



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH. MANSYUR  
NOMOR 047 TAHUN 2022  
TENTANG  
KEBIJAKAN PENGELOLAAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH. MANSYUR

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH. MANSYUR,

- Menimbang : a. bahwa menurut Permenkes RI No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan Halaman 619-647 bahwa dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan rumah sakit perlu memperhatikan kesesuaian standar sarana dan prasarana dengan pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan;
- b. bahwa menurut KMK Nomor HK.01.07/MENKES/ /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit bahwa perlu diterapkannya SOP dalam pengelolaan Manajemen Fasilitas Rumah Sakit. Fasilitas dan lingkungan dalam rumah sakit harus aman, berfungsi baik, dan memberikan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Sehingga Fasilitas harus dikelola secara efektif untuk mengurangi dan mengendalikan bahaya, risiko, mencegah kecelakaan, cedera dan penyakit akibat kerja. Oleh karena itu perlu diterapkannya SOP dalam pengelolaan Manajemen Fasilitas Rumah Sakit sehingga terdapat panduan baku terkait pengelolaan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b perlu menetapkan Keputusan Direktur RSUD KH. Mansyur tentang Pengelolaan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan pada Rumah Sakit Umum Daerah KH. Manyur Kabupaten Tanah Laut Provinsi Kalimantan Selatan;

Mengingat

- :
1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1965, tentang Pembentukan Daerah Tingkat II Tanah Laut, Daerah Tingkat II Tapin dan Daerah Tingkat II Tabalong, dengan mengubah Undang-undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-undang Darurat Nomor 3 Tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1965 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 2756);
  2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063 );
  3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072 );
  4. Permenkes 1144/ Menkes/ Per/ VIII/ 2010 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
  5. Peraturan Menteri Kesehatan No 03 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
  6. Permenkes RI No. 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan

Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, Halaman 619-647;

7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
8. Surat Edaran Menteri Kesehatan Nomor HK.02.01/MENKES/133/2022 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Bidang Pelayanan Kesehatan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
9. Peraturan Bupati Nomor 21 Tahun 2019 tentang Pembentukan, Organisasi dan Tata Kerja Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur pada Dinas Kesehatan Kabupaten Tanah Laut;
10. Peraturan Bupati Nomor 181 Tahun 2019 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur Kecamatan Kintap Kabupaten Tanah Laut;
11. Peraturan Bupati Nomor 182 Tahun 2019 tentang Rencana Strategis Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur Kecamatan Kintap Kabupaten Tanah Laut;
12. Peraturan Bupati Nomor 183 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah K.H. Mansyur Kecamatan Kintap Kabupaten Tanah Laut;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG PENGELOLAAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH. MANSYUR.
- KESATU : Kebijakan Pengelolaan Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan Pada Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur sebagaimana tercantum dalam lampiran 1 (satu) yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari keputusan ini.
- KEDUA : Susunan Keanggotaan Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja di RSUD KH. Mansyur sebagaimana tercantum dalam Lampiran II merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.
- KETIGA : Uraian tugas Komite Keselamatan dan Kesehatan Kerja dan Kegiatan Olahraga Rumah Sakit pada RSUD KH. Mansyur sebagaimana tercantum dalam Lampiran III merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari surat keputusan ini.
- KEEMPAT : Standar Operasional Prosedur (SOP) terkait Pengelolaan Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan pada Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur akan diatur dalam keputusan direktur lainnya.
- KELIMA : Apabila dikemudian hari ditemukan kelemahan maka akan disempurnakan lebih lanjut dan akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.
- KEENAM : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Kintap

pada tanggal 09 Agustus 2023

DIREKTUR RSUD KH. MANSYUR



*Endik Arifianto*  
ENDIK ARIFIANTO

LAMPIRAN 1

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH KH. MANSYUR

NOMOR 047 TAHUN 2022

TENTANG KEBIJAKAN MANAJEMEN  
FASILITAS DAN KESELAMATAN PADA  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH.  
MANSYUR.

**KEBIJAKAN PENGELOLAAN MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN  
PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KH. MANSYUR**

1. Ketentuan Umum.

a) Pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan pada Rumah Sakit Umum Daerah KH. Mansyur meliputi :

- i. Kepemimpinan dan perencanaan; (pengawasan izin-izin dan sertifikasi rumah sakit)
- ii. Keselamatan (di dalamnya termasuk integrasi Kesehatan-Keselamatan Kerja Rumah Sakit); (pelaksana program K3RS, pengawasan kalayakan bangunan, prasarana, fasilitas, area konstruksi, lahan, dan peralatan rumah sakit)
- iii. Keamanan; (pengawasan perlindungan dari kehilangan, kerusakan, gangguan, atau akses atau penggunaan yang tidak sah)
- iv. Pengelolaan Bahan Berbahaya dan Beracun dan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun; (pengawasan pengelolaan B3 dan limbah B3)
- v. Proteksi kebakaran; (pengawasan perlindungan seluruh aset, properti dan penghuni dari kebakaran dan asap)
- vi. Peralatan medis; (Pengawasan pemilihan, pemeliharaan, dan penggunaan peralatan medis)
- vii. Sistim utilitas; (Pengawasan pengelolaan listrik, air, gas medik dan sistem utilitas lainnya)
- viii. Penanganan kedaruratan dan bencana; (pengawasan identifikasi risiko dan perencanaan respons terhadap epidemi, bencana, dan keadaan darurat dan efektif, termasuk evaluasi integritas

struktural dan non struktural lingkungan pelayanan dan perawatan pasien)

- ix. Konstruksi dan renovasi; pengawasan dan
  - x. Pelatihan.
- b) Perlu ditetapkan tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan yang juga sekaligus bertanggungjawab terhadap keselamatan-kesehatan kerja dan kegiatan olahraga rumah sakit.
  - c) Secara umum tugas tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan adalah melakukan fungsi pengawasan terhadap manajemen fasilitas dan keselamatan rumah sakit sesuai dalam poin a) berkomunikasi dan berkoordinasi dengan unit terkait, serta melakukan fungsi pelaksana program kerja keselamatan dan kesehatan kerja rumah sakit.
  - d) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan berkoordinasi dan berkomunikasi secara aktif dengan pimpinan rumah sakit (Kasubbag TU, Kasi Yanmed-Jangmed, dan Kasi Keperawatan) dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit.
  - e) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan wajib melakukan penyusunan dan penerapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan pada RSUD KH. Mansyur meliputi:
    - i. Keselamatan: meliputi bangunan, prasarana, fasilitas, area konstruksi, lahan, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, atau pengunjung.
    - ii. Keamanan: perlindungan dari kehilangan, kerusakan, gangguan, atau akses atau penggunaan yang tidak sah.
    - iii. Bahan dan limbah berbahaya: Pengelolaan B3 termasuk penggunaan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya dikontrol, dan limbah berbahaya dibuang dengan aman.
    - iv. Proteksi kebakaran: Melakukan penilaian risiko yang berkelanjutan untuk meningkatkan perlindungan seluruh aset, properti dan penghuni dari kebakaran dan asap.
    - v. Penanganan kedaruratan dan bencana: Risiko diidentifikasi dan respons terhadap epidemi, bencana, dan keadaan darurat direncanakan dan efektif, termasuk evaluasi integritas struktural

dan non struktural lingkungan pelayanan dan perawatan pasien.

- vi. Peralatan medis: Peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan dengan cara yang aman dan benar untuk mengurangi risiko.
  - vii. Sistem utilitas: Listrik, air, gas medik dan sistem utilitas lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.
  - viii. Konstruksi dan renovasi: Risiko terhadap pasien, staf, dan pengunjung diidentifikasi dan dinilai selama konstruksi, renovasi, pembongkaran, dan aktivitas pemeliharaan lainnya.
  - ix. Pelatihan: Seluruh staf di rumah sakit dan para tenant/penyewa lahan dilatih dan memiliki pengetahuan tentang K3, termasuk penanggulangan kebakaran.
  - x. Pengawasan pada para tenant/penyewa lahan yang melakukan kegiatan di dalam area lingkungan rumah sakit.
- f) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan melakukan penerapan Program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan kepada tenant/penyewa lahan hanya pada subpoin i.-v. pada poin e)
- g) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan melakukan Pengawasan dan Evaluasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan pada RSUD KH. Mansyur setiap tahun dengan mengeluarkan Laporan Hasil Pengawasan dan Evaluasi Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, dengan isi laporan meliputi :
- i. Pengawasan semua aspek program manajemen fasilitas dan keselamatan seperti pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan medis, teknologi, dan sumber daya;
  - ii. Pengawasan pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan;
  - iii. Pelaksanaan edukasi staf;
  - iv. Pengawasan pelaksanaan pengujian/testing dan pemantauan program;
  - v. Penilaian ulang secara berkala dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan jika dibutuhkan;
  - vi. Penyerahan laporan tahunan kepada direktur rumah sakit;
  - vii. Pengorganisasian dan pengelolaan laporan kejadian/insiden dan melakukan analisis, dan upaya perbaikan.

2. Susunan Tim Penanggungjawab Pengelolaan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan RSUD KH. Mansyur (Komite Keselamatan-Kesehatan Kerja dan Kegiatan Olahraga RSUD KH. Mansyur)

Ketua	dr. Ihsan Wardhana
Subdivisi Kepemimpinan dan Perencanaan	Dian Kumala Pertiwi, A.Md.Keb dr. Ihsan Wardhana
Subdivisi Keselamatan	Ahmad Ridha, Amd.Kep Amar Ma'ruf, A.Md.Kep
Subdivisi Keamanan	Ramadhani Firnanda Abdullah
Subdivisi Bahan Dan Limbah Berbahaya	Galih Puji Guntara, Amd.AK Desy Ariska, A.Md.AK
Subdivisi Proteksi Kebakaran	Muhammad Jaini, AMK Adhi Iswanto, AMK
Subdivisi Peralatan Medis	M. Rizky Mauliddin, Amd.T
Subdivisi Sistem Utilitas	Ahmad Rudani Aprilia Widiawati, S.Tr.Kes
Subdivisi Penanganan Kedaruratan Serta Bencana	Dedi Iswari, S.Kep, Ners
Subdivisi Konstruksi- Renovasi, Pelatihan, dan Pengawasan Pada Para Tenant/Penyewa Lahan	Erlina Haliza Hazmi, S.Kep, Ners
Subdivisi Pendidikan dan Pelatihan	Dian Kumala Pertiwi, A.Md.Keb dr. Ihsan Wardhana

3. Keselamatan.
- a) Proses Pengelolaan Keselamatan Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, meliputi :
- i. Pengelolaan risiko keselamatan di lingkungan rumah sakit secara komprehensif



bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung; dan

iii. Pemeriksaan fasilitas dan lingkungan (ronde fasilitas) secara berkala dan dilaporkan sebagai dasar perencanaan anggaran untuk perbaikan, penggantian atau “upgrading”

b) SOP yang berkaitan dengan Pengelolaan Keselamatan Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :

i. SOP pemeriksaan mandiri unit terhadap fasilitas sarana dan prasarana rumah sakit.

ii. SOP pemeriksaan fasilitas (round fasilitas).

#### 4. Keamanan.

a) Proses Pengelolaan Keamanan Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, meliputi :

i. Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas/tanda pengenal (badge nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, tenant/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung di luar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit;

ii. Melakukan pemeriksaan dan pemantauan keamanan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan membuat tindak lanjut perbaikan;

iii. Pemantauan pada daerah berisiko keamanan sesuai penilaian risiko di rumah sakit. Pemantauan dapat dilakukan dengan penempatan petugas keamanan (sekuriti) dan atau memasang kamera sistem CCTV yang dapat dipantau oleh sekuriti;

iv. Melindungi semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit terhadap kekerasan, kejahatan dan ancaman; dan

v. Menghindari terjadinya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi maupun rumah sakit.

b) SOP yang berkaitan dengan Pengelolaan Keamanan Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :

i. SOP Code Pink /Kode Pink/Bayi Yang Hilang

ii. SOP pencurian dan kehilangan barang di rumah sakit

iii. SOP inspeksi (kontrol keliling).

iv. SOP penggunaan CCTV dalam pemantauan keamanan.

v. SOP penanganan laporan kehilangan di RS.

vi. SOP Identifikasi Tamu dan Kartu Tamu.

5. B3 dan Limbah B3.

- a) Kategori B3 menurut WHO :
  - i. Infeksius;
  - ii. Patologis dan anatomi;
  - iii. Farmasi;
  - iv. Bahan kimia;
  - v. Logam berat;
  - vi. Kontainer bertekanan;
  - vii. Benda tajam;
  - viii. Genotoksik/sitotoksik; dan
  - ix. Radioaktif.
- b) Proses Pengelolaan B3 Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi :
  - i. Inventarisasi B3 serta limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, simbol dan lokasi;
  - ii. Penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 serta limbahnya;
  - iii. Penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjadi tumpahan, atau paparan/pajanan;
  - iv. Pelatihan yang dibutuhkan oleh staf yang menangani B3;
  - v. Pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 serta limbahnya;
  - vi. Pelaporan dan investigasi dari tumpahan, eksposur (terpapar), dan insiden lainnya;
  - vii. Dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratan peraturan lainnya; dan
  - viii. Pengadaan/pembelian B3 dan pemasok (supplier) wajib melampirkan Lembar Data Keselamatan. Informasi yang tercantum di lembar data keselamatan diedukasi kepada staf rumah sakit, terutama kepada staf terdapat penyimpanan B3 di unitnya.
- c) Syarat fasilitas pembuangan sementara limbah B3, yaitu :
  - i. Lantai kedap (impermeable), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, serta mudah dibersihkan dan dilakukan desinfeksi;
  - ii. Tersedia sumber air atau kran air untuk pembersihan yang dilengkapi dengan sabun cair:

- iii. Mudah diakses untuk penyimpanan limbah;
  - iv. Dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan;
  - v. Mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut limbah;
  - vi. Terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan faktor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja;
  - vii. Terlindung dari hewan: kucing, serangga, burung, dan lain-lainnya;
  - viii. Dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik serta memadai;
  - ix. Berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan;
  - x. Peralatan pembersihan, alat pelindung diri/APD (antara lain masker, sarung tangan, penutup kepala, goggle, sepatu boot, serta pakaian pelindung) dan wadah atau kantong limbah harus diletakkan sedekat-dekatnya dengan lokasi fasilitas penyimpanan; dan
  - xi. Dinding, lantai, dan juga langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih termasuk pembersihan lantai setiap hari.
- d) SOP yang berkaitan dengan Pengelolaan B3 dan limbah B3 Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
- i. SOP pengadaan Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - ii. SOP penyimpanan Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - iii. SOP penanganan tumpahan Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - iv. SOP pelaporan dan investigasi Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - v. SOP pemasangan symbol dan label Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - vi. SOP penyimpanan limbah Bahan berbahaya dan beracun (B3)
  - vii. SOP pembuangan limbah Berbahaya
  - viii. SOP Code pink untuk pengunjung yang gerak-geriknya encurikan atau membahayakan keamanan bayi/anak

6. Proteksi Kebakaran.

- a) Proses pengkajian risiko kebakaran meliputi:
  - i. Pemisah/kompartemen bangunan untuk mengisolasi asap/api.

- ii. Laundry/binatu, ruang linen, area berbahaya termasuk ruang di atas plafon.
  - iii. Tempat pengelolaan sampah
  - iv. Pintu keluar darurat kebakaran (emergency exit).
  - v. Dapur termasuk peralatan memasak penghasil minyak.
  - vi. Sistem dan peralatan listrik darurat/alternatif serta jalur kabel dan instalasi listrik.
  - vii. Penyimpanan dan penanganan bahan yang berpotensi mudah terbakar (misalnya, cairan dan gas mudah terbakar, gas medis yang mengoksidasi seperti oksigen dan dinitrogen oksida), ruang penyimpanan oksigen dan komponennya dan vakum medis.
  - viii. Prosedur dan tindakan untuk mencegah dan mengelola kebakaran akibat pembedahan.
  - ix. Bahaya kebakaran terkait dengan proyek konstruksi, renovasi, atau pembongkaran
- b) Proses Pengelolaan proteksi kebakaran Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi :
- i. Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen, penggunaan bahan yang non combustible, bahan yang waterbase dan lainnya yang dapat mengurangi potensi bahaya kebakaran;
  - ii. Pengendalian potensi bahaya dan risiko kebakaran yang terkait dengan konstruksi apapun di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien;
  - iii. Penyediaan rambu dan jalan keluar (evakuasi) yang aman serta tidak terhalang apabila terjadi kebakaran;
  - iv. Penyediaan sistem peringatan dini secara pasif meliputi, detektor asap (smoke detector), detektor panas (heat detector), alarm kebakaran, dan lain- lainnya;
  - v. Penyediaan fasilitas pemadaman api secara aktif meliputi APAR, hidran, sistem sprinkler, dan lain- lainnya; dan
  - vi. Sistem pemisahan (pengisolasian) dan kompartemen-isasi pengendalian api dan asap.
- c) SOP yang berkaitan dengan proses pengelolaan proteksi kebakaran Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
- i. SOP larangan merokok

- ii. SOP penanganan kebakaran
- iii. SOP penggunaan APAR
- iv. SOP penggunaan hydrant
- v. SOP jalur evakuasi
- vi. SOP evakuasi pasien
- vii. SOP pemeliharaan fire alarm
- viii. SOP safety briefing/safety induction
- ix. SOP Red Code/Kode Red/Kode Kejadian Kebakaran
- x. SOP evakuasi masing-masing unit

7. Peralatan Medis.

- a) Proses Pengelolaan peralatan medis Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi :
  - i. Identifikasi dan penilaian kebutuhan alat medik dan uji fungsi sesuai ketentuan penerimaan alat medik baru.
  - ii. Inventarisasi seluruh peralatan medis yang dimiliki oleh rumah sakit dan peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga; serta peralatan medik yang dimiliki oleh staf rumah sakit jika ada Inspeksi peralatan medis sebelum digunakan.
  - iii. Pemeriksaan peralatan medis sesuai dengan penggunaan dan ketentuan pabrik secara berkala.
  - iv. Pengujian yang dilakukan terhadap alat medik untuk memperoleh kepastian tidak adanya bahaya yang ditimbulkan sebagai akibat penggunaan alat.
  - v. Rumah sakit melakukan pemeliharaan preventif dan kalibrasi, dan seluruh prosesnya didokumentasikan.
- b) SOP yang berkaitan dengan Proses pengelolaan peralatan medis Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
  - i. SOP pemeliharaan autoclave
  - ii. SOP pemeliharaan centrifuge
  - iii. SOP pemeliharaan elektrokardiogram (EKG)
  - iv. SOP perawatan lemari es (coldchain)
  - v. SOP pemeliharaan mikroskop
  - vi. SOP pemeliharaan lampu operasi
  - vii. SOP pemeliharaan spigmomanometer
  - viii. SOP pemeliharaan preventif sterilizer
  - ix. SOP pemeliharaan preventif suction pump
  - x. SOP pemeliharaan ultrasonograph (USG)

- xi. SOP pengoperasian pesawat x-ray
- xii. SOP pengoperasian x-ray mobile
- xiii. SOP kalibrasi alat kesehatan
- xiv. SOP pemeliharaan alat medis
- xv. SOP penarikan produk atau peralatan yang rusak
- xvi. SOP permintaan perbaikan alat kesehatan
- xvii. SOP re call (penarikan) alat medis

8. Sistem Utilitas.

- a) Proses Pengelolaan Sistem Utilitas dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi:
  - i. Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu 7 (tujuh) hari dalam seminggu secara terus menerus;
  - ii. Membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas, memetakan pendistribusiannya, dan melakukan update secara berkala;
  - iii. Pemeriksaan, pemeliharaan, serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris;
  - iv. Jadwal pemeriksaan, uji fungsi, dan pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar atas kriteria seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko, dan pengalaman rumah sakit; dan
  - v. Pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman darurat secara keseluruhan atau sebagian saat terjadi kebakaran
- b) Sistem Utilitas dalam mempersiapkan diri terhadap keadaan darurat seperti ini, rumah sakit agar mempunyai proses meliputi:
  - i. Mengidentifikasi peralatan, sistem, serta area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, rumah sakit mengidentifikasi area yang membutuhkan penerangan, pendinginan (lemari es), bantuan hidup/ventilator, serta air bersih untuk membersihkan dan sterilisasi alat);
  - ii. Menyediakan air bersih dan listrik 24 jam setiap hari dan 7 (tujuh) hari seminggu;
  - iii. Menguji ketersediaan serta kehandalan sumber tenaga listrik dan air bersih darurat/pengganti/back-up;
  - iv. Mendokumentasikan hasil-hasil pengujian;
  - v. Memastikan bahwa pengujian sumber cadangan/alternatif air bersih dan listrik dilakukan setidaknya

setiap 6 (enam) bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundang-undangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi sumber listrik dan air. Kondisi sumber listrik dan air yang mungkin dapat meningkatkan frekuensi pengujian mencakup:

- a. Perbaikan sistem air bersih yang terjadi berulang-ulang.
  - b. Sumber air bersih sering terkontaminasi.
  - c. Jaringan listrik yang tidak dapat diandalkan.
  - d. Pemadaman listrik yang tidak terduga dan berulang-ulang.
- b) SOP yang berkaitan dengan Proses pengelolaan Sistem Utilitas Rumah Sakit dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
- i. SOP pemeliharaan listrik
  - ii. SOP pemeliharaan utilitas air
  - iii. SOP pemeliharaan gas medik
  - iv. SOP pengoperasian genset
  - v. SOP pengecekan dan uji fungsi genset
  - vi. SOP uji beban genset
  - vii. SOP pemeriksaan air bersih
  - viii. SOP pemeriksaan air limbah
  - ix. SOP pemeriksaan peralatan non medis
  - x. SOP pelaporan bila ada kerusakan
  - xi. SOP perbaikan alat dan barang

9. Penanganan Kedaruratan dan Bencana.

- a) Proses Pengelolaan Penanganan Kedaruratan dan Bencana dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi:
  - i. Menentukan jenis yang kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman, dan kejadian;
  - ii. Menentukan integritas struktural dan non struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bagaimana bila terjadi bencana;
  - iii. Menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut;
  - iv. Menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian;
  - v. Mengelola sumber daya selama kejadian termasuk sumber-sumber alternatif;

- vi. Mengelola kegiatan klinis selama kejadian termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian;
  - vii. Mengidentifikasi dan penetapan peran serta tanggung jawab staf selama kejadian dan; dan
  - viii. Proses mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf dan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien termasuk kesehatan mental dari staf.
- b) Hal-hal yang perlu diperhatikan oleh tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan dalam Penanganan Kedaruratan dan Bencana meliputi
- i. Melakukan identifikasi fisik bencana internal dan eksternal dalam analisis kerentanan bahaya / hazard vulnerability analysis (HVA) yang dilakukan secara pro aktif setiap tahun dan diintegrasikan ke dalam risiko dan profil risiko.
  - ii. Melakukan perencanaan jalur evakuasi yang mudah terlihat serta menyediakan tempat terbuka dan luas sebagai titik kumpul/ assembly point di beberapa titik di lingkungan rumah sakit. Sehingga jika terjadi suatu kegawat daruratan staf serta pengunjung terpusat pada titik yang sudah ditentukan.
  - iii. Melakukan komunikasi dan koordinasi dengan lintas sektoral terkait Penanganan Kedaruratan dan Bencana baik internal maupun eksternal (contohnya DAMKAR, BPBD, Kantor Kecamatan, Kantor Desa/Kelurahan, dan pihak terkait lainnya
- c) SOP yang berkaitan dengan Proses pengelolaan Penanganan Kedaruratan dan Bencana dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
- i. SOP Brown Code
  - ii. SOP Penanggulangan Bencana Dalam Rumah Sakit
  - iii. SOP Penanggulangan Bencana
  - iv. SOP Penanggulangan Bencana Eksternal ( Banjir ).

10. Konstruksi dan Renovasi.

- a) Renovasi atau perbaikan di rumah sakit dikategorikan dalam 2 (dua) jenis, yaitu:
  - i. Perbaikan Mayor; perbaikan yang dilakukan mengganggu proses perawatan pasien, proses pelayanan, proses kegiatan di rumah sakit dan membahayakan manusia di sekitar lokasi perbaikan.



- ii. Perbaikan Minor; perbaikan yang dilakukan tidak mengganggu proses perawatan pasien, proses pelayanan, proses kegiatan di rumah sakit dan tidak membahayakan manusia di sekitar lokasi perbaikan.
- b) Pada konstruksi/pembangunan, demolisi/pembongkaran, dan perbaikan mayor, petugas yang bertanggung jawab terhadap hal tersebut wajib mengajukan penilaian risiko prakonstruksi / pre construction risk assessment (PCRA) kepada tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan.
- c) Penilaian risiko prakonstruksi / pre construction risk assessment (PCRA) meliputi:
  - i. Kualitas udara;
  - ii. Pencegahan dan pengendalian infeksi (oleh Komite PPI);
  - iii. Utilitas;
  - iv. Kebisingan;
  - v. Getaran;
  - vi. Bahan dan limbah berbahaya;
  - vii. Keselamatan kebakaran;
  - viii. Keamanan;
  - ix. Prosedur darurat, termasuk jalur/keluar alternatif dan akses ke layanan darurat; dan
  - x. Bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan
  - xi. Penilaian manajemen risiko pekerjaan yang dilakukan
  - xii. Rencana/pelaksanaan pengurangan risiko dampak keselamatan serta keamanan bagi pasien, keluarga, pengunjung, dan staf.
- d) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan memastikan kepatuhan kontraktor dengan pemantauan, penegakkan, dan pendokumentasian.
- e) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan berkomunikasi dengan kontraktor terkait anggaran biaya penerapan hasil kajian PCRA dengan didampingi Pimpinan RS dan atau Direktur RS.
- f) SOP yang berkaitan dengan Proses pengelolaan Penanganan Kedaruratan dan Bencana dalam Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, yaitu :
  - i. SOP Pelaporan Kerusakan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit.
  - ii. SOP Assesment Risiko Pra Kontruksi / PCRA

11. Pelatihan.

- a) Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan diberikan kepada seluruh staf (mencakup vendor, pekerja kontrak, relawan, pelajar, peserta didik, dan peserta pelatihan yang bertempat di RSUD KH. Mansyur) dan penyewa tenant/penyewa lahan (sesuai poin dalam ketentuan umum) di lingkungan RSUD KH. Mansyur setiap tahun, termasuk di dalamnya instruksi tentang proses pelaporan potensi risiko dan pelaporan insiden dan cedera.
- b) Tujuan dilakukannya Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan adalah:
  - i. Staf mengetahui, memahami, dan menjalankan perannya dalam mengidentifikasi dan mengurangi risiko,
  - ii. Melindungi orang lain dan diri mereka sendiri, serta
  - iii. Menciptakan fasilitas yang aman, selamat, dan terjamin.
- c) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan melakukan perencanaan jenis dan tingkat pelatihan untuk staf. Program pelatihan dapat mencakup instruksi kelompok, modul pendidikan online, materi pendidikan tertulis, komponen orientasi staf baru, dan/atau beberapa mekanisme lain yang memenuhi kebutuhan rumah sakit.
- d) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan melakukan pengujian pengetahuan staf. Staf diuji tentang prosedur darurat, termasuk prosedur keselamatan kebakaran. Sebagaimana berlaku untuk peran dan tanggung jawab anggota staf, pelatihan dan pengujian membahas bahan berbahaya dan respons terhadap bahaya, seperti tumpahan bahan kimia berbahaya, dan penggunaan peralatan medis yang dapat menimbulkan risiko bagi pasien dan staf. Pengetahuan dapat diuji melalui berbagai cara, seperti demonstrasi individu atau kelompok, demonstrasi, peristiwa simulasi seperti epidemi di masyarakat, penggunaan tes tertulis atau komputer, atau cara lain yang sesuai dengan pengetahuan yang diuji.
- e) Pelaksanaan pelatihan dan pengujian staf didokumentasikan dan diarsipkan oleh tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan

- f) Tim penanggungjawab pengelolaan manajemen fasilitas dan keselamatan melakukan perencanaan Program Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan meliputi :
- i. Keselamatan dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - ii. Keamanan dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - iii. Pengelolaan B3 dan limbahnya dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - iv. Proteksi kebakaran dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - v. Peralatan medis dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - vi. Sistem utilitas dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan.
  - vii. Penanganan bencana dan dapat menjelaskan dan/atau menunjukkan peran dan tanggung jawabnya dan didokumentasikan

Ditetapkan di Kintap

pada tanggal 09 Agustus 2023

DIREKTUR RSUD KH. MANSYUR



ENDIK ARIFianto