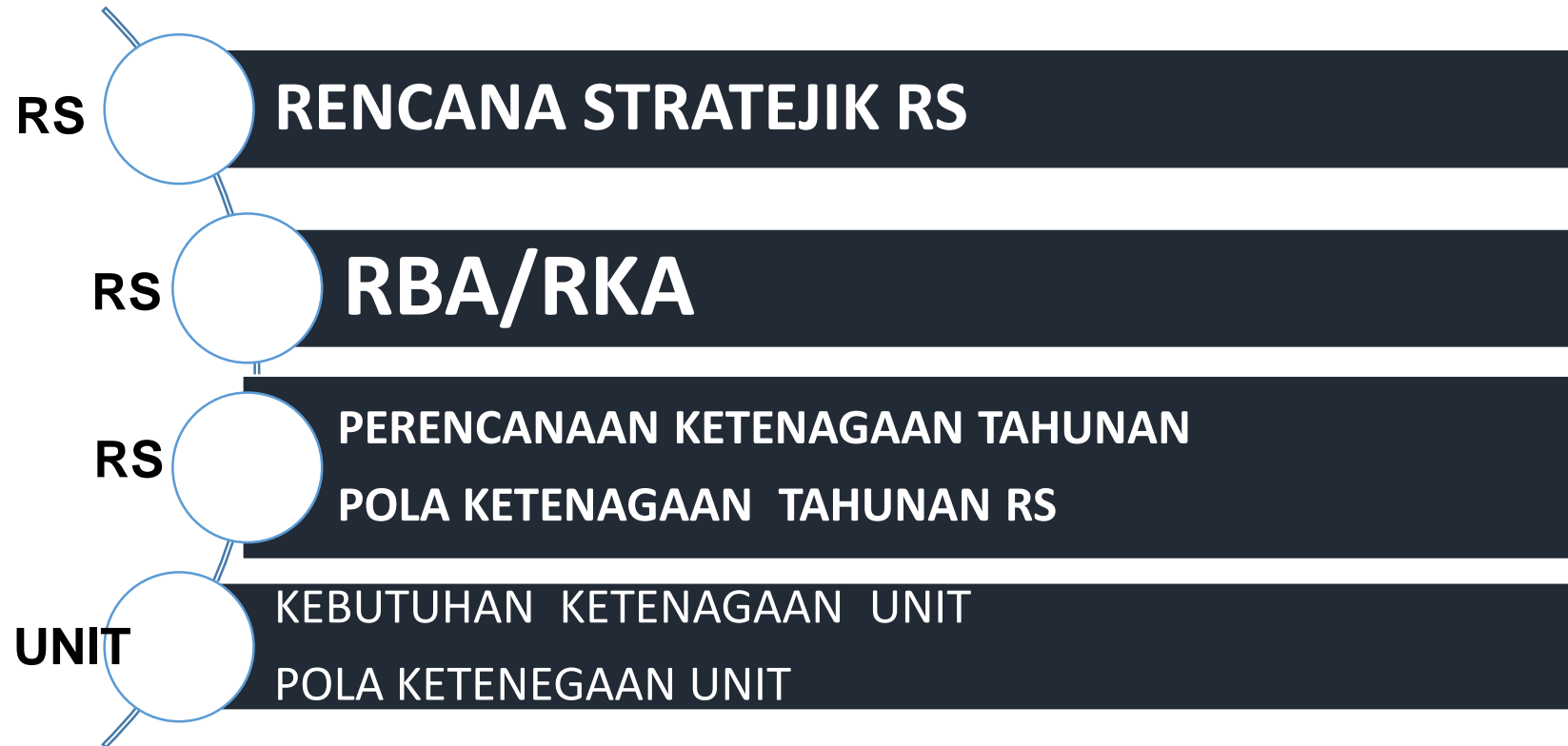


Maksud dan Tujuan KKS 1

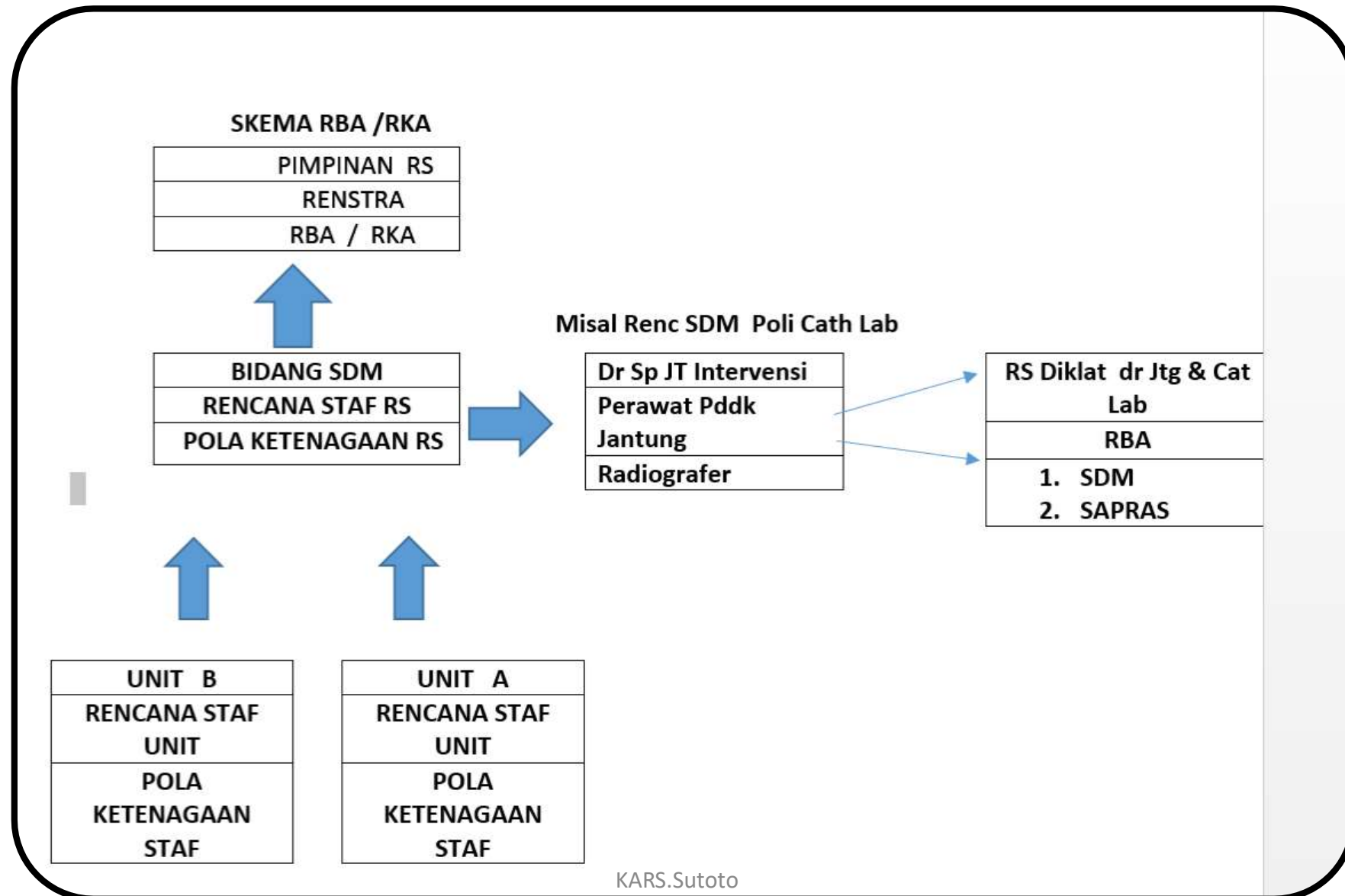
Rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan tentang syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman untuk setiap anggota staf, serta ketentuan yang mengatu jumlah staf yang dibutuhkan di setiap unit layanan (lihat juga PMKF 1; TKRS.8).

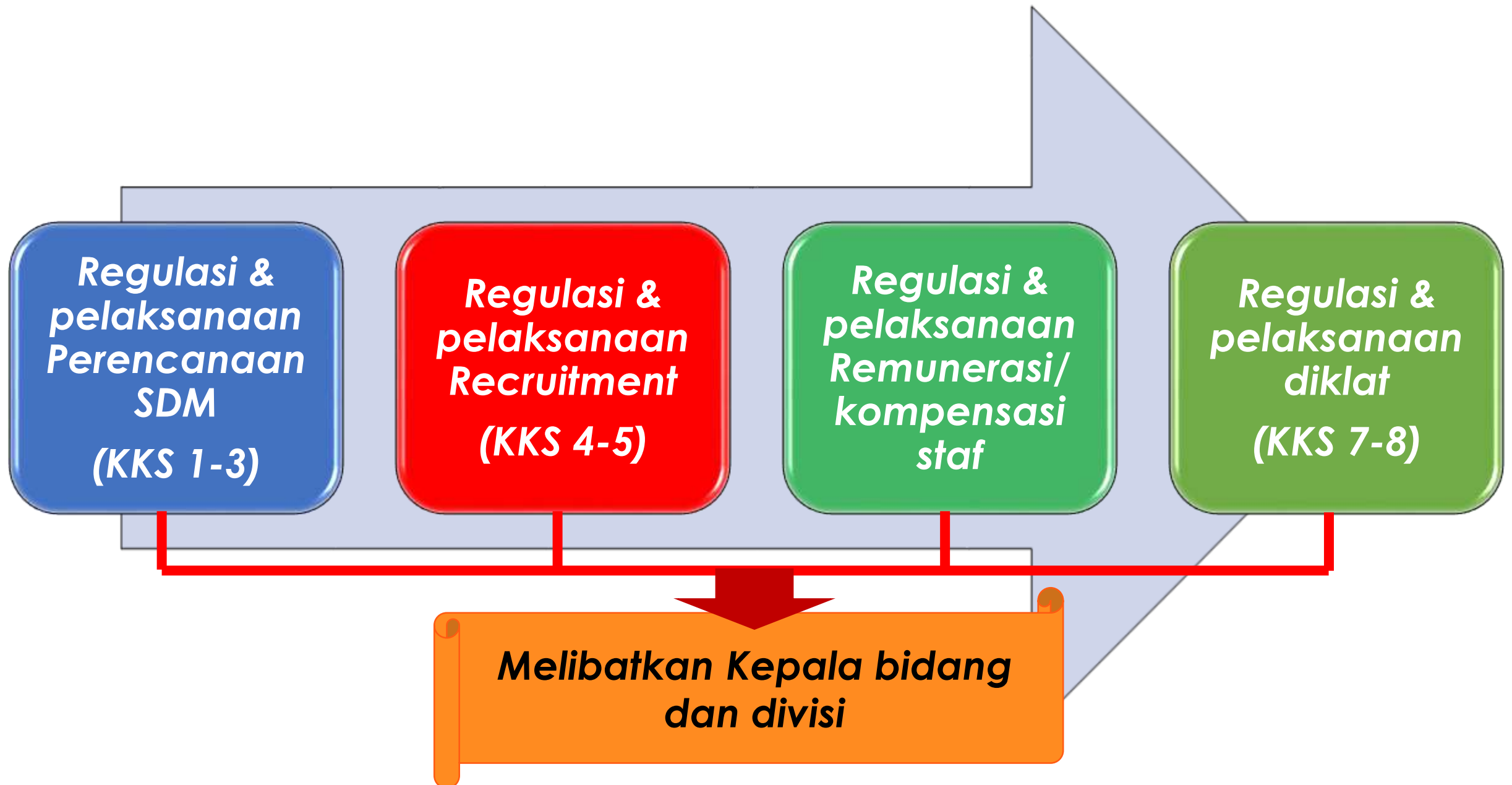


KEJELASAN HUBUNGAN PERENCANAAN STAF



KEJELASAN HUBUNGAN





KEBUTUHAN KETENAGAAN UNIT REKAM MEDIK

Nama Jabatan	Kualifikasi		Tenaga Yang Dibutuhkan	TERSEDIA	KURANG
	Formal	In Formal			
Ka Bagian	S1 RM & Infokes	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	1		
Ka Urusan Rawat Jalan(Reg)	S1 RM & Infokes	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	1		
Ka Urusan Rawat Inap (PPL)	S1 RM & Infokes	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	1		
Supervisor	D III RM / D III MPRS	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	4		
Perekam Medis Utama	D III RM	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	2		
Perekam Medis Madya	D III RM	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	14		
Pelaksana Tata Administrasi	SLTA	Pelatihan (terlampir pada Uraian Jab)	18		
Pelaksana Umum	SLTA				

KRITERIA TENAGA I.C.U.

KEPMENKES 1778 THN 2010 TTG PEDOMAN ICU RS

	PRIMER	SEKUNDER	TERTIER
KEPALA	Sp An / Dr Terlatih I.C.U	Sp K.I.C	Dr Sp K,I,C
TIM MEDIS	Dr Sp (konsultan) Dr Jaga 24 jam BHD, BHL	Dr Sp (pelayanan bila diperlukan) Dr Jaga 24 jam ALS,ACLS, FCCS	Dr Sp (pelayanan bila diperlukan) Dr Jaga 24 jam ALS,ACLS, FCCS
PERAWAT	BHD dan BHL	50 % sertifikat I.C.U	75 % sertifikat I.C.U

OVERVIEW KKS 1,2

UNIT KERJA/PELAYANAN

KA BID SDM

DIREKTUR

POLA KETENAGAAN UNIT
PERENCANAAN STAF UNIT



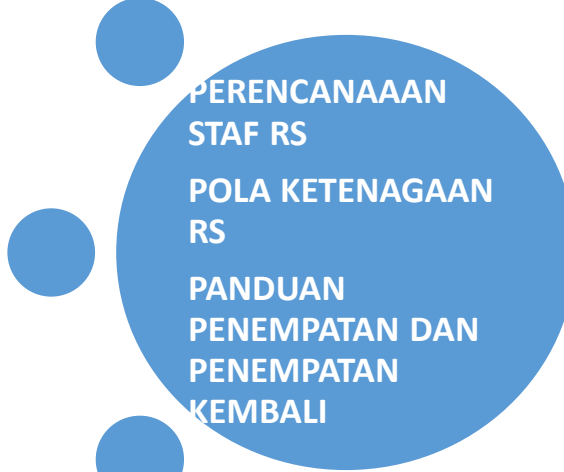
POLA KETENAGAAN UNIT
PERENCANAAN STAF UNIT



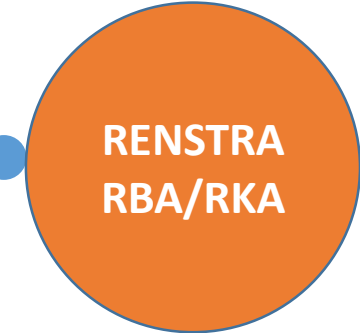
POLA KETENAGAAN UNIT
PERENCANAAN STAF UNIT



PERENCANAAN
STAF RS
POLA KETENAGAAN
RS
PANDUAN
PENEMPATAN DAN
PENEMPATAN
KEMBALI



RENSTRA
RBA/RKA



Elemen penilaian KKS 1		Telusur	Skor	
1. Ada penetapan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit yang berdasarkan perencanaan strategis dan perencanaan tahunan sesuai kebutuhan rumah sakit (lihat juga TKRS 3.3). (R)	R	Regulasi tentang perencanaan kebutuhan SDM sesuai dengan: 1) Rencana strategis 2) RBA/RKA	10 - 0	TL - TT
2. Ada kejelasan hubungan antara perencanaan strategis, perencanaan tahunan dan perencanaan kebutuhan staf. (D,W)	D W	Bukti tentang hubungan antara perencanaan SDM dengan rencana strategis dan RBA/RKA <ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Kepala SDM 	10 - 0	TL - TT

Elemen penilaian KKS 1		Telusur	Skor	
3. Ada bukti perencanaan kebutuhan staf berdasarkan kebutuhan dari masing-masing unit kerja khususnya unit kerja pelayanan termasuk dengan cara penempatan kembali. (D,W)	D	Bukti rapat tentang perencanaan kebutuhan SDM unit kerja, dapat disertai dengan usulan penempatan kembali	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala SDM • Kepala Unit kerja • Kepala Divisi/Bidang 		



Standar KKS 2

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terus menerus dimutakhirkan oleh pimpinan rumah sakit dengan menetapkan jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 2, KKS 2.1, KKS 2.2, KKS 2.3 dan KKS 2.4

- Perencanaan kebutuhan yang tepat dengan jumlah yang mencukupi adalah hal yang sangat penting bagi asuhan pasien termasuk keterlibatan rumah sakit dalam semua kegiatan pendidikan dan riset. Penempatan (*placement*) atau penempatan kembali (*replacement*) harus memperhatikan faktor kompetensi. Sebagai contoh, seorang perawat yang memiliki kompetensi hemodialisis tidak dirotasi ke rawat jalan lain, demikian juga terkait pemberlakuan jenjang karir maka tidak lagi memberlakukan sistem rotasi yang tidak sesuai dengan kompetensinya.

Maksud dan Tujuan KKS 2, KKS 2.1, KKS 2.2, KKS 2.3 dan KKS 2.4

Pimpinan unit layanan membuat rencana pola ketenagaan dengan menggunakan proses yang sudah diakui untuk menentukan jenjang kepegawaian. Perencanaan kepegawaian meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan karena alasan kompetensi, kebutuhan pasien, atau kekurangan staf;
- 2) mempertimbangkan keinginan staf untuk ditempatkan kembali karena alasan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama;
- 3) memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rencana dan pelaksanaan strategi dimonitor secara berkelanjutan dan diperbaharui jika dibutuhkan. Dilakukan proses koordinasi oleh pimpinan unit layanan untuk *update* perencanaan staf ini (lihat juga TKRS 7; TKRS 9).

Maksud dan Tujuan KKS 2, KKS 2.1, KKS 2.2, KKS 2.3 dan KKS 2.4

Seseorang yang bekerja di rumah sakit harus mempunyai uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang. Dalam hal ini kompetensi dan kewenangan menjadi dasar dalam menentukan penempatan, uraian jabatan, dan kriteria untuk evaluasi kinerja staf.

Uraian jabatan juga diperlukan untuk tenaga kesehatan profesional yang:

- a) memiliki rangkap jabatan. Contoh, dokter spesialis bedah merangkap sebagai kepala instalasi kamar operasi maka yang bersangkutan harus memiliki uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang, dan sebagai dokter bedah harus mempunyai surat tanda registrasi (STR), surat izin praktek (SIP), surat penugasan klinis (SPK), rincian kewenangan klinis (RKK);

Maksud dan Tujuan KKS 2, KKS 2.1, KKS 2.2, KKS 2.3 dan KKS 2.4

- b) seseorang dalam program pendidikan dan bekerja di bawah supervisi maka program pendidikan menentukan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dikerjakan sesuaidengan tingkat pendidikannya;
- c) bagi mereka yang diizinkan menurut peraturan perundang-undangan melakukan praktik mandiri harus dilakukan proses kredensial untuk memberikan wewenang dalam melaksanakan praktik mandiri sesuai dengan dasar latar belakang pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman (lihat juga KKS 10). Persyaratan standar ini berlaku untuk semua jenis staf yang harus ada uraian tugasnya (contoh, penugasan penuh waktu, paruh waktu, dipekerjakan, sukarela, sementara)

Elemen penilaian KKS 2		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang metoda penetapan pola ketenagaan (lihat juga TKRS 9 EP 4, AP 5.2 EP 1 dan AP 6.2 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang tentang metoda penetapan pola ketenagaan di unit pelayanan	10 - 0	TL - TT
2. Ada bukti penyusunan pola ketenagaan dilakukan secara kolaborasi di masing-masing unit pelayanan yang meliputi jumlah, jenis, kualifikasi (lihat juga TKRS 9 EP 4). (D,W)	D W	Bukti rapat tentang penyusunan pola ketenagaan • Direktur • Kepala bidang/divisi/ bagian • Kepala unit kerja	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian KKS 2		Telusur	Skor	
3. Ada pelaksanaan pengaturan penempatan dan penempatan kembali staf sesuai panduan (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang penempatan dan penempatan kembali staf sesuai dengan perencanaan.	1	T
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala/staf unit kerja 	0	L
			5	T
			0	S
				T
				T



Standar KKS 2.1

Rumah sakit melaksanakan evaluasi dan pemutakhiran terus menerus perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

Elemen penilaian KKS 2.1		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang evaluasi dan pemutakhiran terus menerus pola ketenagaan (R)	R	Sesuai dengan KKS 2 EP 1	10	TL
			-	-
			0	TT
2. Ada bukti evaluasi untuk penetapan pola ketenagaan. (D,W)	D	Bukti rapat evaluasi untuk penetapan pola ketenagaan	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala unit kerja • Kepala bidang/divisi/bagian 		

Elemen penilaian KKS 2.1		Telusur	Skor	
3. Ada revisi dan pemutakhiran pola ketenagaan serta perencanaan kebutuhan staf minimal 1 (satu) tahun sekali. (D,W)	D	Bukti rapat tentang revisi dan pemutakhiran pola ketenagaan serta perencanaan kebutuhan staf minimal 1 tahun sekali	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala SDM • Kepala unit kerja 		



Standar KKS 2.2

Rumah sakit menetapkan jumlah staf rumah sakit berdasarkan kebutuhan masing-masing unit termasuk pengembangannya sesuai peraturan perundang-undangan.

Elemen penilaian KKS 2.2		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit menetapkan jumlah staf rumah sakit dengan mempertimbangkan misi rumah sakit, keragaman pasien, jenis pelayanan dan teknologi yang digunakan dalam asuhan pasien. (R)	R	Regulasi tentang penetapan jumlah staf rumah sakit	10 - 0	TL - TT
2. Ada dokumen kebutuhan staf dari masing-masing unit kerja (lihat juga TKRS 9 EP 3). (D,W)	D	Bukti tentang kebutuhan staf masing-masing unit	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf unit kerja • Kepala bidang/divisi/bagian 		

Elemen penilaian KKS 2.2		Telusur	Skor	
3. Perencanaan kebutuhan staf juga mempertimbangkan rencana pengembangan pelayanan. (D,W)	D	Bukti tentang perencanaan kebutuhan staf mempertimbangkan rencana pengembangan pelayanan dengan melihat RENSTRA dan RKA/RBA	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/Divisi/Bagian • Kepala SDM • Kepala unit kerja 	0	TT



Standar KKS 2.3

Dalam perencanaan kebutuhan staf rumah sakit ditetapkan persyaratan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan persyaratan lain dari seluruh staf rumah sakit. Setiap staf rumah sakit mempunyai uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang.

Elemen penilaian KKS 2.3		Telusur	Skor	
1. Rumah sakit menetapkan pendidikan, keterampilan dan pengetahuan disertai penetapan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sesuai peraturan perundang-undangan (lihat juga TKRS 9). (R)	R	<p>Regulasi tentang uraian jabatan staf meliputi:</p> <p>1) Persyaratan jabatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendidikan formal • Kualifikasi berupa keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh dari pelatihan <p>2) Uraian tugas</p> <p>3) Tanggung jawab</p> <p>4) Wewenang</p>	10 - 0	TL - TT
2. Setiap nama jabatan ada persyaratan jabatan yang meliputi pendidikan dan kualifikasi. (D,W)	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti setiap jabatan memuat persyaratan jabatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala/ Staf SDM • Kepala bidang/divisi/ bagian 	10 5 0	TL TS TT

29

Elemen penilaian KKS 2.3		Telusur	Skor	
3. Setiap staf rumah sakit memiliki uraian jabatan termasuk bila melakukan rangkap jabatan. (D,W)	D	Bukti tentang:	10	TL
		1) setiap staf memiliki uraian jabatan (lihat file kepegawaian staf)	5	TS
		2) setiap staf yang rangkap jabatan selain memiliki uraian jabatan juga memiliki rincian kewenangan klinis (lihat file kepegawaian staf)	0	TT
	W	Kepala / Staf SDM		



Standar KKS 2.4

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit juga dengan mempertimbangkan penempatan atau penempatan kembali harus memperhatikan faktor kompetensi.

Elemen penilaian KKS 2.4		Telusur	Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang pengaturan penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan untuk memenuhi kebutuhan dengan mempertimbangkan kompetensi, kebutuhan pasien atau kekurangan staf, termasuk mempertimbangkan nilai-nilai, kepercayaan dan agama staf. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pengaturan penempatan kembali staf dengan mempertimbangkan meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1) Kompetensi 2) Kebutuhan pasien / kekurangan 3) Agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi 	<p>10</p> <p>-</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>-</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian KKS 2.4		Telusur	Skor	
2. Ada dokumen perencanaan kebutuhan staf rumah sakit berdasarkan pengaturan penempatan kembali. (D,W)	D	Bukti penempatan/penempatan kembali staf sesuai dengan kebutuhan RS	10	TL
	W		5	TS
			0	TT
3. Ada dokumen pengaturan penempatan kembali berdasarkan pertimbangan nilai kepercayaan dan agama. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang penempatan kembali berdasarkan pertimbangan agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi.	10	TL
	W		5	TS
			0	TT
		<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf SDM • Kepala / Staf unit kerja 		
		<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / staf SDM • Kepala bidang/divisi/ bagian 		



Standar KKS 3

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf dan prosedur lain.

Maksud dan Tujuan KKS 3

- Rumah sakit menetapkan proses rekrutmen yang terpusat, efisien, dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit. Kebutuhan rekrutmen berdasar atas rekomendasi jumlah dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk memberikan layanan klinis kepada pasien dari pimpinan unit kerja.

Elemen penilaian KKS 3		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang proses rekrutmen staf (lihat juga TKRS 3.3). (R)	R	Regulasi tentang proses rekrutmen tersentralisasi dan efisien oleh RS	10 - 0	TL - TT
2. Proses rekrutmen dilaksanakan sesuai regulasi. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses rekrutmen staf tersentralisasi dan efisien oleh RS	10 5 0	TL TS TT
	W	Kepala / Staf SDM		
3. Proses rekrutmen dilaksanakan seragam (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses rekrutmen seragam	10 5 0	TL TS TT
	W	Kepala / staf SDM		



Standar KKS 4

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan KKS 4

- Anggota staf klinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, sertifikasi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf klinis pada awalnya dan seterusnya dapat memenuhi kebutuhan pasien.

Elemen penilaian KKS 4		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pendidikan, pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien.(R)	R	Regulasi tentang proses seleksi staf klinis	10 - 0	TL - TT
2. Proses seleksi dilaksanakan seragam sesuai regulasi (lihat juga TKRS 3.3). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan seleksi staf klinis RS dilaksanakan seragam	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Staf klinis 		

Elemen penilaian KKS 4		Telusur	Skor	
3. Anggota staf klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja, sesuai dengan tanggung jawabnya. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan evaluasi staf klinis baru saat mulai bekerja	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi / bagian • Komite Medik • Komite Keperawatan • Kepala SDM • PPA • Staf klinis 	0	TT

Elemen penilaian KKS 4		Telusur	Skor	
4. Unit kerja menyediakan data yang digunakan untuk evaluasi kinerja profesional staf klinis (lihat TKRS 11.1). (D,W)	D	Bukti tentang data untuk evaluasi kinerja profesional staf klinis tersedia di unit layanan.	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit pelayanan • PPA 	5	TS
5. Evaluasi staf klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali sesuai regulasi (lihat juga KKS 11).(D,W)	D	Bukti penilaian kinerja staf klinis tahunan	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Komite Medik • Komite Keperawatan • Kepala unit pelayanan • Kepala bidang/divisi/ bagian • PPA • Staf klinis lainnya 	5	TS
			0	TT



Standar KKS 5

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pendidikan, pengetahuan dan keterampilan staf non klinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan KKS 5

- Anggota staf nonklinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf nonklinis pada awalnya dan seterusnya sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.
- Staf nonklinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Pimpinan unit menjabarkan kualifikasi staf non klinis yang diperlukan dan memastikan bahwa staf non klinis dapat memenuhi tanggung jawabnya sesuai dengan penugasannya. Semua staf disupervisi dan dievaluasi berkala untuk menjamin kontinuitas kompetensi di posisinya.
- Rumah sakit mencari staf yang kompeten dan memenuhi kualifikasi staf non klinis. Staf non klinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Staf secara berkala dilakukan evaluasi kinerja untuk memastikan terpeliharanya kompetensi pada jabatan.

Elemen penilaian KKS 5		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi yang menetapkan proses seleksi untuk memastikan pengetahuan, keterampilan dan kompetensi staf non klinis sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. (R)	R	Regulasi tentang proses seleksi staf non klinis	10 - 0	TL - TT
2. Proses seleksi staf non klinis dilaksanakan seragam sesuai regulasi. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang seleksi staf non klinis RS dilaksanakan seragam	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Staf unit pelayanan 		

Elemen penilaian KKS 5		Telusur	Skor	
3. Anggota staf non klinis baru dievaluasi pada saat mulai bekerja, sesuai dengan tanggung jawabnya. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan evaluasi staf non klinis baru saat mulai bekerja	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi • Kepala unit • Kepala SDM • Staf unit pelayanan baru 	0	TT

Elemen penilaian KKS 5		Telusur	Skor	
4. Unit kerja melaksanakan evaluasi kinerja staf non klinis. (D,W)	D	Bukti tentang data untuk evaluasi kinerja staf non klinis tersedia di unit layanan.	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Kepala unit pelayanan		
5. Evaluasi staf non klinis dilakukan dan didokumentasikan secara berkala minimal 1 (satu) tahun sekali sesuai regulasi (lihat juga KKS 11). (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja staf non klinis tahunan	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala / Staf unit pelayanan 		



Standar KKS 6

Rumah sakit menyediakan dan memelihara file kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui.

MAKSUD DAN TUJUAN KKS 6

- Setiap staf rumah sakit mempunyai dokumen catatan memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi, dan penilaian kinerja individual tahunan.
- *File* kepegawaian dibuat terstandar dan selalu diperbaharui sesuai dengan regulasi (lihat juga KKS 9; KKS 13; dan KKS 15).

FILE KEPEGAWAIAN

KUALIFIKASI,

PENDIDIKAN,
PELATIHAN, ,

KOMPETENSI,

URAIAN TUGAS,

, PROSES REKRUTMEN

RIWAYAT PEKERJAAN,.

HASIL EVALUASI, DAN PENILAIAN KINERJA INDIVIDUAL TAHUNAN.

SELALU UPDATED

Elemen penilaian KKS 6		Telusur	Skor	
1. File kepegawaian memuat kualifikasi, pendidikan, pelatihan dan kompetensi staf. (D,W)	D	Bukti tentang file	10	TL
		kepegawaian memuat:	5	TS
		1) Kualifikasi	0	TT
		2) Pendidikan		
		3) Pelatihan		
		4) Kompetensi Staf		
	W	Kepala SDM		

Elemen penilaian KKS 6		Telusur	Skor	
2. File kepegawaian memuat uraian tugas anggota staf. (D,W)	D	Bukti tentang file kepegawaian berisi uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang	10	TL
			5	TS
			0	TT
3. File kepegawaian memuat proses rekrutmen staf. (D,W)	W	Kepala SDM		
			10	TL
	D	Bukti tentang File kepegawaian berisi proses rekrutmen	5	TS
			0	TT
	W	Kepala SDM		

Elemen penilaian KKS 6		Telusur	Skor	
4. File kepegawaian memuat riwayat pekerjaan staf (D,W)	D	Bukti tentang File kepegawaian berisi riwayat pekerjaan	10	TL
			5	TS
			0	TT
5. File kepegawaian memuat hasil evaluasi dan penilaian kinerja staf (D,W)	W	Kepala SDM		
			10	TL
			5	TS
			0	TT

Elemen penilaian KKS 6		Telusur	Skor	
6. File kepegawaian memuat salinan sertifikat pelatihan didalam maupun diluar RS. (D,W)	D	File kepegawaian berisi salinan sertifikat pelatihan staf RS	10	TL
			5	TS
			0	TT
7. File kepegawaian selalu diperbaharui. (D,W)	D	Bukti tentang File kepegawaian selalu diperbaharui	10	TL
			5	TS
	W	Kepala SDM	0	TT
			53	



ORIENTASI

Standar KKS 7



Semua staf klinis dan non klinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf saat akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

Maksud dan Tujuan KKS 7

- **Direktur Rumah Sakit juga menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit. Tindakan ini memastikan adanya koordinasi di seluruh seluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari unit/departemen mutu atau komite/tim peningkatan mutu, atau struktur lainnya. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktivitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu; misalnya terdapat dua departemen yang secara independen mengukur suatu proses atau luaran yang sama (*lihat juga KKS.2 dan PPI.10, EP 1*).**

Elemen penilaian KKS 7		Telusur	Skor	
<p>1. Ada regulasi yang menetapkan orientasi umum dan khusus bagi staf klinis dan non klinis baru. (R)</p>	R	Regulasi tentang orientasi umum dan khusus	<p>10</p> <p>-</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>-</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian KKS 7		Telusur	Skor	
<p>2. Ada bukti staf klinis dan non klinis baru diberikan orientasi umum dan khusus (lihat juga PPI 11). (D,W)</p>	D	<p>Bukti pelaksanaan orientasi staf baru meliputi:</p> <p>1) Orientasi umum: TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakit, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi</p> <p>1) Orientasi khusus: TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi</p>	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala Diklat • Kepala bidang/divisi/ bagian • Kepala Unit • PPA • Staf baru 		

Elemen penilaian KKS 7		Telusur	Skor	
3. Staf kontrak, magang, internship dan peserta didik mendapat pelatihan tentang orientasi umum dan khusus (Lihat juga IPKP 6 EP 1). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang orientasi staf kontrak, magang, internship dan peserta didik meliputi: 1) Orientasi umum: TOR, daftar hadir, materi dan narasumber meliputi perumahsakitan, mutu, keselamatan pasien, PPI, serta evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi 1) Orientasi khusus: TOR, daftar hadir, evaluasi peserta, laporan pelaksanaan orientasi	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala Diklat • Kepala Unit • Kepala bidang/divisi/ bagian • Staf kontrak, magang dan peserta didik 	5 0	TS TT



PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Standar KKS 8



Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit, termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya

Maksud dan Tujuan KKS 8

Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf. Sumber data yang dapat digunakan adalah:

- a) hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan;
- b) monitor 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.

Rumah sakit menentukan staf yang diharuskan menerima pendidikan berkelanjutan untuk mempertahankan kredibilitasnya. Rumah sakit juga menetapkan keharusan ada dokumen pelatihan staf yang dimonitor dan didokumentasikan (lihat juga TKRS 3.3 EP 4).

Maksud dan Tujuan KKS 8

- Untuk mempertahankan kinerja staf, memberikan pendidikan keterampilan baru, dan memberi pelatihan tentang teknologi serta prosedur medis baru maka rumah sakit menyediakan fasilitas, pendidik, serta waktu untuk memberi pendidikan dan pelatihan di dalam dan di luar rumah sakit. Pelatihan ini harus sesuai dengan perkembangan kebutuhan pasien. Sebagai contoh, anggota staf medis menerima pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi, pengembangan praktik medis tingkat lanjut, budaya keselamatan pasien, atau teknologi medis baru. Hasil capaian pelatihan didokumentasikan dalam *file* kepegawaian.
- Pimpinan rumah sakit membantu pelatihan di dalam rumah sakit dengan cara menyediakan ruangan, peralatan, waktu untuk program pendidikan dan pelatihan, serta biayanya.
- Pelaksanaan pelatihan di dalam rumah sakit dilakukan juga agar dapat mendukung pengembangan profesional berkelanjutan. Teknologi informasi yang tersedia dapat membantu penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan. Pelatihan diatur sedemikian rupa agar tidak mengganggu pelayanan pasien.

Elemen penilaian KKS 8		Telusur	Skor	
1. Ada program pendidikan dan pelatihan berdasarkan sumber data yang meliputi a) sampai dengan f) di maksud dan tujuan. (R)	R	Program tentang pendidikan dan pelatihan berdasar data a) sampai dengan f)	10 - 0	TL - TT
2. Pendidikan dan pelatihan dilaksanakan sesuai program. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang pendidikan dan pelatihan sesuai program	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala Diklat • Kepala bidang/divisi/ bagian • PPA • Staf terkait 		

Elemen penilaian KKS 8		Telusur	Skor	
3. Staf rumah sakit diberi pendidikan dan pelatihan profesional berkelanjutan di dalam dan di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang pendidikan dan pelatihan profesional berkelanjutan	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala Diklat • Kepala bidang/divisi/bagian • PPA • Staf terkait 	5	TS
4. Rumah sakit menyediakan waktu, anggaran dan fasilitas untuk semua staf dalam berpartisipasi mengikuti pendidikan dan pelatihan yang diperlukan. (D,W)	D	Bukti tentang jadwal, anggaran, materi dan fasilitas untuk diklat RS	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Kepala Diklat 	5	TS
			0	TT



Standar KKS 8.1

Setiap staf yang memberikan asuhan kepada pasien dan staf yang ditentukan oleh rumah sakit dilatih dan dapat melaksanakan secara benar teknik resusitasi jantung paru.

Maksud dan Tujuan KKS 8.1

- Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan seperti staf kamar operasi, pelayanan intensif, dan gawat darurat. Pelatihan tersebut dilakukan ulang setiap dua tahun bila program pelatihan yang diakui tidak digunakan. Diharapkan agar staf yang mengikuti pelatihan dapat mencapai tingkat kompetensi yang ditentukan (lihat juga PAP 3.2).

Elemen penilaian KKS 8.1		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi yang menetapkan tentang pelatihan teknik resusitasi jantung paru tingkat dasar pada seluruh staf dan tingkat lanjut bagi staf yang ditentukan oleh rumah sakit. (R)	R	Regulasi tentang: 1) pelatihan bantuan hidup dasar 2) pelatihan bantuan hidup lanjut	10 - 0	TL - TT
2. Staf yang menjadi tim kode biru diberi latihan bantuan hidup lanjut (lihat juga PAP 3.2; MKE 4 EP 2). (D,W)	D W	Bukti pelaksanaan pelatihan tentang bantuan hidup lanjut <ul style="list-style-type: none"> • Tim kode biru • Kepala Diklat 	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian KKS 8.1		Telusur	Skor	
3. Ada bukti staf telah lulus dari pelatihan dan dapat memperagakan. (D,W,S)	D	Bukti sertifikasi pelatihan bantuan hidup dasar dan bantuan hidup lanjut	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Kepala/Staf unit kerja diklat/Tim Kode Biru		
	S	Peragaan resusitasi jantung paru		
4. Pelatihan untuk setiap staf diulang sesuai program atau minimal dua tahun sekali. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan <i>refreshing</i> bantuan hidup dasar setiap dua tahun	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf SDM • Kepala bidang/divisi/ bagian • PPA 	5	TS
			0	TT



Standar KKS 8.2

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.

Maksud dan Tujuan KKS 8.2

- Staf rumah sakit mempunyai risiko terpapar infeksi karena pekerjaannya yang langsung dan tidak langsung kepada pasien. Pelayanan kesehatan dan keselamatan staf merupakan hal penting bagi rumah sakit untuk menjaga kesehatan fisik, kesehatan mental, kepuasan, produktivitas, dan keselamatan staf dalam bekerja. Karena hubungan staf dengan pasien dan kontak dengan bahan infeksius maka banyak petugas kesehatan berisiko terpapar penularan infeksi. Identifikasi sumber infeksi berdasar atas epidemiologi sangat penting untuk menemukan staf yang berisiko terpapar infeksi. Pelaksanaan program pencegahan serta skrining seperti imunisasi, vaksinasi, dan profilaksis dapat menurunkan secara signifikan insiden infeksi penyakit menular. (lihat juga PPI.5)
- Staf rumah sakit juga dapat mengalami kekerasan di tempat kerja. Anggapan bahwa kekerasan tidak terjadi di rumah sakit tidak sepenuhnya benar mengingat jumlah tindak kekerasan di rumah sakit semakin meningkat. Untuk itu rumah sakit diminta menyusun program pencegahan kekerasan (lihat juga TKRS 13).

Maksud dan Tujuan KKS 8.2

- Kesehatan dan keselamatan staf harus menjadi bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Cara rumah sakit melakukan orientasi dan pelatihan staf, penyediaan lingkungan kerja yang aman, pemeliharaan peralatan dan teknologi medis, pencegahan atau pengendalian infeksi terkait perawatan kesehatan (*health care-associated infections*), serta beberapa faktor lainnya menentukan kesehatan dan kesejahteraan staf. (lihat juga PPI 5 EP 2) Program kesehatan dan keselamatan staf dapat berada di dalam rumah sakit atau diintegrasikan ke dalam program eksternal. Dalam pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan maka staf harus memahami
 - cara pelaporan dan mendapatkan pengobatan, menerima konseling, dan menangani cedera yang mungkin terjadi akibat tertusuk jarum suntik, terpapar penyakit menular, atau mendapat kekerasan di tempat kerja;
 - identifikasi risiko dan kondisi berbahaya di rumah sakit;
 - masalah kesehatan dan keselamatan lainnya.

Maksud dan Tujuan KKS 8.2

- Program tersebut dapat juga mencakup skrining kesehatan awal saat penerimaan pegawai, imunisasi pencegahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala serta tata laksana kondisi terkait pekerjaan yang umum dijumpai seperti cedera punggung atau cedera lain yang lebih darurat.
- Penyusunan program mempertimbangkan masukan dari staf serta penggunaan sumber daya klinis yang ada di rumah sakit dan di komunitas.

Elemen penilaian KKS 8.2		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang kesehatan dan keselamatan staf dan penanganan kekerasan di tempat kerja. (R)	R	Regulasi tentang: 1) kesehatan dan keselamatan staf 2) penanganan kekerasan di tempat kerja	10 5 0	TL TS TT
2. Berdasarkan epidemiologi penyakit-penyakit infeksi, rumah sakit mengidentifikasi risiko staf yang terpapar atau tertular dan melaksanakan pemeriksaan kesehatan dan vaksinasi (lihat juga PPI 5). (D,W)	D W	Bukti tentang pemeriksaan kesehatan staf dan bukti vaksinasi. • Kepala / Staf Bagian SDM • Staf rumah sakit	10 5 0	TL TS TT

Elemen penilaian KKS 8.2		Telusur	Skor	
3. Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling dan tindak lanjut kepada staf yang terpapar penyakit infeksi serta dikoordinasikan dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi (lihat juga PPI 5). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang tindak lanjut terhadap staf yang terpapar penyakit infeksi.	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite / Tim PPI • Staf yang terpapar • Kepala unit pelayanan 	5 0	TS TT
4. Rumah sakit mengidentifikasi area yang berpotensi terjadinya kekerasan di tempat kerja dan melaksanakan upaya-upaya terukur untuk mengurangi risiko tersebut. (D,O,W)	D	1) Bukti tentang daftar area yang berpotensi terjadinya kekerasan di tempat kerja 2) Bukti tentang upaya untuk mengurangi risiko tersebut	10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat pelaksanaan area berisiko terjadi kekerasan diatas		
	W	Staf unit pelayanan		

Elemen penilaian KKS 8.2		Telusur	Skor	
5. Rumah sakit melaksanakan evaluasi, memberikan konseling dan melaksanakan tindak lanjut terhadap staf yang cedera akibat kekerasan di tempat kerja. (D,W)	D	Bukti tindak lanjut staf yang cedera akibat kekerasan ditempat kerja	10	TL
	W	Kepala / Staf Bagian SDM	5	TS
6. Kejadian staf terpapar infeksi dan mengalami kekerasan dicatat dan didokumentasikan. (D,W)	D	Bukti tentang catatan staf yang terpapar infeksi atau mengalami kekerasan	0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf Bagian SDM • Tim K3RS • IPCN 		



MENENTUKAN PENUGASAN STAF MEDIS



Standar KKS 9

Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.

Maksud dan Tujuan KKS 9

- Istilah yang digunakan di standar dijelaskan sebagai berikut:
- Kredensial adalah proses evaluasi oleh suatu rumah sakit terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu.

Maksud dan Tujuan KKS 9

- Dokumen kredensial adalah dokumen yang dikeluarkan oleh badan resmi untuk menunjukkan bukti telah dipenuhinya persyaratan seperti ijazah dari fakultas kedokteran, surat tanda registrasi, izin praktik, *fellowship*, atau bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran. Dokumen dokumen ini harus diverifikasi dari sumber primer yang mengeluarkan dokumen. Dokumen kredensial dapat juga diperoleh dari rumah sakit, perorangan, badan hukum yang terkait dengan riwayat profesional, atau riwayat kompetensi dari pelamar seperti surat rekomendasi, semua riwayat pekerjaan sebagai staf medis di tempat kerja yang lalu, catatan asuhan klinis yang lalu, riwayat kesehatan, dan foto. Dokumen ini akan diminta rumah sakit sebagai bagian dari proses kredensial dan ijazah serta STR harus diverifikasi ke sumber primernya. Syarat untuk verifikasi kredensial disesuaikan dengan posisi pelamar. Sebagai contoh, pelamar untuk kedudukan kepala departemen/unit layanan di rumah sakit dapat diminta verifikasi terkait jabatan dan pengalaman administrasi di masa lalu. Juga untuk posisi staf medis di rumah sakit dapat diminta verifikasi riwayat pengalaman kerja beberapa tahun yang lalu.

Maksud dan Tujuan KKS 9

- Staf medis adalah semua dokter dan dokter gigi yang memberikan layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, bedah, atau layanan medis/gigi lain kepada pasien, atau yang memberikan layanan interpretatif terkait pasien seperti patologi, radiologi, laboratorium, serta memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik.
- Verifikasi adalah sebuah proses untuk memeriksa validitas dan kelengkapan kredensial dari sumber yang mengeluarkan kredensial. Proses dapat dilakukan ke- fakultas/rumah sakit/perhimpunan di dalam maupun di luar negeri melalui email/surat konvensional/pertanyaan *on line*/atau melalui telepon. Verifikasi dengan email maka alamat email harus sesuai dengan alamat email yang ada pada *website* resmi universitas/rumahsakit/perhimpunan profesi tersebut dan bila melalui surat konvensional harus dengan pos tercatat.

Maksud dan Tujuan KKS 9

Kredensial adalah sebuah proses memeriksa dokumendari pelamar, wawancara, dan ketentuan lain sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk memutuskan apakah seorang memenuhi syarat diberi rekomendasi kewenangan klinis untuk memberikan asuhan pasien yang dibutuhkan pasien. Untuk pelamar baru, informasi yang diperiksa terutama berasal dari sumber luar.

Rekredensial merupakan sebuah proses kredensial ulang setiap 3 tahun. Dokumen kredensial dan rekredensial meliputi

- a. STR, izin praktik yang masih berlaku;
- b. *file* pelanggaran etik atau disiplin termasuk informasi dari sumber luar seperti dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI);
- c. rekomendasi mampu secara fisik maupun mental memberikan asuhan kepada pasien tanpa supervisi dari profesi dokter yang ditentukan;

Maksud dan Tujuan KKS 9

- d. bila staf medis mengalami gangguan kesehatan, kecacatan tertentu, atau proses penuaan yang menghambat pelaksanaan kerja maka kepada yang bersangkutan dilakukan penugasan klinis ulang;
- e. jika seorang anggota staf medis mengajukan kewenangan baru terkait pelatihan spesialisasi canggih atau subspesialisasi maka dokumen kredensial harus segera diverifikasi dari sumber yang mengeluarkan sertifikat tersebut. Keanggotaan staf medis mungkin tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai teknologi medis khusus untuk mendukung kewenangan klinis tertentu. Sebagai contoh, seorang nefrolog melamar untuk memberikan layanan dialisis di rumah sakit bila rumah sakit tidak memiliki pelayanan ini maka kewenangan klinis untuk melakukan haemodialisis tidak dapat diberikan.

Elemen penilaian KKS 9		Telusur	Skor	
1. Proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja dan rekredensial staf medis diatur dalam peraturan internal staf medis (<i>medical staf bylaws</i>). (R)	R	Regulasi tentang proses penerimaan, kredensial, penilaian kinerja dan rekredensial staf medis dalam <i>medical staf bylaws</i>	10 - 0	TL - TT
2. Setiap dokter yang memberikan pelayanan di rumah sakit, wajib menandatangani perjanjian sesuai regulasi rumah sakit (lihat juga TKRS 6 EP 4). (D,W)	D W	Bukti tentang kontrak klinik dokter dengan RS • Staf Klinis • Staf SDM	10 5 0	TL TS TT

KONTRAK KLINIK

UURS Psl 13 angka 3:

Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Rumah Sakit harus bekerja **sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.**

Berisi: Janji untuk mematuhi standar pelayanan RS, SPO, Standar dan etika profesi. (PPK, CLINICAL PATHWAY, STANDING ORDER, PROTOCOL) Menghormati Hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien

Elemen penilaian KKS 9		Telusur	Skor	
3. Ada proses kredensial dan pemberian kewenangan klinis oleh rumah sakit untuk pelayanan diagnostik, konsultasi, dan tata laksana yang diberikan oleh dokter praktik mandiri dari luar rumah sakit, seperti kedokteran jarak jauh (telemedicine), radiologi jarak jauh (teleradiology), dan interpretasi untuk pemeriksaan diagnostik lain, seperti elektrokardiogram (EKG), elektroensefalogram (EEG), dan elektromiogram (EMG), serta pemeriksaan lain yang serupa (lihat juga TKRS 6.2 EP 2). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medis • Staf Klinis 	0	TT



Standar KKS 9.1

Rumah sakit melaksanakan verifikasi terkini terhadap pendidikan, registrasi, izin, pengalaman dan lainnya dalam kredensialing staf medis.

Elemen penilaian KKS 9.1		Telusur	Skor	
1. Ada bukti dilaksanakannya verifikasi dari sumber primer terhadap kredensial terkait pendidikan, izin/sertifikat dan kredensial lain sesuai dengan peraturan perundang-undangan atau yang dikeluarkan oleh instansi pendidikan atau organisasi profesi yang diakui. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang verifikasi dari sumber primer	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala SDM • Komite Medis • Staf medis 	5 0	TS TT
2. Ada bukti dilaksanakannya kredensial tambahan dari sumber yang mengeluarkan kredensial bila staf medis meminta kewenangan klinis cangguh atau subspecialisasi. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial tambahan	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medis • Staf Medis • Kepala SDM 	5 0	TS TT



Standar KKS 9.2

Rumah sakit melaksanakan proses seragam dan transparan untuk menentukan penerimaan staf medis.

Elemen penilaian KKS 9.2		Telusur	Skor	
1. Pengangkatan staf medis dibuat berdasarkan kebijakan rumah sakit dan konsisten dengan populasi pasien rumah sakit, misi, dan pelayanan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang rekrutmen staf medis sesuai kebutuhan RS	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Komite medis • Kepala SDM 	0	TT

Elemen penilaian KKS 9.2		Telusur	Skor	
<p>2. Pengangkatan tidak dilakukan sampai setidaknya izin/surat tanda registrasi sudah diverifikasi dari sumber primer, dan anggota staf medis kemudian melakukan pelayanan perawatan pasien di bawah supervisi sampai semua kredensial yang disyaratkan undang-undang dan peraturan sudah diverifikasi dari sumber primer. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan pengangkatan setelah proses verifikasi selesai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Komite medis • Staf medis • Kepala SDM 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Elemen penilaian KKS 9.2		Telusur	Skor	
3. Untuk staf medis yang belum mendapatkan kewenangan mandiri, dilakukan metode supervisi, frekuensi supervisi dan supervisor yang ditunjuk didokumentasikan di arsip kredensial individu tersebut. (D,W)	D	Bukti supervisi pada staf medis yang belum mendapatkan kewenangan mandiri ada 1) Bukti form check list 2) Bukti pelaksanaan supervisi	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medis • Staf medis • Kepala / Staf SDM • Peserta pendidikan klinis 		



PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIS

Standar KKS 10



Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, obyektif, berdasar bukti (*evidence based*) untuk memberikan wewenang kepada staf medis untuk menerima, menangani, memberikan layanan kliniks kepada pasien sesuai kualifikasinya.

Maksud dan Tujuan KKS 10

- Penentuan kompetensi seorang anggota staf medis terkait keputusan tentang layanan klinis yang diizinkan sering disebut dengan istilah pemberian kewenangan klinis dan penentuan ini merupakan keputusan yang sangat kritis bagi rumah sakit untuk melindungi keselamatan pasien dan juga mengembangkan mutu.

Maksud dan Tujuan KKS 10

Pertimbangan pemberian kewenangan klinis pada penugasan (*appointment*) pertama adalah sebagai berikut:

- 1) keputusan tentang kewenangan klinis yang akan diberikan kepada seorang staf medis didasarkan terutama atas informasi dan dokumentasi yang diterima dari sumber luar rumah sakit. Sumber luar ini dapat berasal dari program pendidikan spesialis, surat rekomendasi dari penempatan sebagai staf medis yang lalu, atau dari organisasi profesi, kolega dekat, dan setiap data informasi yang mungkin diberikan kepada rumah sakit. Secara umum, sumber informasi ini terpisah dari yang diberikan oleh institusi pendidikan seperti program dokter spesialis, tidak diverifikasi dari sumber kecuali ditentukan lain oleh regulasi rumah sakit, paling sedikit area kompetensi sudah dapat dianggap benar. Evaluasi praktik profesionalnya akan menjadi bahan validasi tentang kebenaran anggapan kompetensi ini (lihat juga KKS 11).

Maksud dan Tujuan KKS 10

- 2) program pendidikan spesialis menentukan dan membuat daftar secara umum tentang kompetensinya di area diagnosis dan tindakan profesi dan Konsil kedokteran Indonesia mengeluarkan standar kompetensi atau kewenangan klinis. Perhimpunan profesi lain membuat daftar secara detail jenis/tindak medis yang dapat dipakai sebagai acuan dalam proses pemberian kewenangan klinis;
- 3) di idalam setiap area spesialisasi proses untuk merinci kewenangan ini seragam;
- 4) verifikasi peran administrasi ini;
- 5) seorang dokter dengan spesialisasi yang sama dimungkinkan memiliki kewenangan klinis berbeda yang disebabkan oleh perbedaan pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman, atau hasil kinerja yang bersangkutan selama bekerja, serta kemampuan motoriknya;

Maksud dan Tujuan KKS 10

- 6) keputusan kewenangan klinis dirinci dan akan direkomendasikan kepada pimpinan rumah sakit dalam sebuah area spesialisasi terkait dengan proses lain, di antaranya:
- 7) Penilaian kinerja staf medis berkelanjutan setiap tahun yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang berisi jumlah pasien per penyakit/tindakan yang ditangani per tahun, rerata lama dirawat, serta angka kematiannya. Angka ILO dan kepatuhan terhadap PPK meliputi penggunaan obat, penunjang diagnostik, darah, produk darah, dan lainnya;
- 8) hasil evaluasi praktik profesional berkelanjutan (OPPE) dan terfokus (FPPE);
- 9) hasil pendidikan dan pelatihan tambahan dari pusat pendidikan, kolegium, perhimpunan profesi, dan rumah sakit yang kompeten mengeluarkan sertifikat;

Maksud dan Tujuan KKS 10

10) untuk kewenangan tambahan pada pelayanan risiko tinggi maka rumah sakit menentukan area pelayanan risiko tinggi seperti prosedur *cathlab*, penggantian sendi lutut dan panggul, pemberian obat kemoterapi, obat radioaktif, obat anestesi, dan lainnya. Prosedur dengan risiko tinggi tersebut maka staf medis dapat diberikan kewenangan klinis secara khusus. Prosedur risiko tinggi, obat-obat, atau layanan yang lain ditentukan di kelompok spesialisasi dan dirinci kewenangannya secara jelas. Beberapa prosedur mungkin digolongkan berisiko tinggi disebabkan oleh peralatan yang digunakan seperti dalam kasus penggunaan robot atau penggunaan tindakan dari jarak jauh melalui komputer. Juga pemasangan implan yang memerlukan kalibrasi, presisi, dan monitor jelas membutuhkan kewenangan klinis secara spesifik (periksa juga PAB 7.4);

Maksud dan Tujuan KKS 10

- 11) kewenangan klinis tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai peralatan khusus atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis. Sebagai contoh, seorang nefrolog kompeten melakukan dialisis atau kardiolog kompeten memasang sten tidak dapat diberi kewenangan klinis jika rumah sakit tidak memiliki peralatannya.
- 12) Catatan: jika anggota staf medis juga mempunyai tanggung jawab administrasi seperti ketua kelompok staf medis (KSM), administrator rumah sakit, atau posisi lain maka tanggung jawab peran ini diuraikan di uraian tugas atau *job description* (lihat juga KKS 1.1). Rumah sakit menetapkan sumber primer untuk memverifikasi peran administrasi ini.

Maksud dan Tujuan KKS 10

Proses pemberian rincian kewenangan klinis.

- a. Terstandar, objektif, berdasar atas bukti (*evidence based*).
- b. Terdokumentasi di regulasi rumah sakit.
- c. Aktif dan berkelanjutan mengikuti perubahan kredensial staf medis.
- d. Diikuti semua lapisan keanggotaan staf medis.
- e. Dapat dibuktikan bahwa prosedur yang digunakan efektif.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dan diumumkan kepada setiap staf medis serta ke semua unit pelayanan.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dalam bentuk tercetak maupun elektronik (*softcopy*) pada semua unit pelayanan untuk menjawab pertanyaan dari berbagai pihak termasuk pasien, apakah seorang staf medis berwenang melakukan tindakan klinis tertentu (lihat juga TKRS 5.2; KKS 3).

Elemen penilaian KKS 10		Telusur	Skor	
1. Direktur menetapkan kewenangan klinis setelah mendapat rekomendasi dari Komite Medis termasuk kewenangan tambahan. (R)	R	Regulasi tentang penetapan kewenangan klinis berdasarkan rekomendasi dari komite medis dalam bentuk SPK dan RKK	10 - 0	TL - TT
2. Ada bukti pemberian kewenangan klinis berdasarkan rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medis. (D,W)	D	Bukti tentang penerbitan SPK dan RKK berdasar rekomendasi dari komite medis	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite medis • Staf medis 		

Elemen penilaian KKS 10		Telusur	Skor	
3. Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan setelah melakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang rekredensial untuk memberi kewenangan tambahan sudah diverifikasi dari sumber primer.	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite medis • Staf medis 	5	TS
4. Surat Penugasan klinis dan Rincian Kewenangan klinis anggota staf medis dalam bentuk tercetak atau elektronik (softcopy) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan (contoh,kamar operasi, unit darurat, nurse station) dimana anggota staf medistersebut memberikan pelayanan. (D,W)	D	Bukti tentang SPK dan RKK staf medis ada di unit pelayanan.	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite medis • Staf medis 	5	TS
			0	TT

Elemen penilaian KKS 10		Telusur	Skor	
5. Setiap anggota staf medis hanya memberikan pelayanan spesifik yang ditentukan oleh rumah sakit. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan pengawasan untuk memastikan staf medis memberikan pelayanan sesuai SPK dan RKK	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	Kepala / staf unit pelayanan		



MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN ANGGOTA STAF MEDIS



Standar KKS 11

Rumah sakit melaksanakan proses yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 11

- Penjelasan dari istilah yang dimuat di standar ini sebagai berikut:
- Monitoring dan evaluasi berkelanjutan
- Monitoring dan evaluasi adalah proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis. Pimpinan medik/unit layanan bersama komite medis bertanggungjawab untuk mengintegrasikan data dan informasi tentang staf medis dan mengambil tindakan bilamana diperlukan. Tindakan segera, dapat dalam bentuk nasehat menempatkan kewenangan tertentu di bawah supervisi, pembatasan kewenangan, atau tindakan lain untuk membatasi risiko terhadap pasien, dan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. Tindakan yang lebih lama adalah menggabungkan data dan informasi menjadi rekomendasi terkait kelanjutan keanggotaan staf medis dan kewenangan klinis. Proses ini berlangsung paling kurang 3 tahun. Tindakan lain mungkin memberi tahu anggota staf medis yang lain tentang sikap dan hasil layanan klinis yang ada buktinya di data dan informasi dari anggota staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 11

- Monitor dan evaluasi berkelanjutan staf medis menghasilkan informasi kritikal dan penting terhadap proses mempertahankan keanggotaan staf medis dan proses pemberian kewenangan klinis (lihat juga KKS 9 dan KKS 9.2). Walaupun dibutuhkan 3 tahun untuk memperpanjang keanggotaan staf medis dan kewenangan kliniknya, prosesnya dimaksudkan berlangsung sebagai proses berkelanjutan dan dinamis. Masalah mutu dan insiden keselamatan pasien dapat terjadi jika isu kinerja klinis anggota staf medis tidak dikomunikasikan dan dilakukan tindakan.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Proses monitor dan evaluasi berkelanjutan dimaksudkan untuk

- 1) meningkatkan praktik individual terkait mutu dan asuhan pasien yang aman;
- 2) digunakan sebagai dasar mengurangi variasi di dalam KSM (kelompok staf medis)/unit layanan dengan cara membandingkan antara kolega, penyusunan PPK (panduan praktik klinis), dan *clinical pathway*;
- 3) digunakan sebagai dasar memperbaiki kinerja kelompok staf medis/unit layanan dengan cara membandingkan acuan praktik di luar rumah sakit, publikasi riset, dan indikator kinerja klinis nasional bila tersedia.

Monitoring dan evaluasi berkelanjutan dari staf medis memuat 3 (tiga) area umum, yaitu perilaku, pengembangan profesional, dan kinerja klinis.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Perilaku

Anggota staf medis ialah model atau mentor dalam menumbuhkan budaya aman (*safety culture*) di rumah sakit. Budaya aman ditandai dengan partisipasi penuh semua staf untuk melaporkan bila ada insiden keselamatan pasien tanpa ada rasa takut untuk melaporkan dan disalahkan (*no blame culture*). Budaya aman juga sangat menghormati satu sama lain, antarkelompok profesional, dan tidak terjadi sikap saling mengganggu. Umpan balik staf dalam bentuk survei atau mekanisme lain dapat membentuk sikap dan perilaku yang diharapkan dapat mendukung anggota staf menjadi model untuk menumbuhkan budaya aman.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Evaluasi perilaku memuat:

- a) evaluasi apakah seorang staf medis mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu;
- b) tidak ada laporan dari anggota staf medis tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu;
- c) mengumpulkan, analisis, serta menggunakan data dan informasi berasal dari survei staf serta survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit.

Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan harus dapat mengenali hasil pencapaian, pengembangan potensial terkait kewenangan klinis dari anggota staf medis, dan layanan yang diberikan. Evaluasi perilaku dilaksanakan secara kolaboratif antara subkomite etik dan disiplin, manajer SDM, manajer pelayanan, dan kepala unit kerja.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Pengembangan Profesional

Anggota staf medis berkembang dengan menerapkan teknologi baru dan pengetahuan klinis baru. Setiap anggota staf medis dari segala tingkatan akan merefleksikan perkembangan dan perbaikan pelayanan kesehatan dan praktik profesional sebagai berikut:

- a) Asuhan pasien, penyediaan asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan asuhan di akhir hidup. Alat ukurnya adalah layanan preventif dan laporan dari pasien serta keluarga. (lihat juga HPK 3)
- b) Pengetahuan medik/klinis termasuk pengetahuan biomedik, klinis, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien. Alat ukurnya adalah penerapan panduan praktik klinis (*clinical practice guidelines*) termasuk revisi pedoman hasil pertemuan profesional dan publikasi (lihat juga TKRS 11.2).

Maksud dan Tujuan KKS 11

- c) Praktik belajar berdasar bukti (*practice-based learning*) dan pengembangan, penggunaan bukti ilmiah dan metode pemeriksaan, evaluasi, serta perbaikan asuhan pasien berkelanjutan berdasar atas evaluasi dan belajar terus menerus (contoh alat ukur survei klinis, memperoleh kewenangan berdasar atas studi dan keterampilan klinis baru, dan partisipasi penuh pada pertemuan ilmiah).
- d) Kepandaian berkomunikasi antarpersonal termasuk menjaga dan meningkatkan pertukaran informasi dengan pasien, keluarga pasien, dan anggota tim layanan kesehatan yang lain (contoh, partisipasi aktif di ronde ilmiah, konsultasi tim, dan kepemimpinan tim).
- e) Profesionalisme, janji mengembangkan profesionalitas terus menerus, praktik etik, pengertian terhadap perbedaan, serta perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi, dan masyarakat (contoh, alat ukur: pendapat pimpinan di staf medis terkait isu klinis dan isu profesi, aktif membantu diskusi panel tentang etik, ketepatan waktu pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap, dan partisipasi di masyarakat).

Maksud dan Tujuan KKS 11

- f) Praktik berbasis sistem, serta sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas (contoh alat ukur: pemahaman terhadap regulasi rumah sakit yang terkait dengan tugasnya seperti sistem asuransi medis, asuransi kesehatan (JKN), sistem kendali mutu, dan biaya. Peduli pada masalah resistensi antimikrob).
- g) Mengelola sumber daya, memahami pentingnya sumber daya dan berpartisipasi melaksanakan asuhan yang efisien, serta menghindari penyalahgunaan pemeriksaan untuk diagnostik dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasien serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan (contoh alat ukur: berpartisipasi dalam kendali mutu dan biaya, kepedulian terhadap biaya yang ditanggung pasien, serta berpartisipasi dalam proses seleksi pengadaan)
- h) Sebagai bagian dari proses penilaian, proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan, serta harus mengetahui kinerja anggota staf medis yang relevan dengan potensi pengembangan kemampuan profesional staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Kinerja klinis

- Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis harus dapat memberi indikasi sebagai bagian dari proses peninjauan bahwa kinerja anggota staf medis terkait upaya mendukung budaya aman/keselamatan.
- Penilaian atas informasi bersifat umum berlaku bagi semua anggota staf medis dan juga tentang informasi spesifik terkait kewenangan anggota staf medis dalam memberikan pelayanannya.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Sumber data rumah sakit

Rumah sakit mengumpulkan berbagai data untuk keperluan manajemen, misalnya membuat laporan ke pimpinan rumah sakit tentang alokasi sumber daya atau sistem pembiayaan rumah sakit. Agar bermanfaat bagi evaluasi berkelanjutan seorang staf medis maka sumber data rumah sakit

- harus dikumpulkan sedemikian rupa agar teridentifikasi staf medis yang berperan. Harus terkait dengan praktik klinis seorang anggota staf medis;
- dapat menjadi rujukan (*benchmark*) di dalam KSM/Unit layanan atau di luarnya untuk mengetahui pola individu staf medis.

Contoh, sumber data potensial seperti itu adalah lama hari rawat (*length of stay*), frekuensi (jumlah pasien yang ditangani), angka kematian, pemeriksaan diagnostik, pemakaian darah, pemakaian obat-obat tertentu, angka ILO, dan lain sebagainya.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Monitoring dan evaluasi anggota staf medis berdasar atas berbagai sumber data termasuk data cetak, data elektronik, observasi dan, interaksi teman sejawat.

Simpulan proses monitor dan evaluasi anggota staf medis:

1. jenis anggota staf medis, jenis KSM, jenis unit layanan terstandar;
2. data monitor dan informasi dipergunakan untuk perbandingan internal, mengurangi variasi perilaku, serta pengembangan profesional dan hasil klinis;
3. data monitor dan informasi dipergunakan untuk melakukan perbandingan eksternal dengan praktik berdasar bukti (*evidence based practice*) atau sumber rujukan tentang data dan informasi hasil klinis;
4. dipimpin oleh ketua KSM/unit layanan, manajer medis, atau unit kajian staf medis;
5. monitor dan evaluasi terhadap kepala bidang pelayanan dan kepala KSM oleh profesional yang kompeten (lihat juga TKRS 1.1).

Maksud dan Tujuan KKS 11

- Regulasi rumah sakit mengharuskan ada tinjauan (*review*) paling sedikit selama 12 bulan. *Review* dilakukan secara kolaborasi di antaranya oleh kepala KSM/unit layanan, kepala bidang pelayanan medis, subkomite mutu profesi komite medis, dan bagian IT. Temuan, simpulan, dan tindakan yang dijatuhkan atau yang direkomendasikan dicatat di *file* praktisi serta tercermin di kewenangan klinisnya. Pemberitahuan diberikan kepada tempat dimana praktisi memberikan layanan (lihat juga PMKP 4 dan KKS 3).
- Informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal dan dari monitoring serta evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi.

Maksud dan Tujuan KKS 11

- *File* kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus maka kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa *file* staf medis lengkap dan akurat, *file* diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di *file* tindakan yang diberikan atau tindakan yang tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis waktu penempatan kembali sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber primernya. Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar:
 - hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
 - pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
 - temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
 - kesehatan staf medis;
 - permintaan staf medis.

MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN STAF MEDIS

3 (tiga) area umum yaitu:

1. PERILAKU,
2. PENGEMBANGAN PROFESIONAL
3. KINERJA KLINIS.

1. PENILAIAN PERILAKU

Staf medis adalah model dalam menumbuhkan budaya aman (*safety culture*)

Budaya aman:

- 1. Partisipasi Penuh Dari Semua Staf** Untuk Melaporkan Bila Ada Insiden Keselamatan Pasien, Tanpa Ada Rasa Takut Untuk Melaporkan Dan Disalahkan (*No Blame Culture*).
- 2. Sangat Menghormati Satu Sama Lain**, Antar Kelompok Profesional Dan
- 3. Tidak Terjadi Sikap Saling Mengganggu**

EVALUASI PERILAKU

- a) Evaluasi apakah seorang staf medis **mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit** serta dilakukan **identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima** maupun perilaku yang **mengganggu**.
- b) Tidak adanya laporan oleh anggota staf medis tentang perilaku yang **dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu**.
- c) Mengumpulkan, analisis, menggunakan data dan informasi berasal dari **survei staf dan survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit**

YANG MELAKSANAKAN EVALUASI PERILAKU

kolaborasi antara sub komite etik dan disiplin, manajer SDM, manajer pelayanan dan kepala unit kerja.

Perilaku yg tidak mendukung budaya keselamatan

1. Perilaku yg tidak layak (Inappropriate),

2. Perilaku yang mengganggu (disruptive)

3. Perilaku yang melecehkan (harassment)

4. Pelecehan seksual.

PERILAKU YG TIDAK MENDUKUNG BUDAYA KESELAMATAN

1. Perilaku yang tidak layak (*inappropriate*) seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki;
2. Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain **perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang**, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang **membahayakan atau mengintimidasi staf lain**, dan **“celetukan maut”** adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. Contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, **melarang perawat untuk membuat laporan KTD**, **memarahi staf klinis lainnya di depan pasien**, kemarahan yang ditunjukkan dengan **melempar alat bedah** di kamar operasi, serta **membuang rekam medis** di ruang rawat;
3. Perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender;
4. Pelecehan seksual.

2. PENGEMBANGAN PROFESIONAL (7)

MELIPUTI

- a) **Asuhan pasien, penyediaan asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, asuhan diakhir hidup.** Alat ukurnya adalah layanan preventif dan laporan dari pasien dan keluarga (lihat juga,HPK.3)
- b) **Pengetahuan medik/klinik, termasuk pengetahuan tentang biomedik, klinis, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien.** Alat ukurnya adalah penerapan panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), termasuk revisi pedoman, hasil pertemuan profesional dan publikasi (lihat juga,TKRS 11.2)

LANJUTAN....

- c) Praktik belajar berdasar bukti (*practice-based learning*) dan pengembangan, penggunaan bukti ilmiah dan metoda pemeriksaan, evaluasi, perbaikan asuhan pasien berkelanjutan berdasar evaluasi dan belajar terus menerus (contoh alat ukur survei klinis, memperoleh kewenangan berdasar studi dan keterampilan klinis baru, partisipasi penuh di pertemuan ilmiah)**
- d) Kepandaian berkomunikasi antar personal, termasuk menjaga dan meningkatkan pertukaran informasi dengan pasien, keluarga pasien dan anggota tim layanan kesehatan yang lain (contoh partisipasi aktif di ronde ilmiah, konsultasi tim dan kepemimpinan tim)**

LANJUTAN....

- e) **Profesionalisme, janji mengembangkan profesionalitas terus menerus, praktik etik, pengertian terhadap perbedaan, perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi dan masyarakat** (contoh, alat ukur : pendapat pimpinan staf medis terkait isu klinis dan isu profesi, aktif membantu diskusi panel tentang etik, ketepatan waktu pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap dan partisipasi di masyarakat)

LANJUTAN....

- f) Praktik berbasis sistem, sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas** (Contoh alat ukur: pemahaman terhadap regulasi rumah sakit yang terkait dengan tugasnya, seperti sistem asuransi medis, asuransi kesehatan (JKN), sistem kendali mutu dan biaya. Peduli pada masalah resistensi antimikroba).
- Mengelola sumber daya, memahami pentingnya sumber daya dan berpartisipasi melaksanakan asuhan yang efisien, menghindari penyalahgunaan pemeriksaan diagnostik dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasien dan meningkatkan biaya pelayanan kesehatan** (Contoh, alat ukur: berpartisipasi dalam kendali mutu dan biaya, kepedulian terhadap biaya yang ditanggung pasien, berpartisipasi dalam proses seleksi pengadaan)

CONTOH INSTRUMEN PENGEMBANGAN PROFESI

1. **Asuhan pasien:** layanan preventif dan laporan dari pasien dan keluarga
2. **Pengetahuan medik/klinik :** penerapan panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), termasuk revisi pedoman, hasil pertemuan profesional dan publikasi
3. **Praktik belajar berdasar bukti:** survei klinis, memperoleh kewenangan berdasar studi dan keterampilan klinis baru, partisipasi penuh di pertemuan ilmiah)
4. **Kepandaian berkomunikasi antar personal:** partisipasi aktif di ronde ilmiah, konsultasi tim dan kepemimpinan tim)
5. **Profesionalisme :** pendapat pimpinan staf medis terkait isu klinis dan isu profesi, aktif membantu diskusi panel tentang etik, ketepatan waktu pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap dan partisipasi di masyarakat
6. **Praktik berbasis sistem:** pemahaman terhadap regulasi rumah sakit yang terkait dengan tugasnya, seperti sistem asuransi medis, asuransi kesehatan (JKN), sistem kendali mutu dan biaya. Peduli pada masalah resistensi antimikroba).
7. **Mengelola sumber daya:** berpartisipasi dalam kendali mutu dan biaya, kepedulian terhadap biaya yang ditanggung pasien, berpartisipasi dalam proses seleksi pengadaan

3. KINERJA KLINIS

RS mengumpulkan berbagai data:

1. Harus dikumpulkan sedemikian rupa agar **teridentifikasi staf medis yang berperan dan** terkait dengan praktik klinis seorang anggota staf medis.
 - a) Dapat **menjadi rujukan (*benchmark*) didalam KSM/Unit layanan** atau diluarnya untuk mengetahui pola individu dari staf medis.

Contoh, sumber data potensial:

- **Lama Hari Rawat (*Length Of Stay*),**
- **Frekuensi (Jumlah Pasien Yang Ditangani),**
- **Angka Kematian,**
- **Pemeriksaan Diagnostik,**
- **Pemakaian Darah,**
- **Pemakaian Obat Obat Tertentu,**
- **Angka *ILO***
- **DLL.**

PENILAIAN KINERJA KLINIS

- Lama Hari Rawat (*Length Of Stay*),
- Frekuensi (Jumlah Pasien Yang Ditangani),
- Angka Kematian
- Pemeriksaan Diagnostik
- Pemakaian Darah
- Pemakaian Obat Obat Tertentu
- Angka *ILO*
- DLL.

Elemen penilaian KKS 11		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi tentang penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis (lihat juga TKRS 11.1 dan TKRS 12 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang penilaian kinerja untuk evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis	10 - 0	TL - TT
2. Ada bukti monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis meliputi: 1) perilaku 2) pengembangan profesional 3) kinerja klinis	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi/Bagian • Kepala SDM • Komite medis • Staf medis 	129	

Elemen penilaian KKS 11		Telusur	Skor	
3. Data dan informasi hasil pelayanan klinis dari staf klinis direview secara obyektif dan berdasar bukti, jika ada, dilakukan benchmarking dengan pihak eksternal rumah sakit (lihat juga TKRS 11.2). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang	10	TL
		review hasil pelayanan staf	5	TS
	W	medis <ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Kepala bidang/divisi/bagian • Kepala SDM • Komite medis • Staf medis 	0	TT

Elemen penilaian KKS 11		Telusur	Skor	
4. Data dan informasi berasal dari proses monitoring dikaji sekurang-kurangnya setiap 12 bulan oleh kepala unit layanan, ketua kelompok staf medis, sub komite mutu, manajer pelayanan medis dan hasilnya, kesimpulannya dan tindakan yang dilakukan didokumentasikan di dalam file kredensial staf medis atau dokumen lain yang relevan (D,W)	D	Bukti evaluasi tentang File kredensial staf medis dikaji	10	TL
			5	TS
	W	Komite medis Sub komite kredensial	0	TT

Elemen penilaian KKS 11		Telusur	Skor	
5. Bila ada temuan yang berdampak terhadap pemberian kewenangan staf klinis, ada proses untuk tindak lanjut terhadap temuan dan tindakan tersebut didokumentasi dalam file staf medis dan disampaikan ke tempat staf medis memberikan pelayanan. (D,W)	D	1) Bukti evaluasi tentang proses Praktik Profesional Terfokus dan tindak lanjutnya (bila ada temuan) 2) Bukti evaluasi tentang Praktik Profesional Terfokus disimpan dalam file kredensial	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medis • Staf Medis 	0	TT

EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL

1. EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL BERKELANJUTAN

2. EVALUASI PRAKTIK PROFESIONAL TERFOKUS (bila ada temuan yang berdampak terhadap pemberian kewenangan staf klinis) Ep.5



PENEMPATAN ULANG STAF MEDIS DAN PEMBAHARUAN KEWENANGAN KLINIS

Standar KKS 12



Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun, untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis, sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 12

Penjelasan istilah distandar sebagai berikut:

Penetapan ulang

Penetapan ulang adalah proses tinjauan terhadap dokumentasi anggota staf medis untuk verifikasi:

- a. kelanjutan izin (*licence*);
- b. apakah anggota staf medis tidak terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK dan/atau MKDKI;
- c. apakah tersedia dokumen untuk mendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit;
- d. apakah anggota staf medis mampu secara fisik dan mental memberikan asuhan dan pengobatan tanpa supervisi;

Maksud dan Tujuan KKS 12

- e. informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal, monitoring, dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi. *File* kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus, kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa *file* staf medis lengkap dan akurat, *file* diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di *file* tindakan yang diberikan atau tindakan tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Maksud dan Tujuan KKS 12

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis saat penetapan ulang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber aslinya (lembaga pemerintah atau kolegium). Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar atas:
- c) Hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
- d) pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
- e) temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
- f) kesehatan staf medis;
- g) permintaan staf medis.

Elemen penilaian KKS 12		Telusur	Skor	
<p>1. Berdasarkan monitoring dan evaluasi berkelanjutan kredensial anggota staf medis yang dilaksanakan paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun ditetapkan kewenangan klinisnya tetap, bertambah atau berkurang. (R)</p>	R	Regulasi tentang rekredensial	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian KKS 12		Telusur	Skor	
2. Ada bukti dokumen setiap anggota staf medis selalu diperbaharui secara berkala.(D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang rekredensial terkini	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Medis • Staf Medis 	5	TS
3. Ada bukti pemberian kewenangan tambahan didasarkan pada kredensial yang telah diverifikasi dari sumber primer sesuai peraturan perundang-undangan. (D)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses rekredensial untuk kewenangan tambahan	10	TL
			5	TS
			0	TT



STAF KEPERAWATAN

Standar KKS 13



Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk **mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman, evaluasi kinerja profesional)**

Maksud dan Tujuan KKS 13

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggungjawab untuk memberikan asuhan keperawatan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan keperawatan memberikan kontribusi terhadap *outcome* pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten telah dikredensial untuk memberikan asuhan keperawatan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

Maksud dan Tujuan KKS 13

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait perawat dan praktik keperawatan;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap perawat, sekurang-kurangnya meliputi
 - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, evaluasi dan peningkatan kinerja profesional (untuk rekredensial), pelatihan, serta pengalaman terbaru dan diverifikasi dari sumber primer;
 - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat perawat pernah bekerja sebelumnya;
 - ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- c) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber primer dilaksanakan untuk perawat yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini didapatkan dari sumber resmi lain.

Elemen penilaian KKS 13		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi rumah sakit untuk proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, evaluasi dan peningkatan kinerja profesional pelatihan dan pengalaman). (R)	R	Regulasi tentang kredensial staf keperawatan	10 - 0	TL - TT
2. Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial staf keperawatan	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Keperawatan • Staf Keperawatan 		

Elemen penilaian KKS 13		Telusur	Skor	
3. Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang verifikasi	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Keperawatan • Staf Keperawatan • Staf SDM 	5	TS
4. Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota staf keperawatan. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial staf keperawatan terkini	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite keperawatan • Staf keperawatan 	5	TS
			0	TT



Standar KKS 14

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasarkan kredensial staf perawat sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 14

Hasil kredensial perawat berupa surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis yang menjadi landasan untuk membuat uraian tugas, wewenang, dan tanggungjawab klinis di unit pelayanan tempat perawat tersebut ditugaskan.

Elemen penilaian KKS 14		Telusur	Skor	
1. Ada penetapan rincian kewenangan klinis perawat berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf keperawatan. (R)	R	Regulasi tentang penetapan SPK dan RKK staf keperawatan	10 - 0	TL - TT
2. Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses penetapan SPK dan RKK staf keperawatan	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> ● Komite Keperawatan ● Staf Keperawatan 		

Elemen penilaian KKS 14		Telusur	Skor	
3. Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap staf keperawatan. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang pemeliharaan file kredensial setiap staf keperawatan	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Komite Keperawatan • Kepala unit kerja • Staf Keperawatan 	0	TT



Standar KKS 15

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja profesional keperawatan berkelanjutan dan terfokus staf keperawatan berdasarkan partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KKS 15

Peran klinis yang penting staf keperawatan mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Penilaian kinerja profesional berkelanjutan terdiri dari:

1. Perilaku dalam partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit serta mendukung budaya aman dan keselamatan pasien serta mendukung etika profesi dan juga etika RS dan evaluasi
2. Pengembangan Profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan staf keperawatan dalam aktivitas peningkatan mutu serta perolehan penghargaan atas prestasinya baik di tingkat rumah sakit maupun tingkat nasional
3. Evaluasi kinerja klinis

Elemen penilaian KKS 15		Telusur	Skor	
1. Ada dokumentasi penilaian kinerja profesional berkelanjutan tentang perilaku serta etik dan disiplin staf keperawatan (lihat juga TKRS 12 EP 1, 2 dan 4). (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja profesional berkelanjutan tentang perilaku serta etik dan disiplin staf keperawatan.	10	TL
			5	TS
	W		0	TT
		<ul style="list-style-type: none"> • Tim Mutu • Kepala Unit • Kepala Bidang/Divisi • Komite keperawatan • Staf Keperawatan 		

Elemen penilaian KKS 15		Telusur	Skor	
2. Ada dokumentasi pengembangan profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan staf keperawatan dalam aktivitas peningkatan mutu. (D,W)	D	Bukti dokumen pengembangan profesional berkelanjutan, keterlibatan staf keperawatan dalam aktivitas peningkatan mutu atau perolehan penghargaan atas prestasinya	10 - 0	TL - TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Tim Mutu • Staf Keperawatan 		
3. Ada dokumentasi evaluasi kinerja klinis staf keperawatan tahunan. (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja klinis staf keperawatan didokumentasikan dalam file kredensial keperawatan	10 5 0	TL TS TT
	W			
		<ul style="list-style-type: none"> • Komite Keperawatan • Staf terkait 	152	



PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)
DAN STAF KLINIS LAINNYA

Standar KKS 16



Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).

Maksud dan Tujuan KKS 16

Rumah sakit perlu memastikan mempunyai profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya bertanggungjawab memberikan asuhan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan memberikan kontribusi terhadap *outcome* pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten untuk memberikan asuhan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten memberikan asuhan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dan praktik profesinya;

Maksud dan Tujuan KKS 16

- ✓ mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi
 - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan serta pengalaman terbaru, dan diverifikasi dari sumber aslinya;
 - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;
 - ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- b) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi dari institusi pendidikan pelatihan, melalui email, surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber primer dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini didapat dari sumber resmi lain.

Elemen penilaian KKS 16		Telusur	Skor	
1. Ada regulasi rumah sakit untuk proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman). (R)	R	Regulasi pelaksanaan tentang kredensial PPA dan staf klinis lainnya	10 - 0	TL - TT
2. Tersedia dokumentasi pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial PPA dan staf klinis lainnya	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala/ Staf SDM • PPA 		

Elemen penilaian KKS 16		Telusur	Skor	
3. Terdapat pelaksanaan verifikasi dari sumber aslinya yang seragam. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang verifikasi	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala/ Staf SDM • PPA 	5	TS
4. Ada dokumen kredensial yang dipelihara dari setiap anggota profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya. (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang kredensial PPA dan staf klinis lainnya	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf SDM • PPA 	5	TS
			0	TT



Standar KKS 17



Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasarkan kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 17

- Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Contohnya, para profesional ini termasuk bidan, nutrisisionis, apoteker, fisioterapis, teknisi transfusi darah, penata anestesi, dan lainnya.
- Bila pendidikannya profesi maka termasuk golongan profesional pemberi asuhan (PPA), sedangkan bila pendidikannya vokasi maka kewenangannya adalah sebagai PPA lainnya.
- Bila profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut yang diizinkan bekerja atau berpraktik di rumah sakit maka rumah sakit bertanggungjawab untuk melakukan proses kredensialing.
- Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk ikut memberikan asuhan dan harus menetapkan jenis asuhan serta pengobatan yang diizinkan bila tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 17

Rumah sakit memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk memberikan asuhan yang aman dan efektif kepada pasien dengan

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi:
 - ✓ bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman terbaru serta diverifikasi dari sumber aslinya;
 - ✓ bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;
 - ✓ surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;

Maksud dan Tujuan KKS 17

- c) melakukan setiap upaya memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi dari institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber aslinya dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan dan PPA lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilangnya dokumen karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini dapat diperoleh dari sumber resmi lain. *File* kredensial setiap profesional pemberi asuhan dan staf klinis lainnya harus tersedia dan dipelihara serta diperbaharui secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Elemen penilaian KKS 17		Telusur	Skor	
1. Ada penetapan rincian kewenangan klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya berdasarkan pendidikan, registrasi, sertifikasi, izin, pelatihan dan pengalaman anggota staf klinis lainnya. (R)	R	Regulasi tentang penetapan SPK dan RKK PPA dan staf klinis lainnya	10	TL
			-	-
			0	TT

Elemen penilaian KKS 17		Telusur	Skor	
2. Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.(D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses penetapan SPK dan RKK PPA dan staf klinis lainnya	10	TL
	W		5	TS
3. Ada berkas kredensial yang dipelihara dari setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya (D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang pemeliharaan file kredensial setiap PPA dan staf klinis lainnya	10	TL
	W		5	TS
			0	TT



Standar KKS 18

Rumah Sakit melakukan evaluasi kinerja Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KKS 18

Peran klinis yang penting profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Penilaian kinerja profesional berkelanjutan terdiri dari:

1. Perilaku dalam partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit serta mendukung budaya aman dan keselamatan pasien serta mendukung etika profesi dan juga etika RS dan evaluasi
2. Pengembangan Profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dalam aktivitas peningkatan mutu serta perolehan penghargaan atas prestasinya baik di tingkat rumah sakit maupun tingkat nasional
3. Evaluasi kinerja klinis

Elemen penilaian KKS 18		Telusur	Skor	
1. Ada dokumentasi penilaian kinerja profesional berkelanjutan tentang perilaku serta etik dan disiplin profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya (lihat juga TKRS 12 EP 1, 2 dan 4). (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja profesional berkelanjutan tentang perilaku serta etik dan disiplin profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya.	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Tim Mutu • Kepala Unit • Kepala Bidang/Divisi • Staf unit pelayanan 	-	-
			0	TT

Elemen penilaian KKS 18		Telusur	Skor	
2. Ada dokumentasi pengembangan profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dalam aktivitas peningkatan mutu. (D,W)	D	Bukti dokumen pengembangan profesional berkelanjutan, keterlibatan profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dalam aktivitas peningkatan mutu atau perolehan penghargaan atas prestasinya	10	TL
			5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Tim Mutu • PPA 	0	TT

Elemen penilaian KKS 18		Telusur	Skor	
3. Ada dokumentasi evaluasi kinerja klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tahunan. (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya didokumentasikan dalam file kredensial PPA dan staf klinis lainnya	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala / Staf SDM • PPA 		



Komisi Akreditasi Rumah Sakit



TERIMA KASIH