

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/40375/2024  
TENTANG  
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT JEJARING  
PENGAMPUAN PELAYANAN URONEFROLOGI  
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

- Menimbang :
- a. bahwa pelayanan uronefrologi merupakan pelayanan kesehatan sekunder dan/atau tersier dengan angka kesakitan (morbiditas), angka kematian (mortalitas), dan pembiayaan yang tinggi dimana dalam penyelenggaraannya membutuhkan kompetensi sumber daya manusia, sarana dan prasarana, peralatan, dan sumber daya lain yang sesuai dengan standar;
  - b. bahwa untuk pelaksanaan jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi, diperlukan suatu petunjuk teknis agar penyelenggaraan jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi dapat terlaksana secara komprehensif, efektif, efisien dan memenuhi indikator pengampuan;
  - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, dan b, perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Uronefrologi;

- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembar Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
  2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
  3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasaitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
  4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);
  5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964);
  6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/ 1339/2023 tentang Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Uronefrologi;

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT JEJARING PENGAMPUAN PELAYANAN URONEFROLOGI.
- KESATU : Menetapkan Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan Uronefrologi yang selanjutnya disebut Juknis Pengampuan Pelayanan Uronefrologi sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.
- KEDUA : Juknis Pengampuan Pelayanan Uronefrologi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, menjadi acuan dalam penyelenggaraan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi.
- KETIGA : Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab terhadap pemenuhan ketersediaan sumber daya manusia, sarana, prasarana, dan alat kesehatan, serta pendanaan.
- KEEMPAT : Pembinaan dan Pengawasan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan pelayanan uronefrologi dilakukan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing.
- KELIMA : Pembiayaan yang timbul sebagai akibat pelaksanaan tugas koordinator pengampuan pelayanan uronefrologi dan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara, Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah, dan/atau sumber lain yang sah dan tidak mengikat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEENAM : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 27 Mei 2024

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya  
Ketua Tim Kerja Hukum  
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan



Rico Mardiansyah, SH, MH  
NIP. 198603192010121004

LAMPIRAN  
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL  
PELAYANAN KESEHATAN  
NOMOR HK.02.02/D/40375/2024  
TENTANG  
PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN  
RUMAH SAKIT JEJARING PENGAMPUAN  
PELAYANAN URONEFROLOGI

PETUNJUK TEKNIS PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT JEJARING  
PENGAMPUAN PELAYANAN URONEFROLOGI

BAB I  
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), prevalensi kasus Penyakit Ginjal Kronik (PGK) terus meningkat dari 2/1000 penduduk pada tahun 2013 menjadi 3,8/1000 penduduk pada tahun 2018 dan diprediksi akan terus meningkat pada masa depan. PGK di Indonesia paling banyak disebabkan oleh komplikasi dari Penyakit Tidak Menular (PTM) seperti diabetes, hipertensi dan penyakit glomerular, namun juga dapat disebabkan oleh penyebab yang dapat dikoreksi seperti batu saluran kemih, infeksi, keganasan atau kelainan kongenital. Penyakit Ginjal Kronis ini berpotensi menyebabkan beban kesehatan global karena dapat berkembang menjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang membutuhkan Terapi Pengganti Ginjal (TPG).

Pengeluaran tatalaksana Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) merupakan pengeluaran terbesar ke-4 dari total pengeluaran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada periode tahun 2018-2020 mencapai 6,4 Triliun Rupiah atau 11,48% dari keseluruhan tanggungan BPJS. Pada tahun 2021, biaya yang dikeluarkan BPJS Kesehatan untuk memberikan 6,3 juta layanan gagal ginjal menghabiskan 6,5 Triliun Rupiah.

Sampai saat ini, hemodialisis merupakan modalitas utama Terapi Pengganti Ginjal (TPG) pada pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) di

Indonesia. Data Indonesian Renal Registry (IRR) tahun 2020 menunjukkan bahwa jumlah pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang menjalani hemodialisis (HD) terus meningkat setiap tahunnya dengan angka mortalitas yang tinggi mencapai 22%. Pada tahun 2018, terjadi peningkatan jumlah pasien baru yang mendapatkan HD sebanyak 2 kali lipat dibandingkan tahun 2017 dari 30 ribu pasien menjadi 66 ribu pasien. Pada tahun 2020, terdapat 130 ribu pasien yang menjalani terapi HD. Walaupun dialisis peritoneal (*peritoneal dialysis*/PD) dan transplantasi ginjal menawarkan kualitas hidup yang lebih baik, namun proporsi pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang mendapatkan terapi tersebut sangat sedikit. Proporsi pasien yang menjalani terapi CAPD hanya 2% dari total seluruh pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang menjalani Terapi Pengganti Ginjal (TPG). Sedangkan proporsi transplantasi ginjal hanya 1%, dimana angka transplantasi ginjal baru mencapai sekitar 1000 kasus dari tahun 1977 hingga sekarang.

Selain menawarkan kualitas hidup yang lebih baik, PD dan TPG juga terbukti lebih hemat dalam jangka panjang. Biaya yang dikeluarkan untuk menyediakan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 64 tahun 2016 yaitu biaya CAPD mencapai 76 juta Rupiah per tahun, HD mencapai 92 juta rupiah per tahun untuk 2 kali tindakan per minggu dan transplantasi ginjal mencapai 378 juta rupiah untuk 1 kali tindakan.

Fokus manajemen PGK adalah pencegahan progresifitas menjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang akan meningkatkan mortalitas, morbiditas dan disabilitas. Karena itu, skrining, diagnosis dini dan tatalaksana pada stadium awal faktor risiko dirasa sangat penting untuk pencegahan progresifitas PGK. Skrining dan deteksi dini awal perlu dilakukan mulai dari fasilitas kesehatan pertama, sedangkan tatalaksana atau manajemen komplikasi dapat dilakukan di fasilitas kesehatan rujukan. Hal ini menekankan pentingnya sistem rujukan kesehatan di bidang uronefrologi yang baik, sehingga dapat menatalaksana PGK secara paripurna.

Dengan adanya masalah-masalah di atas, dibutuhkan transformasi layanan Uronefrologi di Indonesia. Transformasi ini dilakukan dengan melaksanakan program pengampunan layanan Uronefrologi di Indonesia yang bertujuan memperkuat pelayanan, melakukan pemerataan layanan

serta meningkatkan kemutakhiran teknologi diagnosis dan terapi kasus Uronefrologi di Indonesia.

Dalam memberikan layanan Uronefrologi yang holistik dan komprehensif untuk menurunkan kejadian Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) maka diperlukan layanan dari hulu ke hilir yang meliputi skrining dan deteksi dini penyakit yang dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal, tata laksana dini yang adekuat, serta penanganan dengan berbagai modalitas Terapi Pengganti Ginjal (TPG) apabila sudah terjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) yang terdiri atas hemodialisa, CAPD hingga transplantasi ginjal. Terdapat empat pilar layanan Uronefrologi antara lain:

a. Layanan PGK terintegrasi

Layanan ini bertujuan untuk melakukan skrining dan diagnosis dini pada populasi berisiko, baik anak atau dewasa, dan memberikan tata laksana awal pada kondisi yang dapat dikoreksi (*correctable cause*) seperti batu saluran kemih, hipertensi, diabetes maupun penyakit ginjal lainnya yang bertujuan untuk menghambat progresifitas menuju Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA). Hal ini juga termasuk menginisiasi program pemeriksaan urin setiap tahun pada anak dan remaja di seluruh sekolah sebagai bagian dari program skrining.

b. Layanan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) terintegrasi

Pada pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA), diperlukan tindakan pergantian fungsi ginjal baik secara temporer maupun permanen. Terapi Pengganti Ginjal (TPG) terdiri dari hemodialisa, CAPD dan transplantasi ginjal. Layanan ini terdiri mulai dari edukasi, persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG), pemasangan akses untuk Terapi Pengganti Ginjal (TPG), diagnosis hingga pemeliharaan Terapi Pengganti Ginjal (TPG).

c. Layanan *Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract* (CAKUT)

Deteksi dini kelainan ginjal dan saluran kemih pada kelainan kongenital merupakan salah satu hal yang penting dalam mencegah terjadinya progresivitas menjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) pada anak. Sehingga layanan ini diperlukan mulai dari proses skrining dan deteksi dini antenatal pada ibu hamil, melakukan monitoring dan evaluasi hingga tatalaksana operatif yang berkaitan dengan CAKUT.

d. Layanan Prostat dan Uro-Onkologi

Penyakit prostat dan keganasan (onkologi) pada ginjal dan saluran kemih juga dapat menyebabkan penurunan fungsi ginjal sehingga dibutuhkan skrining dan deteksi dini pada kelainan prostat dan keganasan urologi serta diagnosis dan tatalaksana yang adekuat.

B. Tujuan

Sebagai acuan dalam penyelenggaraan pengampuan jejaring pelayanan uronefrologi agar tercapainya peningkatan akses dan kualitas pelayanan uronefrologi.

C. Ruang Lingkup

1. Stratifikasi rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kanker.
2. Kriteria rumah sakit pengampu, dan rumah sakit diampu.
3. Tugas koordinator jejaring pengampuan pelayanan kanker, rumah sakit pengampu, dan rumah sakit diampu.
4. Indikator keberhasilan pengampuan pelayanan kanker.
5. Penyelenggaraan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi, meliputi:
  - a. Perencanaan;
  - b. Pelaksanaan; dan
  - c. Monitoring dan evaluasi.
6. Peran dan dukungan Pemerintah dan Pemerintah Daerah

D. Sasaran

1. Rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi;
2. Dinas Kesehatan Provinsi
3. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota;
4. Pihak terkait lainnya

## BAB II

### PENGAMPUAN RUMAH SAKIT JEJARING LAYANAN URONEFROLOGI

#### A. Stratifikasi Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan

Pelayanan Uronefrologi dalam Jejaring Pengampuan Pelayanan Uronefrologi dibagi atas tiga strata berdasarkan standar layanan yang diberikan, serta ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang diselenggarakan dengan pendekatan multidisplin dan sarana prasarana. Tiga strata dalam Program Pengampuan Uronefrologi di Indonesia adalah sebagai berikut:

##### 1. Rumah Sakit Strata Paripurna

###### a. Standar Pelayanan

- 1) Prosedur skrining calon transplantasi ginjal dan Pelayanan transplantasi ginjal dewasa
- 2) Prosedur persiapan transplantasi ginjal meliputi:
  - a) Skrining infeksi, minimal TORCH, C3, C4, IgA
  - b) Penunjang: CT Angiography
  - c) Prosedur Khusus Resipien: Endoskopi
- 3) Pelayanan advokasi untuk transplantasi (selama belum dilakukan Komite Transplantasi Nasional)
- 4) Pelayanan Biopsi ginjal dengan pemeriksaan mikroskop cahaya (pulasan HE dan pulasan khusus) dan mikroskop imunofluoresensi
- 5) Hemodialisis teknik khusus anak
- 6) Hemodialisis dan CAPD Anak
- 7) Hemodialisis teknik khusus dewasa
- 8) Hemodialisis dan CAPD Dewasa
- 9) Pemasangan akses hemodialisis temporer dan permanen
- 10) Pelayanan skrining, diagnosis, tatalaksana operasi terbuka dan teknik invasif minimal batu saluran kemih anak dan dewasa
- 11) Pelayanan Skrining, diagnosis, staging, tatalaksana kemoterapi, radioterapi, operasi terbuka keganasan urologi
- 12) Pelayanan skrining, diagnosis, tatalaksana operasi terbuka dan teknik invasif minimal penyakit prostat (TURP)

- 13) Pelayanan skrining, diagnosis dengan pemeriksaan voiding cystourethrogram (VCUG) dan tatalaksana operasi terbuka rekonstruksi CAKUT
- 14) Skrining, diagnosis dan tatalaksana penyakit ginjal kronis dewasa dan anak dengan pemeriksaan tekanan darah, urinalisis dan pemeriksaan laboratorium HbA1C, kalsium, fosfat, albumin creatinin ratio (ACR), ANA, ds-DNA, ASTO, C3, C4, IgA.
- 15) Pemeriksaan darah pre-Dialisis mencakup pemeriksaan Elektrolit, kadar besi (Fe), HbsAg, anti HCV, dan anti HIV

Rumah Sakit dapat mengembangkan layanan

- 1) Robotic Surgery
  - 2) Layanan pemeriksaan mikroskop electron
  - 3) Pelayanan transplantasi ginjal anak
  - 4) HLA genotyping dan cross match
  - 5) Pemeriksaan penunjang persiapan transplantasi ginjal meliputi Cross match, Immunologi transplant dan pemeriksaan serologi EBV
  - 6) Pelayanan operasi invasif minimal rekonstruksi CAKUT
  - 7) Pelayanan operasi invasif minimal kanker saluran kemih
  - 8) Pelayanan radiologi nuklir
- b. Standar sumber Daya manusia
- 1) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis ginjal hipertensi
  - 2) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis gastro entero hepatologi
  - 3) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis infeksi dan penyakit tropik
  - 4) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis alergi imunologi; atau subspesialis rheumatologi
  - 5) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis hemato-onkologi medik
  - 6) Dokter Spesialis Anak subspesialis nefrologi
  - 7) Dokter Spesialis Patologi Anatomi subspesialis uropatologi dan reproduksi laki-laki; atau fellowship patologi prostat dan saluran kemih atau fellowship patologi ginjal

neoplastik, testis dan penis; atau fellowship Patologi Ginjal non-neoplastik (*renal medicine*)

- 8) Dokter Spesialis Urologi subspesialis transplantasi atau fellowship transplantasi
- 9) Dokter Spesialis Urologi subspesialis onkologi atau fellowship onkologi
- 10) Dokter Spesialis Urologi subspesialis pediatri atau fellowship pediatri
- 11) Dokter Spesialis kedokteran jiwa
- 12) Dokter Spesialis Forensik
- 13) Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi subspesialis fetomaternal
- 14) Dokter Spesialis Anestesi
- 15) Dokter Spesialis Patologi Anatomi
- 16) Dokter Spesialis Radiologi
- 17) Dokter Spesialis Bedah Torak dan Kardiovaskuler atau Dokter Spesialis Bedah subspesialis bedah vaskuler
- 18) Dokter Spesialis Onkologi Radiasi
- 19) Dokter Spesialis Gizi Klinik
- 20) Dokter Spesialis Anak
- 21) Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi
- 22) Dokter Spesialis Urologi
- 23) Dokter Spesialis Patologi Klinik
- 24) Dokter umum
- 25) D3/S1 Perawat tersertifikasi dialisis
- 26) Tenaga farmasi
- 27) Dietisien
- 28) ATLM atau Teknisi PA dengan kemampuan pemrosesan jaringan histopatologi dan histokimia dasar
- 29) Ners Spesialis medikal bedah
- 30) *Transplant coordinator*

Rumah Sakit dapat memiliki sumber daya manusia:

- 1) Dokter Spesialis penyakit dalam subspesialis endokrin, metabolik, dan diabetes
- 2) Dokter Spesialis Anak subspesialis Infeksi dan Penyakit Tropik

- 3) Dokter Spesialis Anak subspesialis Kardiologi
  - 4) Dokter Spesialis Anak subspesialis Emergensi dan Rawat Intensif Anak
  - 5) Dokter Spesialis Anak Subspesialis Gastroenterohepatologi
  - 6) Dokter Spesialis Kedokteran Nuklir
  - 7) Dokter Spesialis Urologi dengan pelatihan robotic surgery
  - 8) Dokter Spesialis Patologi Anatomi subspesialis uropatologi dan reproduksi laki-laki dengan pelatihan khusus interpretasi mikroskop elektron
- c. Standar Sarana Prasarana dan Alat kesehatan
- 1) Unit Hemodialisis (kompatibel pediatrik)
  - 2) Mikroskop diseksi
  - 3) Mikroskop imunofluoresensi
  - 4) Renograf
  - 5) Set endourologi
    - a) Monitor System
    - b) Adult Lower Tract Set
    - c) Bipolar System
    - d) Ureteroskopi (URS)
    - e) Adult Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)
    - f) Litotriptor
    - g) Pediatric Mini PCNL
    - h) Pediatric Lower Set
    - i) Flexible cytoscope
    - j) Flexible URS
  - 6) Mesin Plasmafairesis/*Mesin Continous Renal Replacement Therapy* (CRRT)
  - 7) Automated peritoneal dialysis
  - 8) Set transplantasi ginjal donor
  - 9) Set transplantasi ginjal resipien
  - 10) USG Doppler (Probe Liner, Probe Curve dan Probe Transrectal)
  - 11) CT Scan Minimal 64 Slide
  - 12) Elisa Reader atau Immunology Analyzer
  - 13) C-Arm
  - 14) Extracorporeal Shock Wave lithotripsy (ESWL)
  - 15) Biopsy gun anak dan dewasa

- 16) Laser Holmium
- 17) Surgical microscope
- 18) Video Urodynamic
- 19) Set Operasi Mayor atau set laparotomi
- 20) Unit Radioterapi
- 21) Blood chemical analyzer
- 22) Ruang Operasi
- 23) Ruang ESWL
- 24) Ruang Hemodialisis
- 25) Ruang CAPD

Rumah sakit dapat memiliki sarana prasarana dan alat kesehatan:

- 1) Bead-based multiplex assay (luminex)
- 2) Flowsitometri
- 3) Complement-dependent cytotoxicity
- 4) Unit laparoscopi
- 5) Mikroskop electron
- 6) Robotic surgery system

## 2. Rumah Sakit Strata Utama

### a. Standar Pelayanan

- 1) Prosedur skrining umum calon transplantasi ginjal
- 2) Biopsi ginjal dengan pemeriksaan mikroskop cahaya (pulasan HE dan pulasan khusus)
- 3) Pelayanan skrining, diagnosis, tatalaksana operasi terbuka dan teknik invasif minimal batu saluran kemih anak dan dewasa
- 4) Pelayanan Skrining, diagnosis, staging, tatalaksana kemoterapi, radioterapi, operasi terbuka keganasan urologi
- 5) Pelayanan skrining, diagnosis, tatalaksana operasi terbuka dan teknik invasif minimal penyakit prostat (TURP)
- 6) Pelayanan skrining, diagnosis dengan pemeriksaan voiding cystouretherography (VCUG) dan tatalaksana operasi terbuka rekonstruksi CAKUT
- 7) Hemodialisis teknik khusus dewasa
- 8) Hemodialisis dan CAPD Dewasa
- 9) Pemasangan akses hemodialisis temporer dan permanen

- 10) Skrining, diagnosis dan tatalaksana penyakit ginjal kronis dewasa dan anak dengan pemeriksaan tekanan darah, urinalisis dan pemeriksaan laboratorium HbA1C, kalsium, fosfat, albumin creatinin ratio (ACR), ANA, ds-DNA, ASTO, C3, C4, IgA.
- 11) Pemeriksaan darah pre-Dialisis mencakup pemeriksaan Elektrolit, kadar besi (Fe), HbsAg, anti HCV, dan anti HIV

Rumah sakit dapat mengembangkan layanan:

- 1) Hemodialisis dan CAPD anak
  - 2) Biopsi ginjal dengan pulasan mikroskop imunofluorosensi
- b. Standar sumber Daya manusia
- 1) Dokter Spesialis penyakit dalam subspecialis hemato-onkologi medik
  - 2) Dokter Spesialis penyakit dalam subspecialis ginjal hipertensi atau Dokter Spesialis penyakit dalam dengan kualifikasi tambahan di bidang dialisis
  - 3) Dokter Spesialis Patologi Anatomi fellowship patologi prostat dan saluran kemih atau fellowship patologi ginjal neoplastik, testis dan penis; atau fellowship Patologi Ginjal non-neoplastik (renal medicine); atau patologi anatomi dengan kompetensi nefropatologi
  - 4) Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi subspecialis fetomaternal
  - 5) Dokter Spesialis Patologi Anatomi
  - 6) Dokter Spesialis Radiologi
  - 7) Dokter Spesialis Anestesi
  - 8) Dokter Spesialis Onkologi Radiasi
  - 9) Dokter Spesialis Gizi Klinik
  - 10) Dokter Spesialis Bedah Torak dan Kardiovaskuler atau Dokter Spesialis Bedah subspecialis bedah vaskuler
  - 11) Dokter Spesialis Anestesi
  - 12) Dokter Spesialis Anak
  - 13) Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi
  - 14) Dokter Spesialis Urologi
  - 15) Dokter Spesialis Patologi Klinik
  - 16) Dokter Spesialis Penyakit Dalam

- 17) Dokter umum
- 18) D3/S1 Perawat tersertifikasi dialisis
- 19) Tenaga farmasi
- 20) Dietisien
- 21) ATLM atau Teknisi PA dengan kemampuan pemrosesan jaringan histopatologi dan histokimia dasar
- 22) Ners Spesialis medikal bedah

Rumah sakit dapat memiliki sumber daya manusia:

- 1) Dokter Spesialis Anak fellowship dialisis
- 2) Dokter Spesialis Urologi subspesialis onkologi atau fellowship onkologi
- 3) Dokter Spesialis Urologi subspesialis pediatri atau fellowship pediatri

c. Standar Sarana prasarana dan Alat kesehatan:

- 1) Unit Hemodialisis (kompatibel pediatrik), untuk rumah sakit strata utama yang tidak ada rumah sakit paripurna di provinsinya
- 2) Set endourologi
  - a) Monitor System
  - b) Adult Lower Tract Set
  - c) Bipolar System
  - d) Ureteroskopi (URS)
  - e) Adult Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)
  - f) Litotriptor
  - g) Pediatric Mini PCNL
  - h) Pediatric Lower Set
- 3) USG Doppler (Probe Liner, Probe Curve dan Probe Transrectal)
- 4) Extracorporeal Shock Wave lithotripsy (ESWL)
- 5) Biopsy gun anak dan dewasa
- 6) Laser Holmium
- 7) Surgical microscope
- 8) Video Urodynamic
- 9) Set Operasi Mayor atau set laparotomi
- 10) Unit Radioterapi
- 11) CT Scan Minimal 64 Slide

- 12) Elisa Reader atau Immunology Analyzer
- 13) C-Arm
- 14) Blood Chemical Analyzer
- 15) Ruang Hemodialisis
- 16) Ruang CAPD
- 17) Ruang Operasi
- 18) Ruang ESWL

Rumah sakit dapat memiliki sarana prasarana dan alat kesehatan

- 1) Unit laparoscopi
- 2) Flowsitometri

### 3. Rumah Sakit Strata Madya

#### a. Standar Pelayanan

- 1) Pelayanan skrining, diagnosis, tatalaksana operasi terbuka dan teknik invasif minimal batu saluran kemih dewasa
- 2) Hemodialisis dan CAPD Dewasa
- 3) Pemasangan akses hemodialisis temporer dan permanen
- 4) Skrining, diagnosis dan tatalaksana penyakit ginjal kronis dewasa dan anak dengan pemeriksaan tekanan darah, urinalisis dan pemeriksaan laboratorium HbA1C, kalsium, fosfat, albumin creatinin ratio (ACR), ANA, ds-DNA, ASTO, C3, C4, IgA.
- 5) Pemeriksaan darah pre-Dialisis mencakup pemeriksaan Elektrolit, kadar besi (Fe), HbsAg, anti HCV, dan anti HIV

Rumah sakit dapat mengembangkan layanan:

Pelayanan skrining dan diagnosis CAKUT

#### b. Standar sumber Daya manusia

- 1) Dokter Spesialis penyakit dalam subspecialis ginjal hipertensi atau Dokter Spesialis penyakit dalam dengan kualifikasi tambahan di bidang dialisis
- 2) Dokter Spesialis penyakit dalam
- 3) Dokter Spesialis Bedah dengan kompetensi pemasangan akses dialisis
- 4) Dokter Spesialis Anestesi
- 5) Dokter Spesialis Anak
- 6) Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi

- 7) Dokter Spesialis Urologi
- 8) Dokter Spesialis Patologi Klinik
- 9) Dokter umum
- 10) D3/S1 Perawat tersertifikasi dialisis
- 11) Tenaga farmasi
- 12) Dietisien
- 13) ATLM atau Teknisi PA dengan kemampuan pemrosesan jaringan histopatologi dan histokimia dasar

Rumah sakit dapat memiliki sumber daya manusia

- 1) Dokter Spesialis Patologi Anatomi
- 2) Dokter Spesialis Radiologi
- 3) Dokter Spesialis Bedah Torak dan Kardiovaskuler atau Dokter Spesialis Bedah subspesialis bedah vaskuler

c. Standar Sarana prasarana dan Alat kesehatan

- 1) USG Doppler (Probe Liner, Probe Curve dan Probe Transrectal)
- 2) Unit Hemodialisis
- 3) CT Scan Minimal 64 Slide
- 4) Elisa Reader atau Immunology Analyzer
- 5) C-Arm
- 6) Set endourologi madya
  - a) Monitor System
  - b) Adult Lower Tract Set
  - c) Bipolar System
  - d) Ureteroskopi (URS)
  - e) Adult Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)
  - f) Litotriptor
- 7) Blood Chemical Analyzer
- 8) Ruang Hemodialisis
- 9) Ruang CAPD
- 10) Ruang operasi

Rumah sakit dapat memiliki sarana prasarana dan alat kesehatan:

- 1) Unit Laparoskopi
- 2) Biopsy gun dewasa

B. Kriteria rumah sakit pengampu dan rumah sakit diampu

Untuk melakukan kegiatan pengampunan, Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Rumah sakit pengampu
  - a. Rumah sakit memiliki kemampuan pelayanan yang lebih tinggi dari rumah sakit diampu.
  - b. Mendapat rekomendasi koordinator jejaring pengampunan
2. Rumah sakit diampu
  - a. Rumah sakit yang belum memiliki kemampuan dan/atau memerlukan peningkatan kemampuan pelayanan dalam rangka mencapai target strata pengampunan
  - b. Rumah sakit yang mendapat dukungan dari pemilik rumah sakit dalam rangka kegiatan pengampunan dan pengembangan layanan uronefrologi

C. Tugas koordinator jejaring pengampunan pelayanan uronefrologi, rumah sakit pengampu dan rumah sakit diampu

1. Koordinator Jejaring Pengampunan
  - a. Merangkap sebagai rumah sakit pengampu
  - b. Menyusun rencana penyelenggaraan jejaring pengampunan dan upaya pencapaiannya sesuai dengan indikator output
  - c. Melakukan koordinasi dan fasilitasi terhadap penguatan pelayanan, pendidikan, dan penelitian terhadap pelayanan uronefrologi, termasuk kemitraan dengan pihak ketiga.
  - d. Melakukan kajian dan memberikan rekomendasi kepada Kementerian Kesehatan terhadap:
    - 1) Target tahunan;
    - 2) Kebutuhan sumber daya manusia termasuk peningkatan kompetensinya; dan
    - 3) Perencanaan sarana, prasarana, dan peralatan, pengampunan pelayanan uronefrologi.
  - e. Melakukan analisis dan koordinasi data registry uronefrologi.
  - f. Melakukan monitoring evaluasi terhadap proses pelaksanaan pengampunan jejaring sesuai target pengampunan secara berkala.
  - g. Memberikan feedback dan rekomendasi berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi kepada rumah sakit diampu terkait pengampunan pelayanan uronefrologi.

- h. Menyampaikan laporan pelaksanaan pengampuan pelayanan uronefrologi secara berkala setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu diperlukan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.
  - i. membentuk kelompok kerja/tim penanggung jawab kegiatan pengampuan yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit
  - j. Berkoordinasi dengan jejaring rumah sakit pengampuan dalam hal penyusunan rekomendasi kebijakan;
2. Rumah Sakit Pengampu
- a. mengembangkan pelayanan dalam bidang Uronefrologi sesuai strata
  - b. Menyusun rencana kerja penyelenggaraan pengampuan
  - c. melakukan analisis dan evaluasi pelayanan untuk rekomendasi kebijakan;
  - d. membantu dalam penyusunan dan implementasi PPK dalam bidang Uronefrologi
  - e. melakukan kegiatan pengampuan pada rumah sakit jejaring yang meliputi:
    - 1) melakukan identifikasi terhadap pemetaan kompetensi, kebutuhan sarana dan prasarana, serta SDM RS Diampu untuk menetapkan target pengampuan dan upaya mencapai target;
    - 2) dukungan dalam menyusun rencana operasional dan rencana strategis bisnis dalam pengembangan layanan RS Diampu;
    - 3) membentuk kelompok kerja/tim penanggung jawab kegiatan pengembangan layanan Uronefrologi dan pengampuan;
    - 4) meningkatkan kompetensi sumber daya manusia kesehatan untuk pelayanan penyakit prioritas yang dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan, konsultasi secara langsung atau melalui telekonsultasi, pendampingan oleh tim pengampu layanan penyakit prioritas, dan kegiatan lain sesuai kebutuhan
    - 5) melakukan pembagian tugas pengampuan pada rumah sakit yang telah ditentukan;

- 6) Membangun sistem komunikasi dan melakukan monitoring evaluasi sesuai target pengampuan; dan
  - 7) melakukan advokasi dan menjalin kerjasama kepada pihak terkait dalam upaya peningkatan pelayanan penyakit prioritas pada Rumah Sakit Diampu.
- f. menyampaikan pelaporan terhadap pelaksanaan pengampuan baik terkait dengan kemajuan pengembangan pelayanan di internal RS Pengampu maupun perkembangan pengampuan di RS Diampu secara berkala setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu-waktu untuk disampaikan kepada Koordinator pengampu, Kementerian Kesehatan dan pihak lain yang terlibat.
3. Rumah Sakit Diampu
- a. mengembangkan pelayanan sesuai dengan strata target yang telah ditetapkan;
  - b. membentuk kelompok kerja/tim penanggung jawab kegiatan pengampuan yang ditetapkan oleh Pimpinan Rumah Sakit.
  - c. menyusun rencana kegiatan pengampuan pelayanan uronefrologi
  - d. Melakukan identifikasi dan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia kesehatan, bangunan, prasarana dan alat kesehatan
  - e. menjalin kerja sama dengan pemangku kepentingan dalam penguatan koordinasi layanan Uronefrologi.
  - f. menyediakan data penyakit uronefrologi yang menjadi dasar dan analisis pelayanan untuk rekomendasi kebijakan;
  - g. melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kegiatan pelaksanaan jejaring pengampuan uronefrologi.
  - h. menyampaikan laporan pelaksanaan jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi secara berkala setiap 3 (tiga) bulan atau sewaktu waktu jika diperlukan kepada rumah sakit Pengampu yang ditembuskan kepada Koordintor Pengampu Pelayanan uronefrologi, Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

#### D. Regionalisasi Pengampuan

Dalam rangka percepatan penyelenggaraan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan uronefrologi, dapat dilakukan melalui pola pengampuan:

1. Lintas Provinsi

Pengampuan dilakukan oleh Koordinator atau Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu berdasarkan pembagian wilayah provinsi yang telah ditetapkan.

2. Kabupaten/Kota

Dalam penyelenggaraan Rumah Sakit Jejaring Pengampuan pelayanan uronefrologi di tingkat kabupaten / kota, dapat dilakukan melalui:

- a. Rumah Sakit Pengampu di wilayah Provinsi dan Rumah Sakit Diampu dengan strata madya di tingkat kabupaten/kota.
- b. Rumah Sakit pengampu dengan strata madya di tingkat kabupaten/kota dan Rumah Sakit diampu dengan strata madya di tingkat kabupaten/kota lainnya pada provinsi yang sama.

Penunjukan rumah sakit pengampu dan wilayah pengampuan akan ditetapkan setelah di sepakati bersama antara rumah sakit pengampu, koordinator rumah sakit pengampu dan Kementerian Kesehatan.

E. Indikator keberhasilan pengampuan

Terdapat indikator yang digunakan dalam Program Pengampuan Layanan Uronefrologi, yaitu indikator output.

Tabel Indikator Output

Layanan	Indikator Outcome	Definisi	Data yang dibutuhkan
	Terselenggaranya layanan uronefrologi pada setiap rumah sakit yang diampu sesuai dengan stratifikasi	Rumah sakit diampu sudah menyelenggarakan pelayanan di bidang uronefrologi	Daftar pelayanan kesehatan pada bidang uronefrologi di rumah sakit
PGK Terintegrasi	Proporsi pemeriksaan ACR, UL, dan eGFR pada populasi berisiko meningkat hingga 20%	Presentase dari pasien berisiko yang dilakukan pemeriksaan ACR, UL, eGFR yang ditujukan untuk skrining dan	1. Jumlah pasien yang berisiko penyakit gagal ginjal (hipertensi, DM, batu saluran kemih, prostat, tumor bidang urologi, kelainan

		deteksi dini meningkat sebanyak 20% dari sebelumnya	kongenital, dll) 2. jumlah pasien pada poin 1 yang dilakukan pemeriksaan ACR, UL, eGFR
	Peningkatan diagnosis PGK pada populasi berisiko sebanyak 20%	Jumlah pasien berisiko yang terdiagnosis PGK meningkat sebanyak 20% dari jumlah sebelumnya	1. Jumlah pasien yang berisiko penyakit gagal ginjal (hipertensi, DM, batu saluran kemih, prostat, tumor bidang urologi, kelainan kongenital, dll) 2. jumlah pasien pada poin 1 yang terdiagnosis gagal ginjal
	Proporsi tatalaksana PGK dengan ACE inhibitor dan ARB sebanyak 20%	Pada pasien yang telah dilakukan skrining, jumlah pasien yang diberikan ACE-inhibitor dan ARB dengan tujuan pencegahan progresifitas meningkat sebanyak 20% dibandingkan dengan jumlah sebelumnya.	1. Jumlah pasien yang terdiagnosis gagal ginjal kronis 2. jumlah pasien pada poin 1 yang diberikan ACE-inhibitor dan ARB  Catatan: Pemberian ACE inhibitor dan ARB sesuai dengan indikasi atau pertimbangan dokter yang merawat.
	Proporsi intervensi nutrisi pada pasien PGK non dialisis meningkat sebanyak 20%	Jumlah pasien PGK yang dilakukan edukasi nutrisi baik oleh SpPD, SpA, dietisien maupun SpGK meningkat sebanyak 20% dari jumlah pasien sebelumnya	1. Jumlah pasien yang terdiagnosis gagal ginjal kronis 2. jumlah pasien pada poin 1 yang diberikan edukasi nutrisi baik oleh SpPD, SpA, dietisien maupun SpGK
	Peningkatan proporsi edukasi persiapan terapi pengganti ginjal sebanyak 10%	Jumlah pasien yang dilakukan edukasi Terapi Pengganti Ginjal (TPG) meningkat sebanyak 10% dibandingkan dengan sebelumnya	1. Jumlah pasien yang terdiagnosis gagal ginjal kronis 2. jumlah pasien pada poin 1 yang diberikan edukasi perihal terapi pengganti ginjal

	Meningkatkan rasio cakupan tatalaksana operatif batu ginjal dengan teknik invasif minimal dibandingkan teknik operasi terbuka sebanyak 50% dari tahun 2022 ke 2024	Rasio tatalaksana operatif batu ginjal meningkat 50% pada teknik invasif minimal dibandingkan dengan teknik operasi terbuka	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah pasien yang terdiagnosis batu saluran kemih</li> <li>2. jumlah pasien pada poin 1 yang dilakukan operatif dengan teknik invasif minimal</li> <li>3. Jumlah pasien pada poin 1 yang dilakukan operatif terbuka</li> </ol>
Layanan Terapi Pengganti Ginjal (Terapi Pengganti Ginjal (TPG)) Terpadu	Meningkatkan proporsi layanan CAPD sebanyak 5%	Jumlah pasien yang menjalani CAPD meningkat sebanyak 5% dari jumlah sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah pasien gagal ginjal yang dilakukan CAPD</li> <li>2. Jumlah pasien gagal ginjal yang dilakukan hemodialisis</li> </ol> <p>Catatan: Indikator ini tidak berlaku bagi RS yang baru membentuk layanan CAPD saat program pengampunan dimulai</p>
Layanan Prostat dan Uro-onkologi	Meningkatkan temuan kasus baru kanker prostat yang didapatkan dari hasil biopsi prostat sebesar 20% dari total kasus baru yang didiagnosis kanker prostat	Peningkatan diagnosis keganasan kanker prostat yang didapatkan dari hasil biopsi sebanyak 20% dari jumlah diagnosis sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah pasien terdiagnosis kanker prostat</li> <li>2. Jumlah pasien poin 1 yang dilakukan biopsi</li> </ol>
Layanan CAKUT	Meningkatkan jumlah cakupan skrining CAKUT menjadi 20% dari seluruh pasien yang menjalani pemeriksaan antenatal atau anak yang menderita ISK sebelum usia 1 tahun kehidupan	Peningkatan skrining CAKUT saat pemeriksaan antenatal rutin atau pada anak < 10 tahun dengan ISK berulang; sebanyak 20% dari jumlah sebelumnya	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah pasien anak yang menjalani antenatal</li> <li>2. Jumlah pasien anak sebelum 1 tahun yang menderita ISK</li> <li>3. Jumlah pasien poin 1 yang dilakukan skrining CAKUT</li> </ol>
	Meningkatkan jumlah penanganan kasus CAKUT sebanyak 20% dari total kasus CAKUT	Jumlah operasi CAKUT yang meningkat sebanyak 20% dari jumlah	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jumlah pasien anak terdiagnosis CAKUT</li> <li>2. Jumlah pasien poin 1 yang dilakukan terapi</li> </ol>

	baru yang ditemukan	sebelumnya	
--	---------------------	------------	--

BAB III

PENYELENGGARAAN RUMAH SAKIT JEJARING PELAYANAN URONEFROLOGI

A. Perencanaan

1. Rumah Sakit Diampu mengajukan permohonan pengampuan kepada Rumah Sakit Pengampu dalam rangka mengembangkan pelayanan prioritas dengan melampirkan data dukung berupa kajian kebutuhan pelayanan dan pemerataan akses serta peningkatan mutu. Selain melalui pengajuan permohonan, Rumah Sakit Pengampu juga dapat berkomunikasi lebih dahulu dengan Rumah Sakit Diampu untuk memulai kegiatan pengampuan.
2. Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu mengadakan pertemuan daring/luring untuk:
  - a. melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia, sarana, prasarana dan alat kesehatan melalui pengisian instrumen *self assessment* sesuai format terlampir.

Tabel 1. Instrument Self Assesment

INSTRUMEN <i>SELF ASSESMENT</i>			
<b>Nama RS</b> :			
<b>Strata Target</b> :			
<b>Tanggal Penilaian</b> :			
No	Parameter	Hasil (Ceklis)	Uraian/Keterangan /Kendala
<b>1. Aspek Umum / Manajemen (70)</b>			
1.1	<b>SK Tim Pengembangan (untuk RS Pengampu dan RS Diampu) dan Pengampuan (untuk RS Pengampu) Uronefrologi</b>		
	SK Tim Pengembangan		
	SK Tim Pengampuan		
1.2	<b>Panduan Praktik (PPK) dan Standar Prosedur Operasional (SPO) (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	PPK Penyakit Ginjal Kronik (PGK)		
	PPK Penyakit Ginjal Tahap Akhir (Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA))		
	PPK Batu Saluran Kemih		

	PPK Kanker Prostat		
	PPK CAKUT / Hidronefrosis pada Anak		
	Panduan Pelayanan Transplantasi Ginjal		
	SPO Pemeliharaan Unit Hemodialisis (HD)		
	SPO HD		
	SPO Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)		
	SPO Therapeutic Plasma Exchange (TPE)		
	SPO Pemasangan Akses HD Temporer		
	SPO Pemasangan Akses HD Semipermanen		
	SPO Pemasangan Akses HD Permanen		
	SPO Pelepasan Akses HD Temporer		
	SPO Pelepasan HD Semipermanen		
	SPO Insersi Kateter Tenckhoff		
	SPO Pemeriksaan Cairan Endotoxin		
	SPO Peritoneal Equilibrium Test		
	SPO Adequacy <i>Peritoneal Dialysis</i> (PD)		
	SPO Perawatan Exit Site PD		
	SPO Penggantian Transfer Set PD		
	SPO Edukasi PD		
	SPO Injeksi Obat Intraperitoneal		
	SPO Biopsi Ginjal		
	SPO Biopsi Prostat		
	SPO Extracorporeal Shockwave Lithotripsy (ESWL)		
	SPO Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL)		
	SPO Voiding Cystourethrography (VCUG)		
1.3	<b>Multidisciplinary Meeting</b>		
	Terkait Transplantasi Ginjal		
	Terkait Prostat dan Kanker Urologi		

	Terkait CAKUT / Hidronefrosis pada Anak		
1.4	<b>SK Tim Multidisiplin</b>		
	PGK		
	HD		
	PD		
	Transplantasi Ginjal		
	Tim Advokasi Transplantasi		
	Prostat dan Kanker Urologi		
	CAKUT / Hidronefrosis pada Anak		
<b>2. Layanan Penyakit Ginjal Kronik Terintegrasi (305)</b>			
2.1	<b>Ketersediaan ruangan khusus nefrologi (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Poli Nefrologi Umum (yang didedikasikan secara khusus pada hari dan jam tertentu)		
	Poli Dialisis (yang didedikasikan secara khusus pada hari dan jam tertentu)		
	Poli CAPD (yang didedikasikan secara khusus pada hari dan jam tertentu)		
	Ruang yang dapat digunakan untuk edukasi Terapi Pengganti Ginjal (TPG) (CAPD, Transplantasi, Hemodialisis)		
	Ruang OK yang dapat digunakan untuk Inseri Kateter Tenckhoff		
	Ruang Pemberian Imunosupresan Rawat Jalan		
	Ruang Tindakan (yang dapat digunakan untuk kegiatan yang berhubungan dengan CAPD)		
	Ruang Tindakan untuk tindakan Nefrologi (Biopsi Ginjal, USG dan pemasangan akses)		
2.2	<b>Jumlah pasien hipertensi per tahun</b>		
	< 50		
	50 – 200		
	200 – 300		
	301 – 400		

	401 – 500		
	> 500		
2.3	<b>Jumlah pasien diabetes melitus per tahun</b>		
	< 50		
	50 - 200		
	200 - 300		
	301 - 400		
	401 - 500		
	> 500		
2.4	<b>Ketersediaan pemeriksaan laboratorium/diagnosis lain (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Pemeriksaan urinalisis		
	Pemeriksaan eGFR		
	Pemeriksaan Albumin to Creatinine Ratio (ACR) atau Protein to Creatinine Ratio (PCR)		
	Pemeriksaan panel imunologi (ANA, komplemen, Anti ds-DNA, ASTO)		
	Pemeriksaan panel hepatitis		
	Pemeriksaan panel vasculitis		
	Pemrosesan jaringan dan pulasan mikroskop cahaya		
	Pemrosesan jaringan dan pulasan imunofluoresensi		
	Pemrosesan jaringan untuk mikroskop elektron		
2.5	<b>Proporsi pemeriksaan urinalisis pada pasien hipertensi, pasien DM dan pasien berisiko lain</b>		
	Tidak ada data		
	< 25%		
	25 - 50%		
	50 - 75%		
	>75%		
2.6	<b>Proporsi pemeriksaan ACR pada pasien hipertensi, pasien DM dan pasien berisiko lain</b>		

	Tidak ada data		
	< 25%		
	25 - 50%		
	50 - 75%		
	>75%		
2.7	<b>Proporsi pemeriksaan eGFR pada pasien hipertensi, pasien DM dan pasien berisiko lain</b>		
	Tidak ada data		
	< 25%		
	25 - 50%		
	50 - 75%		
	>75%		
2.8	<b>Jumlah kasus PGK stadium 3 - 5 (non dialisis) per tahun</b>		
	Tidak ada data atau < 50		
	50 - 100		
	101 - 150		
	151 - 200		
	> 200		
2.9	<b>Jumlah tindakan biopsi ginjal per tahun</b>		
	Tidak ada data		
	< 10		
	10 - 50		
	50 - 100		
	> 100		
2.10	<b>Jumlah pasien glomerulonefritis atau sindroma nefrotik per tahun</b>		
	Tidak ada data		
	< 10		
	10 - 50		
	50 - 100		
	> 100		

2.11	<p><b>Ketersediaan alat invasif minimal untuk batu saluran kemih (bisa dipilih &gt; 1)</b></p> <p>URS rigid</p> <p>Standard PCNL</p> <p>Mini PCNL</p> <p>Set <i>lower urinary tract</i> untuk pediatrik</p> <p>URS flexible untuk RIRS</p> <p>Teknologi laser untuk batu saluran kemih atau jaringan lainnya</p> <p>ESWL</p> <p>C-arm yang dapat digunakan untuk operasi urologi</p> <p>Lithotriptor / pemecah batu</p>	<p>Ketersediaan ruang timbal di OK yang digunakan untuk operasi urologi: ada / tidak</p> <p>Ketersediaan ruang timbal di ruangan yang digunakan / diproyeksikan untuk ESWL: ada / tidak</p>
2.12	<p><b>Jumlah operasi batu ginjal yang dilakukan secara invasif minimal (PCNL atau RIRS) dibandingkan dengan operasi terbuka (PCNL + RIRS / total operasi batu ginjal * 100%)</b></p> <p>Hanya melakukan operasi terbuka</p> <p>&lt; 25%</p> <p>25-50%</p> <p>50-75%</p> <p>&gt; 75%</p>	
2.13	<p><b>Jumlah kasus batu ginjal yang dikerjakan secara PCNL</b></p> <p>Tidak ada</p> <p>&lt; 20 kasus dalam 1 tahun</p> <p>20 - 50 kasus dalam 1 tahun</p> <p>50 - 100 kasus dalam 1 tahun</p> <p>&gt; 100 kasus dalam 1 tahun</p>	
2.14	<p><b>Jumlah kasus batu saluran kemih yang dikerjakan secara ESWL</b></p>	

	Tidak ada		
	< 10 kasus dalam 1 bulan		
	10 - 20 kasus dalam 1 bulan		
	20 - 50 kasus dalam 1 bulan		
	> 50 kasus dalam 1 bulan		
<b>3. Layanan Terapi Pengganti Ginjal Terintegrasi (180)</b>			
3.1	<b>HD Dewasa</b>		
	Tidak ada		
	Ada, Reuse		
	Ada, Single Use		
3.2	<b>Ketersediaan HDF, HF atau CRRT (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Tersedia HDF dan/atau HF		
	Tersedia CRRT		
3.3	<b>Layanan PD Dewasa (Perawatan dan pemeliharaan rutin CAPD)</b>		
	Tidak ada		
	Ada, CAPD		
	Ada, CAPD dan APD		
3.4	<b>Pemasangan Akses HD</b>		
	Harus dirujuk		
	Temporer		
	Semi Permanen		
	Permanen (AVF)		
3.5	<b>Pemasangan akses PD</b>		
	Harus dirujuk		
	Dapat dikerjakan di RS		
3.6	<b>Pemeriksaan diagnostik terkait Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) dan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Hematologi Lengkap		
	Kimia klinik (elektrolit, kalsium, fosfat) dan AGD		
	Pemeriksaan Imunologi transplantasi		

	dengan CDC		
	Protokol biopsi ginjal alograf		
	Vitamin D3, PTH dan ALP		
	Pemeriksaan Imunologi transplantasi dengan Flowcytometry		
	Pemeriksaan Imunologi transplantasi dengan DSA		
	Pemeriksaan Imunologi transplantasi dengan HLA typing		
	Pemeriksaan imunologi Infeksi (CMV, Toxoplasma, Herpes simplex)		
	Pemeriksaan Kadar Obat (Tacrolimus dan Cyclosporin)		
3.7	<b>Proporsi jumlah pasien HD (Jumlah pasien HD:Jumlah pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) secara keseluruhan)</b>		
	< 50% atau tidak ada data		
	50 - 75%		
	76 - 95%		
	> 95%		
3.8	<b>Proporsi jumlah pasien PD (Jumlah pasien PD:Jumlah pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) secara keseluruhan)</b>		
	< 5% atau tidak ada data		
	5 - 25%		
	26 - 50%		
	> 50%		
3.9	<b>Proporsi Komplikasi Infeksi pasien PD</b>		
	> 0.4 per person years atau tidak ada data		
	< 0.4 per person years		
3.10	<b>Proporsi Infeksi Peritonitis PD dengan kultur negatif</b>		
	> 15% atau tidak ada data		
	< 15%		
3.11	<b>Proporsi Komplikasi Mekanik PD</b>		
	> 20% atau tidak ada data		
	10 - 20		

	< 10%		
3.12	<b>Proporsi jumlah pasien TG (Jumlah pasien TG:Jumlah pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) secara keseluruhan)</b>		
	< 1% atau tidak ada		
	2 - 5%		
	6 - 10%		
	> 10%		
3.13	<b>Hemodialisis Anak (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Adanya ruang khusus HD anak		
	Ada ruang khusus tindakan nefrologi anak		
	Adanya ruang khusus CAPD anak		
3.14	<b>Transplantasi ginjal</b>		
	Tidak pernah dilakukan		
	Sudah pernah dilakukan sebelum pandemi COVID-19, namun saat ini masih terhenti		
	Sudah mengerjakan transplantasi ginjal sejak Januari 2022		
3.15	<b>Frekuensi transplantasi ginjal</b>		
	Tidak pernah dilakukan		
	< 1x/bulan atau < 10x/tahun		
	1-2x /bulan atau 10-20x/tahun		
	2-4x/bulan atau 20-50x/tahun		
	> 4x/bulan atau > 50x/tahun		
3.16	<b>Transplantasi yang dapat dilakukan</b>		
	Tidak dapat dilakukan transplantasi		
	Transplantasi dengan donor ginjal kiri dan arteri tunggal		
	Transplantasi dengan donor arteri jamak ( <i>multiple artery</i> ) atau ginjal kanan		
3.17	<b>Teknik pengambilan ginjal donor</b>		
	Tidak dilakukan		
	Teknik operasi terbuka		
	Teknik laparoskopi		

3.18	<b>Layanan Transplantasi Risiko Tinggi (transplan ke-2, unrelated)</b>		
	Tidak		
	Ada		
<b>4. Layanan Congenital Anomalies of Kidney and Urinary Tract (CAKUT) (40)</b>			
4.1	<b>Skrining CAKUT (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Sudah memiliki SPO terkait screening CAKUT pada pemeriksaan antenatal trimester 3		
	Sudah memiliki SPO terkait screening CAKUT pada bayi/anak yang berisiko (contoh: anak dengan ISK berulang)		
4.2	<b>Layanan pemeriksaan diagnostik CAKUT (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	<i>Voiding cystourethrography</i>		
	Renal scintigraphy statik (DMSA)		
	Renal scintigraphy dinamik (DTPA atau MAG3)		
	Urodinamik		
	USG saluran kemih anak		
4.3	<b>Layanan Operasi rekonstruksi CAKUT</b>		
	Tidak dapat dilakukan operasi		
	Dapat dilakukan secara operasi terbuka		
	Dapat dilakukan secara invasif minimal (laparoscopi)		
<b>5. Layanan Prostat dan Kanker Urologi (80)</b>			
5.1	<b>Pemeriksaan PSA</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
5.2	<b>Diagnosis kasus kanker prostat</b>		

	Tidak pernah melalui biopsi prostat		
	<25% kasus kanker prostat didiagnosis melalui biopsi prostat		
	25 – 50% kasus kanker prostat didiagnosis melalui biopsi prostat		
	>50% kasus kanker prostat didiagnosis melalui biopsi prostat		
5.3	<b>Teknik biopsi prostat</b>		
	Tidak pernah melakukan biopsi prostat		
	Melakukan biopsi prostat <u>tanpa</u> <i>guiding transrectal ultrasound</i>		
	Melakukan biopsi prostat <u>dengan</u> <i>guiding transrectal ultrasound</i>		
5.4	<b>Operasi pembesaran prostat jinak atau operasi tumor kandung kemih</b>		
	Tidak dapat dilakukan secara invasif minimal		
	Dapat dilakukan secara invasif minimal (contoh: TURP dan TURBT)		
5.5	<b>Pemeriksaan patologi anatomi</b>		
	Tidak dapat dilakukan		
	Dapat dilakukan dengan mengirim sampel ke luar rumah sakit		
	Dapat dilakukan di dalam rumah sakit		
5.6	<b>Operasi terbuka urologi onkologi yang dapat dikerjakan (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Nefrektomi radikal tumor ginjal T1 - T2		
	Nefrektomi radikal tumor ginjal T3 - T4		
	Sistektomi radikal		
	Prostatektomi radikal		
5.7	<b>Layanan laparoskopi urologi</b>		
	Belum ada		
	Ada, untuk tindakan-tindakan basic laparoscopy (batu ureter, kista ginjal, insersi kateter Tenckhoff)		

	Ada, untuk tindakan-tindakan advanced laparoscopy (nefrektomi, nefrektomi radikal, reimplantasi ureter, sistektomi radikal)		
5.8	<b>Jumlah kasus urologi yang dikerjakan secara laparoskopik (tidak terbatas hanya kasus urologi onkologi)</b>		
	Tidak ada		
	< 20 kasus dalam 1 tahun		
	20 - 50 kasus dalam 1 tahun		
	50 - 100 kasus dalam 1 tahun		
	> 100 kasus dalam 1 tahun		
5.9	<b>Pelayanan kemoterapi intravesika</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
5.10	<b>Pelayanan radioterapi</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
5.11	<b>Pelayanan kemoterapi sistemik</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
5.12	<b>Androgen Deprivation Therapy (ADT)</b>		
	Tidak pernah diberikan		
	Surgical ADT		
	Medical ADT		
<b>6. Sumber Daya Manusia (140)</b>			
6.1	<b>Spesialis Penyakit Dalam Fellowship Dialisis - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		
	1		
	2		
	> 2		
6.2	<b>Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		

	1		
	2		
	> 2		
6.3	<b>Dokter Umum Pelatihan Dialisis - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		
	1		
	1 - 2		
	> 2		
6.4	<b>Rasio Perawat Dialisis dan Pasien dalam 1 shift</b>		
	> 1 : 6		
	1 : 5		
	1 : 4		
	1 : 3		
6.5	<b>Jumlah Spesialis Anak - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		
	1-3		
	>3		
6.6	<b>Jumlah Spesialis Anak Subspesialis Nefrologi - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		
	1-2		
	>2		
6.7	<b>Jumlah Spesialis Urologi (SpU) - Purnawaktu</b>		
	Tidak ada		
	1		
	2		
	3		
	> 3		
6.8	<b>Ketersediaan Konsultan / Fellowship dalam bidang Urologi (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Urologi Transplantasi minimal 1		
	Urologi Pediatrik minimal 1		

	Urologi Onkologi minimal 1		
6.9	<b>Ketersediaan SDM lain terkait layanan Uronefrologi (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Spesialis Patologi Anatomi (SpPA) - Purnawaktu		
	Spesialis Radiologi (SpRad) - Purnawaktu		
	Spesialis Patologi Klinik (SpPK) - Purnawaktu		
	ATLM		
	Spesialis Gizi Klinik (SpGK)		
6.10	<b>Ketersediaan SDM lain terkait layanan Terapi Pengganti Ginjal (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Spesialis Kesehatan Jiwa (SpKJ) minimal 1		
	Spesialis Forensik (SpF) minimal 1		
	Spesialis Anestesi (SpAn) untuk transplantasi		
	Spesialis Bedah Konsultan Bedah Vaskular (SpB(K)BV) - Purnawaktu		
	Spesialis Bedah Toraks dan Kardiovaskular - Purnawaktu		
6.11	<b>Ketersediaan SDM lain terkait layanan prostat dan keganasan Urologi (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Hematologi Onkologi (SpPD-KHOM) minimal 1		
	Spesialis Anak Konsultan Hematologi Onkologi minimal 1		
	Spesialis Onkologi Radiasi (SpOnkRad) minimal 1		
6.12	<b>Ketersediaan SDM lain terkait CAKUT (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	Spesialis Obstetri dan Ginekologi (SpOG)		
	SpA(K) Perinatologi		
	SpOG(K) Fetomaternal		
<b>7. Sarana, Prasarana, Alat Kesehatan dan Obat-Obatan (50)</b>			
7.1	<b>Layanan Bank Darah Rumah Sakit</b>		
	Tidak tersedia		

	Tersedia		
7.2	<b>Ruang Pemberian Kemoterapi / Obat Khusus</b>		
	Tidak Tersedia		
	Tersedia		
7.3	<b>USG yang dapat digunakan di ruang operasi (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	USG dengan doppler		
	Probe linear		
	Probe curve		
	Probe transrectal		
7.4	<b>CT-scan dan BNO IVP</b>		Slice CT scan:
	Tidak dapat dilakukan		
	Hanya dapat melakukan BNO-IVP		
	Hanya dapat melakukan CT-scan tanpa kontras		
	Dapat dilakukan CT-scan dengan kontras		
	Dapat dilakukan CT-angiography		
7.5	<b>MRI</b>		Apakah dapat digunakan untuk pemeriksaan prostat dan dapat memberikan PIRADS score?
	Tidak tersedia		
	Tersedia 1,5 T		
	Tersedia 3 T		
7.6	<b>Ruang perawatan isolasi dengan tekanan negatif</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
7.7	<b>Ruang perawatan ICU khusus untuk pasien transplantasi</b>		
	Tidak tersedia		
	Tersedia		
7.8	<b>Ketersediaan alat diagnostik non invasif (bisa dipilih &gt; 1)</b>		
	USG doppler dengan probe convex		
	Biopsy gun disposable		

- b. RS Pengampu membuat laporan hasil penilaian (*assessment*) awal dan masukan-masukan yang perlu dilakukan oleh RS Diampu sesuai format terlampir.

Tabel 2. Laporan *Self Assessment*

<b>HASIL LAPORAN SELF ASSESMENT</b>	
<b>Nama Rumah Sakit</b>	:
<b>Strata Target Rumah Sakit</b>	:
<b>Tanggal Assessment</b>	:
<b>REKAPITULASI NILAI LEMBAR PENILAIAN (ASSESSMENT) AWAL</b>	
<b>Aspek Umum / Manajemen</b>	
<b>Hasil Visitasi</b>	<b>Data yang Diperlukan</b>
	<b>Usulan Perbaikan</b>
<b>Layanan Penyakit Ginjal Kronik Terintegrasi (PGK)</b>	
<b>Hasil Visitasi</b>	<b>Data yang Diperlukan</b>
	<b>Usulan Perbaikan</b>
<b>Layanan Terapi Pengganti Ginjal Terintegrasi</b>	
<b>Hasil Visitasi</b>	<b>Data yang Diperlukan</b>
	<b>Usulan Perbaikan</b>
<b>Layanan Prostat dan Kanker Urologi</b>	
<b>Hasil Visitasi</b>	<b>Data yang Diperlukan</b>
	<b>Usulan Perbaikan</b>
<b>Layanan Congenital Anomaly of Kidney and Urinary Tract (CAKUT)</b>	
<b>Hasil Visitasi</b>	<b>Data yang Diperlukan</b>



Tabel 3. Lembar Data Baseline

No	Data	Jawaban	Keterangan
<b>Indikator Klinik PGK</b>			
1	Jumlah diagnosis PGK (Stadium III, IV, V non dialisis) per tahun		
2	Jumlah diagnosis PGK pada populasi berisiko		
3	Jumlah pasien PGK dengan tatalaksana ACE-I dan ARB		
4	Jumlah pasien PGK yang mendapatkan intervensi nutrisi		
5	Jumlah penurunan progresifitas PGK 3 tahun menjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA)		
6	Jumlah pemeriksaan ACR, UL dan eGFR pada populasi DM		
7	Jumlah pemeriksaan ACR, UL dan eGFR pada populasi hipertensi		
8	Jumlah pemeriksaan ACR, UL dan eGFR pada populasi Penyakit Ginjal Genetik		
9	Jumlah pemeriksaan ACR, UL dan eGFR pada populasi Glomerulonephritis		
10	Jumlah pemeriksaan ACR, UL dan eGFR pada populasi berisiko lainnya		
11	Jumlah diagnosis Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) per tahun		

12	Jumlah rujukan terlambat pasien Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA)		
13	Jumlah operasi PCNL dewasa dalam 1 tahun		
14	Jumlah operasi terbuka batu ginjal dalam 1 tahun		
<b>Indikator Layanan Terapi Pengganti Ginjal</b>			
15	Jumlah pasien transplantasi ginjal		
16	Jumlah pasien CAPD		
<b>Indikator Layanan Prostat dan Kanker Urologi</b>			
17	Jumlah biopsy prostat dalam 1 tahun		
18	Jumlah pasien baru yang didiagnosis kanker prostat dalam 1 tahun		
19	Jumlah pasien yang diperiksa PSA pada pasien LUTS		
<b>Indikator Layanan Congenital Anomaly of Kidney and Urinary Tract</b>			
20	Jumlah pasien yang mendapatkan skrining CAKUT pada pemeriksaan antenatal atau anak yang menderita ISK sebelum usia 1 tahun kehidupan		
21	Jumlah penanganan kasus CAKUT		
22	Jumlah kasus baru CAKUT yang ditemukan		

- c. menyusun rencana operasional, rencana bisnis dan anggaran, rencana kerja dan anggaran Rumah Sakit Diampu.

- d. membuat konsep kegiatan pengampuan, monitoring dan evaluasi dan administrasi pembiayaan kegiatan pengampuan
  - e. menyusun komitmen/nota kesepahaman dan Perjanjian Kerja Sama (PKS).
4. RS diampu melengkapi dokumen administrasi, antara lain:
- a. Komitmen atau nota kesepahaman persetujuan oleh Pemilik Rumah Sakit Diampu
  - b. Perjanjian Kerja Sama (PKS)  
Pengampuan Rumah Sakit hanya dapat dilakukan jika telah terdapat PKS. Substansi PKS mencakup ruang lingkup utama, paling sedikit meliputi:
    - 1) Jenis kemampuan pelayanan dan kegiatan dalam pengembangan pelayanan prioritas.
    - 2) Hak dan Kewajiban RS Pengampu dan RS Diampu.
    - 3) Sumber Pembiayaan.
    - 4) Jangka Waktu Pelaksanaan.
    - 5) Monitoring dan Evaluasi.PKS harus diketahui oleh Pemilik Rumah Sakit, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan dapat diinformasikan kepada BPJS Kesehatan untuk mendukung pengampuan pelayanan prioritas.
  - c. SK Tim kelompok kerja/ tim penanggung jawab Pengampuan Jejaring Urologi Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu.
  - d. menyediakan dokumen tenaga medis dan tenaga kesehatan oleh Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu seperti SIP dan STR tenaga medis dan tenaga kesehatan beserta rincian kewenangan klinis, surat tugas penugasan dari dinas kesehatan atau PKS tenaga medis atau tenaga kesehatan dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Dalam hal terdapat keterbatasan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Rumah Sakit Diampu, dapat dipenuhi melalui:
    - 1) penempatan dokter spesialis melalui program pendayagunaan dokter spesialis (PGDS);
    - 2) perjanjian kerja sama (PKS) dengan rumah sakit pengampu atau rumah sakit lainnya yang memiliki tenaga medis atau tenaga kesehatan sesuai kebutuhan;

- 3) pengiriman residen tahap akhir (chief mandiri) dari institusi pendidikan yang dibuktikan dengan.
- 4) melanjutkan pendidikan melalui program collage based atau hospital based yang dibuktikan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
- e. Dokumen administrasi lainnya seperti Kerangka Acuan Kegiatan (TOR), Rencana Kegiatan Anggaran (RAB), dan dokumen pendukung lainnya.

5. Pembiayaan

Dalam penyelenggaraan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan prioritas dibutuhkan pembiayaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, antara lain pemberlakuan SBM (Standar Biaya Masukan) dan SBML (Standar Biaya Masukan Lain).

Komponen pembiayaan:

- a. Bahan Medis Habis Pakai (BMHP);
- b. Honor Jasa pendampingan pelayanan Rumah Sakit Pengampu;
- c. Honor Narasumber pendidikan dan pelatihan SDM Rumah Sakit Pengampu;
- d. Biaya Transportasi dan akomodasi tim Rumah Sakit Pengampu;
- e. Biaya pemenuhan SDM, pembangunan atau renovasi sarana prasarana, pengadaan alat kesehatan;
- f. Biaya penyelenggaraan kegiatan pengampuan (seperti pendidikan, *on the job training*, *workshop*, pelatihan, *teleconference*, supervisi, *webinar/daring*, biaya *Registry/Pencatatan dan Pelaporan Penyakit*, dll); dan/atau
- g. Biaya lainnya sesuai kebutuhan.

Sumber Pembiayaan penyelenggaraan kegiatan pengampuan, berasal dari:

- a. Anggaran Pendapatan Belanja Negara (APBN)
- b. Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD)
- c. Anggaran Rumah Sakit Pengampu
- d. Anggaran Rumah Sakit Diampu; dan/atau
- e. Sumber pembiayaan lainnya yang sah dan tidak mengikat.

## B. Pelaksanaan

1. Rumah Sakit Pengampu melaksanakan pengampunan pelayanan uronefrologi, melalui kegiatan:

a. dukungan alih pengetahuan, teknologi dan keterampilan untuk peningkatan kompetensi SDM dalam memberikan pelayanan prioritas melalui pendidikan, pelatihan, pendampingan, dan lainnya.

1) Pelatihan Dokter Jaga di Unit Dialisis

a) Peran

Sebagai dokter jaga di Unit Dialisis di Rumah Sakit atau di Klinik Dialisis

b) Fungsi

Sebagai dokter jaga untuk menangani kegawatdaruratan pada pasien yang sedang menjalani prosedur dialisis serta berkoordinasi dengan perawat dan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) di Unit Dialisis dengan rincian:

(1) Melaksanakan pengkajian pra-, intra-, paska hemodialisis

(2) Menegakkan diagnosis dan melakukan tatalaksana kegawatan medis pada pasien dengan gangguan fungsi ginjal

(3) Menegakkan diagnosis dan melakukan tatalaksana kegawatan medis pada pasien pra-, intra-, paska hemodialisis

(4) Melakukan pengkajian pasien peritoneal dialisis

(5) Melakukan konsultasi kepada dpjp di unit dialisis

(6) Membantu DPJP Unit Dialisis

c) Ruang Lingkup

Pengetahuan dan Keterampilan Dokter Jaga di Unit Dialisis. Untuk menjalankan fungsinya sebagai dokter jaga di Unit Dialisis, setelah menyelesaikan pelatihan, peserta diharapkan:

(1) Mampu melakukan pengkajian pre hemodialisis, saat hemodialisis berlangsung serta paska hemodialisis

- (2) Mampu melakukan tatalaksana dasar kegawatdaruratan medis akibat gangguan fungsi ginjal
  - (3) Mampu melakukan tatalaksana dasar kegawatdaruratan medis pada pasien pra hemodialisis
  - (4) Mampu melakukan tatalaksana dasar kegawatdaruratan medis pada pasien saat hemodialisis
  - (5) Mampu melakukan tatalaksana dasar kegawatdaruratan medis pada pasien paska hemodialisis
  - (6) Mampu melakukan pengkajian pasien peritoneal dialisis
- 2) Pelatihan USG bagi dokter umum di fasyankes primer
- a) Sasaran  
Dokter umum yang bekerja di Puskesmas atau fasyankes lainnya
  - b) Metode  
Pelatihan ini dilakukan dalam bentuk workshop secara komprehensif untuk meningkatkan kemampuan dan kepercayaan diri peserta pelatihan dalam melakukan tindakan secara mandiri.
  - c) Pemberian Materi  
Pada tahap ini akan dilakukan pemberian materi yang dapat diberikan secara luring ataupun menggunakan e-learning.
  - d) Sesi *hands on*  
Peserta didik akan mengaplikasikan tindakan USG dalam tahap ini. Pada tahap ini peserta akan melakukan tindakan USG sambil dibimbing oleh mentor pada pasien
  - e) Penyelenggara  
Penyelenggara pelatihan USG untuk Dokter umum adalah RS Pengampu ataupun instansi lainnya yang disetujui pengampu nasional dan terakreditasi Direktorat Jenderal Tenaga Kesehatan

3) Pelatihan Perawat Mahir Dialisis

a) Peran

Setelah mengikuti pelatihan, peserta berperan sebagai Perawat pemberi asuhan keperawatan dialisis di RS dan Klinik Khusus Dialisis.

b) Fungsi

Dalam melaksanakan perannya, peserta mempunyai fungsi yaitu memberikan asuhan keperawatan dialisis di RS dan Klinik Khusus Dialisis.

c) Kompetensi

Untuk menjalankan fungsinya peserta memiliki kompetensi dalam:

- (1) melakukan asuhan keperawatan pre HD
- (2) melakukan asuhan keperawatan intra HD
- (3) melakukan asuhan keperawatan post HD
- (4) melakukan HD khusus
- (5) melakukan asuhan keperawatan masalah jangka panjang pasien HD
- (6) melakukan asuhan keperawatan pasien PD
- (7) melakukan *dialiser reprocessing*
- (8) melakukan edukasi pasien dialisis dan keluarga

d) Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu memberikan asuhan keperawatan dialisis di RS dan Klinik Khusus Dialisis sesuai dengan kewenangannya.

e) Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu:

- (1) Menjelaskan terapi pengganti ginjal
- (2) Melakukan asuhan keperawatan pre HD
- (3) Melakukan asuhan keperawatan intra HD
- (4) Melakukan asuhan keperawatan post HD
- (5) Melakukan HD khusus
- (6) Melakukan asuhan keperawatan masalah jangka panjang Pasien HD
- (7) Melakukan asuhan keperawatan pasien PD
- (8) Melakukan *dialiser reprocessing*
- (9) Melakukan edukasi pasien dialisis dan keluarga

4) Pelatihan *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD) untuk perawat

a) Peran

Setelah mengikuti pelatihan, Peserta berperan sebagai perawat CAPD di RS dan Klinik Khusus Dialisis

b) Fungsi

Dalam melaksanakan perannya, peserta mempunyai fungsi yaitu melakukan asuhan keperawatan CAPD di RS dan Klinik Khusus Dialisis.

c) Kompetensi

Untuk menjalankan fungsinya peserta memiliki kompetensi dalam:

- (1) Memahami konsep CAPD
- (2) Melakukan penatalaksanaan akses pada pasien CAPD
- (3) Melakukan prosedur perawatan pada pasien CAPD
- (4) Memecahkan masalah asuhan keperawatan jangka panjang pada pasien CAPD

d) Tujuan Umum

Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu melakukan asuhan keperawatan pada pasien CAPD

e) Tujuan Khusus

Setelah mengikuti pelatihan ini peserta mampu:

- (1) Menjelaskan konsep CAPD
- (2) Melakukan penatalaksanaan akses pada pasien CAPD
- (3) Melakukan prosedur perawatan CAPD
- (4) Memecahkan masalah asuhan keperawatan jangka panjang pasien CAPD

Teknis penyelenggaraan pelatihan nakes terkait dialisis sesuai dengan peraturan yang berlaku dari organisasi dan atau instansi terkait.

5) Pelatihan Endourologi untuk SpU

a) Sasaran

SpU yang bekerja di RS dengan Strata Paripurna, Utama dan Madya.

b) Durasi Pelatihan

Pelatihan dilakukan selama 8 minggu. Durasi pelatihan dapat menjadi lebih singkat apabila peserta dinilai telah menguasai kemampuan yang diminta.

c) Metode

Peserta dapat memilih untuk fokus pelatihan pada salah satu tindakan atau kombinasi antara PCNL dan RIRS. Metode yang dilakukan dalam pelatihan ini antara lain:

(1) pelatihan *Dry lab*

(2) pelatihan *Wet lab*

(3) *Clinical training* di kamar operasi

Target capaian yang harus dicapai sebagai operator mandiri adalah:

(1) Program pelatihan PCNL : 8 kasus

(2) Program pelatihan RIRS : 8 kasus

(3) Program pelatihan PCNL dan RIRS : 4 kasus  
PCNL dan 4 kasus RIRS

d) Proctorship (Visiting Mentorship)

Setelah masa pelatihan selesai peserta didik melakukan kegiatan proctorship di rumah sakit asalnya dengan supervisi oleh Mentor. Kegiatan ini dapat dilakukan lebih dari 1 kali jika dianggap perlu sesuai kesepakatan dengan mentor peserta didik. Mentor akan menentukan kelayakan peserta didik untuk mengambil sertifikasi ESSQ.

e) Penyelenggara

Penyelenggara pelatihan Endourologi untuk SpU adalah RS yang ditunjuk oleh IAUI (Ikatan Ahli Urologi Indonesia)

f) Kriteria Institusi Penyelenggara

Rumah sakit dapat menjadi penyelenggara pelatihan Endourologi untuk Spesialis Urologi apabila memiliki syarat-syarat berikut:

- (1) Mentor pelatihan adalah Dokter Spesialis Urologi yang sudah mengerjakan tindakan PCNL dan/atau RIRS di rumah sakit pusat pelatihan minimal 3 (tiga) tahun. Pelatih memiliki komitmen yang baik dalam melatih peserta.
- (2) RS memiliki jumlah minimal 100 (seratus) kasus dalam 1 tahun untuk PCNL dan RIRS

6) Pelatihan Laparoskopi Urologi

a) Sasaran

SpU yang diutamakan bekerja di RS dengan strata Paripurna dan SpU Lainnya yang tertarik mendalami laparoskopi

b) Durasi

Pelatihan dilakukan selama 3 bulan

c) Metode

Metode pelatihan laparoskopi urologi berupa:

(1) pelatihan Dry lab

Tahapan pelatihan ini sangat penting terutama bagi peserta yang belum pernah melakukan tindakan laparoskopi sama sekali sebelumnya.

(2) asistensi tindakan laparoskopi urologi dasar dan lanjut

Peserta diharapkan dapat mengaplikasikan dasar-dasar ilmu dan memperoleh gambaran lebih lanjut mengenai tindakan laparoskopi sebelum bertindak sebagai operator.

(3) Operator tindakan laparoskopi urologi dasar dengan supervisi oleh mentor

Peserta menjadi operator tindakan laparoskopi urologi dasar dengan supervisi dari DPJP. Peserta diharapkan dapat mengaplikasikan ilmu dan keterampilan yang didapatkan secara langsung

mengenai laparoscopi dasar beserta tindakan lanjut bila didapatkan.

- (4) Proctorship tindakan laparoscopi urologi lanjut di rumah sakit asal peserta dengan supervisi oleh mentor

Setelah masa pelatihan selesai peserta didik melakukan kegiatan proctorship di rumah sakit asalnya dengan supervisi oleh Mentor. Kegiatan ini dapat dilakukan lebih dari 1 kali jika dianggap perlu sesuai kesepakatan dengan Mentor peserta didik. Mentor akan menentukan kelayakan peserta didik untuk mengambil sertifikasi ESSQ.

- d) Penyelenggara

Penyelenggara pelatihan laparoscopi urologi untuk SpU adalah RS yang diakui oleh IAUI

- e) Kriteria Penyelenggara

RS dapat menjadi penyelenggara pelatihan laparoscopi urologi untuk apabila memiliki syarat-syarat berikut:

- (1) Mentor pelatihan adalah SpU yang telah memiliki sertifikat ESSQ
- (2) RS memiliki jumlah minimal 100 (seratus) kasus dalam waktu 1 tahun untuk laparoscopi

- 7) Pelatihan Urologi Dasar untuk Perawat

- a) Sasaran

Perawat yang bekerja di RS Strata Paripurna, Utama atau Madya

- b) Durasi

Pelatihan dilakukan selama minimal 3 hari

- c) Metode

Metode yang dilakukan dapat berupa:

- (1) Pemberian materi yang dapat diberikan secara luring, daring, ataupun LMS
- (2) *Workshop*

- d) Penyelenggara

Penyelenggara dari pelatihan ini adalah HPUI (Himpunan Perawat Urologi Indonesia)

8) Pelatihan ESWL untuk Perawat

a) Sasaran

Perawat yang bekerja di RS Strata Paripurna, Utama, dan Madya yang:

- (1) memiliki sertifikat pelatihan urologi dasar untuk perawat
- (2) bekerja di RS yang telah memiliki mesin ESWL atau telah memiliki perencanaan terkait pengadaan ESWL

b) Durasi Pelatihan

Pelatihan dilakukan selama 2 minggu.

c) Metode

Metode pelatihan ESWL untuk perawat yang dilakukan berupa:

(1) Pemberian Materi

Pemberian materi dapat dilakukan secara daring, luring, ataupun LMS

(2) Praktik Lapangan

Melalui praktik lapangan, diharapkan dapat memiliki pengalaman dalam membantu pengoperasian ESWL sehingga dapat mengaplikasikan dasar-dasar ilmu dan memperoleh gambaran terkait tindakan secara lebih lanjut.

d) Penyelenggara

Penyelenggara pelatihan ESWL adalah RS atau institusi yang telah di akui oleh HPUI.

e) Kriteria Penyelenggara

RS dapat menjadi penyelenggara pelatihan endourologi untuk apabila memiliki syarat-syarat berikut:

- (1) Terdapat mentor yang memiliki pengalaman minimal tiga tahun dalam melakukan tindakan ESWL di RS yang ditunjuk sebagai pusat pendidikan peserta
- (2) RS memiliki jumlah minimal 50 (lima puluh) kasus dalam 1 bulan

9) Pelatihan Endourologi untuk Perawat

a) Sasaran

Perawat yang bekerja di RS Strata Paripurna, Utama, dan Madya yang telah memiliki sertifikat pelatihan urologi dasar untuk perawat

b) Durasi Pelatihan

Pelatihan dilakukan selama 2 minggu.

c) Metode

Metode pelatihan endourologi untuk perawat yang dilakukan berupa:

(1) Pemberian Materi

Pemberian materi dapat dilakukan secara daring, luring, ataupun LMS.

(2) Praktik Lapangan

Melalui praktik lapangan, diharapkan dapat memiliki pengalaman dalam mempersiapkan serta asistensi tindakan-tindakan endourologi sehingga dapat diaplikasikan dalam praktik sehari-hari

d) Penyelenggara

Penyelenggara pelatihan endourologi adalah RS atau institusi yang telah di akui oleh HPUI.

e) Kriteria Penyelenggara

RS dapat menjadi penyelenggara pelatihan endourologi untuk perawat apabila memiliki syarat-syarat berikut:

(1) Terdapat mentor yang memiliki pengalaman minimal tiga tahun dalam melakukan tindakan Endourologi di RS yang ditunjuk sebagai pusat pendidikan peserta

(2) RS memiliki jumlah minimal 40 (empat puluh) kasus dalam 1 bulan

10) Pelatihan Perawat untuk Transplantasi Ginjal

a) Sasaran

Perawat yang bekerja di RS dengan proyeksi Strata Paripurna dan akan menyelenggarakan layanan transplantasi. Perawat yang akan menjalani pelatihan ini adalah perawat medik dan perawat bedah.

- b) Durasi Pelatihan  
Pelatihan dilakukan selama 2 minggu
  - c) Metode  
Metode pelatihan transplantasi untuk perawat yang dilakukan berupa:
    - (1) Pemberian Materi  
Pada tahap ini akan dilakukan pemberian materi yang dapat diberikan secara luring, daring ataupun LMS.
    - (2) Praktik Lapangan  
Melalui praktik lapangan, diharapkan dapat memiliki pengalaman dalam membantu merawat dan mendampingi operasi pasien transplantasi sehingga dapat mengaplikasikan dasar-dasar ilmu dan memperoleh gambaran terkait tindakan secara lebih lanjut.
  - d) Penyelenggara  
Penyelenggara pelatihan adalah RS yang dapat mengampu transplantasi
- 11) Pelatihan ATLM (Ahli Teknologi dan Laboratorium Medik) untuk Pemrosesan Histopatologi dan Histokimia dasar
- a) Sasaran  
ATLM yang akan bekerja di RS Strata Paripurna sebagai teknisi yang akan memproses spesimen
  - b) Durasi Pelatihan : 1-3 bulan
  - c) Metode
    - (1) Kuliah pendahuluan
      - (a) Etika bekerja di rumah sakit dan berhubungan dengan pasien
      - (b) Teori-teori terkait pemrosesan di laboratorium: sitopatologi, histopatologi, histokimia dasar
      - (c) Teori terkait potong beku
      - (d) Teori-teori terkait pulasan sitopatologi (Papanicoloau, giemsa), histopatologi (hematoksilin dan eosin), histokimia dasar (Ziehl Nielssen/Fite Faraco, Giemsa, Gram)

- (e) Praktik laboratorium klinis yang baik
  - (f) Quality Assurance dan Quality Control
  - (g) Arsip Sentra Diagnostik Patologi Anatomi
  - (2) Praktikum
    - (a) Pembelajaran melakukan pemrosesan spesimen secara manual
    - (b) Pembelajaran melakukan pulasan secara manual
  - (3) Workplace-based learning
    - (a) Ruang potong/makroskopik
    - (b) Laboratorium sitopatologi
    - (c) Laboratorium histopatologi
    - (d) Laboratorium histokimia
    - (e) Ruang potong beku
    - (f) Ruang administrasi loket
    - (g) Ruang arsip
  - (4) Diskusi mingguan
  - (5) Logbook
  - (6) Ujian teori dan praktik
  - d) Penyelenggara:  
Rumah Sakit Koordinator pengampu atau Rumah Sakit Pengampu yang telah mampu/mandiri.
- 12) Pelatihan ATLM Lanjut untuk penanganan Biopsi Ginjal (dan Hepar)
- a) Tujuan  
untuk pemotongan jaringan biopsi 1 mikrometer, histokimia lanjut, dan imunofluoresensi / imunohistokimia
  - b) Sasaran  
ATLM yang telah melalui pelatihan patologi anatomi dasar dan bekerja pada RS Paripurna yang akan melakukan pelayanan diagnostik ginjal medis
  - c) Durasi Pelatihan  
pelatihan dilakukan selama 1 bulan
  - d) Metode
    - (1) Kuliah dan diskusi
    - (2) Praktek lapangan

- (a) Laboratorium histopatologi dan potong beku
    - Pemotongan jaringan FFPE 1 mikrometer
    - Pemotongan jaringan ginjal menggunakan cryomicrotomy untuk pulasan imunofluoresensi
  - (b) Laboratorium histokimia
    - Pulasan berdasarkan perak (retikulin dan Jones Methenamine Silver atau PASM atau Silver-trichrome)
    - Pulasan trichrome
    - Pulasan Elastin (orcein atau yang lain)
    - Pulasan Congo Red
  - (c) Laboratorium imunofluoresensi / imunohistokimia
    - Pulasan IgA, IgG, IgM, C3c, dan C1q
    - Pulasan C4d, SV40 dan sitokeratin
  - (d) Penilaian dengan ujian teori dan praktek
- (3) Penyelenggara:  
Rumah Sakit Koordinator pengampu atau Rumah Sakit Pengampu yang telah mampu/mandiri

13) Pelatihan SpPA untuk Nefropatologi

- a) Sasaran:  
SpPA yang bekerja di RS Paripurna yang akan melakukan pelayanan diagnostik ginjal non-neoplastik
- b) Durasi Pelatihan :  
pelatihan dilakukan selama 2 bulan
- c) Metode :
  - (1) Pretest
  - (2) Kuliah dan diskusi
    - (a) Interpretasi dan pelaporan hasil pulasan dasar dan tambahan dalam pemeriksaan patologi ginjal non-neoplastik,
    - (b) Interpretasi dan pelaporan sediaan biopsi ginjal
    - (c) Patologi Penyakit Glomerulus

- Sindrom Nefrotik
  - Sindrom Nefritik
  - *Rapid progressive glomerulonephritis (RPGN)*
- (d) Patologi penyakit tubulo-interstitium
- (e) Patologi penyakit ginjal terkait lesi vaskular dan sistemik
- (f) Patologi transplantasi ginjal
- (3) Interpretasi kasus mandiri dan diskusi
- (a) Penyakit-penyakit yang menyebabkan sindrom nefrotik
- (b) Penyakit-penyakit yang menyebabkan sindrom nefritik
- (c) Penyakit-penyakit yang menyebabkan RPGN
- (d) Penyakit-penyakit tubulo-interstitium
- (e) Penyakit sistemik yang menyebabkan gangguan ginjal
- (f) Biopsi pasca-transplan
- (4) Ujian akhir
- d) Penyelenggara:
- Rumah Sakit Koordinator pengampu atau Pengampu dengan ketentuan:
- (1) mampu menyelenggarakan pelatihan
- (2) Telah melaksanakan interpretasi biopsi untuk transplantasi
- (3) Menerima pemeriksaan kasus biopsi ginjal transplan dan native minimal 150 kasus per tahun;
- (4) bekerja sama dengan Kolegium Patologi Anatomi untuk menyelenggarakan program pelatihan patologi penyakit ginjal non neoplastik; dan
- (5) bekerja sama dengan Perhimpunan Dokter Patologi Anatomi (PDS PA)

14) Telementoring CAKUT

a) Tujuan

Pendampingan tatalaksana kasus CAKUT oleh RS koordinator pengampu kepada RS pengampu dan RS strata utama, namun dapat diikuti oleh RS Diampu bila dirasa perlu

b) Sasaran

RS pengampu strata paripurna dan utama dan dapat diikuti RS strata madya bila diperlukan

c) Metode

Diskusi secara luring mengenai kasus-kasus CAKUT yang diadakan oleh RS pengampu dan diikuti oleh RS Diampu dengan mengundang berbagai narasumber baik dari dalam maupun dari luar negeri. Waktu dan lama pelaksanaan didiskusikan bersama RS pengampu dan RS Diampu.

d) Output

- (1) Logbook kasus yang didiskusikan
- (2) Notulensi rapat
- (3) Daftar hadir

e) Evaluasi

*Feedback* pelaksanaan kegiatan

15) *Clinico-Pathological Case* (CPC) Glomerulonefritis

a) Tujuan

Pendampingan tatalaksana kasus glomerulonefritis oleh RS koordinator pengampu kepada RS pengampu dan RS strata utama, namun dapat diikuti oleh RS Diampu bila dirasa perlu

b) Sasaran

RS pengampu strata paripurna dan utama dan dapat diikuti RS strata madya bila diperlukan

c) Metode

Diskusi secara luring mengenai kasus-kasus glomerulonefritis yang diadakan oleh RS pengampu dan diikuti oleh RS Diampu dengan mengundang berbagai narasumber dari patologi klinik, patologi anatomi, reumatologi, alergi imunologi dsb., baik dari

dalam maupun dari luar negeri. Waktu dan lama pelaksanaan didiskusikan bersama RS pengampu dan RS Diampu.

- d) Output
  - (1) Logbook kasus yang didiskusikan
  - (2) Notulensi rapat
  - (3) Daftar hadir
- e) Evaluasi  
*Feedback* pelaksanaan kegiatan

16) Pengampuan Prostat dan Kanker Urologi, serta CAKUT

- a) Sasaran  
Sasaran dari pelatihan ini adalah SpU yang bekerja di RS proyeksi strata paripurna, utama, dan madya
- b) Durasi Pelatihan  
Tentatif
- c) Metode
  - (1) Kuliah dalam bentuk seminar, webinar, atau LMS
  - (2) Diskusi kasus komprehensif multidisiplin
  - (3) Workshop
- d) Evaluasi  
MCQ pada akhir setiap sesi

17) Pengampuan Transplantasi Ginjal

Petunjuk teknis pengampuan layanan transplantasi ginjal merujuk pada permenkes No. 38 tahun 2016 tentang penyelenggaraan transplantasi organ. Adapun persiapan yang dilakukan untuk menyelenggarakan transplantasi organ adalah sebagai berikut:

- a) RS penyelenggara transplantasi organ harus mendapat ketetapan dari menteri
- b) Setiap rumah sakit harus memenuhi persyaratan dan standar untuk dapat ditetapkan sebagai Rumah Sakit penyelenggara Transplantasi Organ.
  - (1) terakreditasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan;
  - (2) Memiliki SDM yang memiliki kompetensi dan kewenangan di bidang Transplantasi Organ

- (3) Memiliki sarana dan prasarana diagnostik dan terapi yang mendukung pelaksanaan penyelenggaraan Transplantasi Organ
- c) Untuk mendapatkan penetapan sebagai rumah sakit penyelenggara Transplantasi Organ, kepala atau direktur rumah sakit harus melakukan permohonan penetapan kepada Menteri melalui Direktur Jenderal disertai dengan pemenuhan persyaratan dan standar sebagaimana dimaksud
  - d) Paling lama dalam waktu 5 (lima) hari kerja sejak diterimanya permohonan serta pemenuhan persyaratan dan standar, Direktur Jenderal atas nama menteri menugaskan Komite Transplantasi Nasional (KTN) untuk melakukan penilaian.
  - e) KTN akan memberikan penilaian dan rekomendasi bagi RS yang mengajukan dalam 10 hari kerja
  - f) Rumah sakit penyelenggara Transplantasi Organ harus membentuk tim transplantasi rumah sakit dan standar prosedur operasional pelayanan Transplantasi Organ
  - g) Tim transplantasi rumah sakit sebagaimana dimaksud memiliki anggota tenaga kesehatan dengan kompetensi dan kewenangan di bidang transplantasi organ
  - h) Anggota tim transplantasi rumah sakit sebagaimana yang dimaksud tidak boleh tergabung dalam KTN.
  - i) Langkah-langkah pengampunan yang dilakukan oleh RS Pengampu ke RS Diampu adalah sebagai berikut:
    - (1) Persiapan

Tujuan dari tahap ini adalah untuk pemenuhan dari kebutuhan minimal sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta verifikasi kualifikasi dan kompetensi. Dibutuhkan pertemuan awal antara RS Pengampu dan RS Diampu yang dapat dilakukan baik secara daring ataupun luring untuk mengarahkan pemenuhan-pemenuhan kebutuhan di atas.

- (2) Penilaian (*assessment*) awal untuk layanan transplantasi

Tahap ini dilakukan untuk melakukan verifikasi sarana dan prasarana, serta sistem layanan transplantasi ginjal di RS Diampu.

- (3) *Preceptorship*

Tahap ini dilakukan untuk *transfer of knowledge* SDM yang dapat dilakukan melalui berbagai cara:

(a) Diskusi kasus bersama baik luring, daring atau *hybrid*

(b) Internship atau kerja magang bagi SpPD KGH yang selama pendidikan belum terpapar di bidang transplan secara mandiri

- Penyelenggara: RS pengampu yang terakreditasi nasional di bidang layanan transplantasi ginjal
- Metode: Kerja magang di RS penyelenggara
- Durasi: minimal 1 bulan atau mempersiapkan 2 pasien secara mandiri
- Evaluasi:
  - Kemampuan menilai resipien dan donor yang layak untuk operasi
  - Kemampuan untuk berkoordinasi dengan sejawat tim transplantasi
  - Kemampuan menilai tindakan pasca transplan 3 bulan - 1 tahun pertama

(c) *Workshop*

(d) *Fellowship*

(e) Pelatihan perawat transplantasi (Lihat Subbab Pelatihan Perawat Transplantasi Ginjal)

- (4) *Proctorship*

Kegiatan ini dilakukan untuk supervisi keterampilan dan penyelenggaraan transplantasi secara menyeluruh oleh RS Pengampu kepada RS

Diampu. Kunjungan langsung dari RS Pengampu dalam tahap ini diperlukan.

(5) Evaluasi Akhir

(a) Dalam tahap ini dilakukan rekapitulasi capaian pelatihan dan capaian dari RS Diampu serta menentukan langkah-langkah untuk perbaikan dan pengembangan.

(b) Laporan mengenai jumlah pasien transplantasi, dan follow up pasien pasca transplantasi dalam 3 bulan - 1 bulan

18) Pendampingan Pengampuan Multidisiplin Peritoneal Dialisis

a) Tujuan

Melakukan penyegaran kembali mengenai tatalaksana Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) berbasis CAPD dengan pendekatan multidisiplin. Setelah dilakukan pendampingan ini, diharapkan RS yang termasuk dalam lokus pengampuan dalam menatalaksana pasien peritoneal dialisis dengan kerjasama berbagai disiplin ilmu. Pendampingan ini tidak menggantikan pelatihan CAPD atau pelatihan dialisis pada dokter maupun perawat.

b) Sasaran

SpPD konsultan ginjal hipertensi, SpB, SpB (K) BD, SpU, perawat dialisis, dan dietisien

c) Metode

Kegiatan ini dibagi menjadi 2 tahap, yakni:

(1) Pendampingan pengampuan multidisiplin PD yang dilakukan oleh RS koordinator pengampu

(a) Dilakukan pada tahun pertama pengampuan, dengan penyelenggara RS koordinator pengampu

(b) Sasaran dalam pendampingan ini adalah RS strata paripurna dan RS strata utama dengan pelayanan CAPD yang belum berkembang atau yang sudah berjalan

- (c) Pendampingan ini diadakan selama 2 hari, di RS koordinator pengampu
- d) Adapun kegiatan pendampingannya adalah:
- Pre test
  - Seminar oleh narasumber yang bekerja sama dengan Pernefri, IDAI, IAUJ dan IPDI, dengan topik:
    - Pendahuluan, fisiologi peritoneum dan peritoneal dialisis sebagai terapi pengganti ginjal
    - Bagaimana mendirikan unit PD: aspek regulasi dari PD
    - Insersi kateter PD anak dan dewasa dari perspektif dokter bedah: teknik, persiapan pre operasi, intra operasi dan post operasi
    - Insersi kateter PD dewasa dari perspektif nefrologi intervensi: teknik, persiapan pre operasi, intra operasi dan post operasi
    - Prosedur perawatan PD: penggantian cairan, adekuasi dan peritoneal equilibrium test (PET)
    - Peritoneal dialysis pada anak
    - Komplikasi infeksi pada PD
    - Komplikasi non infeksi pada PD
    - Asuhan keperawatan pada pasien PD
    - Manajemen nutrisi pada pasien PD
  - Post test
  - Workshop PD
    - Workshop insersi PD oleh dokter bedah berupa *live surgery* dengan narasumber SpU RS koordinator pengampu dan dapat diikuti oleh SpB, SpB(K)BD atau SpU RS pengampu dan RS strata utama

- Workshop insersi PD oleh nefrologi intervensi yang bekerja sama dengan Pernefri sebagai narasumber dan diikuti oleh SpPD KGH dari RS pengampu dan RS strata utama
  - Workshop perawatan pasien PD untuk Perawat yang bekerja sama dengan IPDI sebagai narasumber dan dapat diikuti oleh perawat dialisis dari RS pengampu dan RS strata utama
  - Workshop manajemen nutrisi pasien PD untuk dietisien dengan ASDI sebagai narasumber dan dapat diikuti oleh dietisien yang bekerja di unit dialisis RS pengampu dan RS strata utama
- (2) Pendampingan pengampunan multidisiplin PD yang dilakukan oleh RS pengampu strata paripurna dan utama kepada RS strata madya
- (a) Setelah mengikuti kegiatan tahap 1, RS pengampu dan RS strata utama diharapkan dapat melakukan kegiatan yang sama terhadap RS Diampunya di provinsi masing-masing
  - (b) Bilamana seminar tidak dapat dilakukan karena keterbatasan waktu atau sumber daya seminar pada tahap 1 dapat dilakukan rekaman atau dalam bentuk *learning management system* (LMS)
- 19) Pengampunan Skrining, Diagnosis Dini, dan Tatalaksana PGK
- a) Tujuan
    - (1) Terbentuknya tim multidisiplin PGK baik anak maupun dewasa yang bertugas untuk tatalaksana

pasien guna mencegah progresifitas PGK menjadi Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA)

(2) Terbentuknya alur layanan pasien dengan PGK

b) Metode Pengampuan

(1) Identifikasi awal RS Diampu oleh RS pengampu berupa: beban layanan PGK, ada/tidaknya poli khusus PGK, alur layanan PGK, kebijakan rujukan ke KGH, modalitas diagnostik non invasif PGK dan ada/tidaknya tim multidisiplin PGK

(2) Membentuk alur layanan untuk skrining, deteksi dini dan tatalaksana pencegahan progresifitas PGK

(3) Membentuk alur rujukan untuk RS Diampu untuk tatalaksana lebih lanjut pasien PGK lanjut yang membutuhkan persiapan terapi pengganti ginjal

(4) Diskusi kasus sulit bila diperlukan

c) Output

(1) SK tim multidisiplin PGK

(2) SOP pelayanan PGK

(3) PPK PGK

(4) Alur layanan PGK

(5) Alur rujukan untuk persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) pada RS Diampu

d) Evaluasi

Berupa pencatatan sesuai indikator outcome yang telah disebutkan diatas

20) Pengampuan Edukator Ginjal untuk Persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)

a) Tujuan

(1) Terbentuknya tim edukator ginjal untuk bagi pasien PGK yang akan menjalani Terapi Pengganti Ginjal (TPG)

(2) Persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) yang lebih baik sehingga mengurangi komplikasi akibat dialisis cito atau pemasangan akses yang tidak permanen

b) Metode

- (1) Identifikasi awal RS Diampu oleh RS pengampu berupa: beban layanan PGK, Penyakit Ginjal Tahap Akhir (PGTA) dan Terapi Pengganti Ginjal (TPG); ada/tidaknya alur layanan untuk edukasi Terapi Pengganti Ginjal (TPG) pada pasien PGK yang akan menjalani dialisis; dan ada/tidaknya tim edukator persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG) atau intervensi selama Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
- (2) Membentuk alur layanan untuk edukasi pre-Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
- (3) Membentuk tim edukator ginjal yang mempersiapkan pasien untuk Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
- (4) Diskusi kasus sulit bila diperlukan

c) Output

- (1) SK edukator pre Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
- (2) SOP persiapan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)
- (3) Alur layanan pasien yang akan dilakukan Terapi Pengganti Ginjal (TPG)

d) Evaluasi

Laporan jumlah pasien PGK yang dilakukan edukasi persiapan Terapi Pengganti Ginjal sesuai dengan indikator output

b. dukungan dalam penyusunan Standar Prosedur Operasional (SPO) pelayanan uronefrologi antara lain :

- 1) penggunaan alat Kesehatan
- 2) pemberian pelayanan uronefrologi dalam penegakan diagnostik dan tata laksana.

c. dukungan dalam pengembangan pelayanan melalui pengampuan dan pendampingan pelayanan

d. dukungan pemenuhan SDM kesehatan

- 1) Penugasan dari rumah sakit pengampu atau rumah sakit lainnya yang memiliki tenaga medis atau tenaga kesehatan dengan melakukan perjanjian kerjasama.

- 2) pendayagunaan residen tahap akhir dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
  - 3) Dukungan pemenuhan SDM lain sesuai kebutuhan
  - e. dukungan promotif dan preventif untuk menurunkan prevalensi penyakit gagal ginjal
  - f. Dukungan lainnya yang disepakati oleh para pihak sesuai kebutuhan.
2. Rumah Sakit Pengampu menyusun laporan kegiatan penyelenggaraan jejaring pengampuan meliputi :
- a. Mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator output;
  - b. Penilaian pelaksanaan kegiatan dan pencapaian kinerja klinis atau manajemen untuk kegiatan jangka pendek dan jangka panjang;
  - c. Identifikasi perbaikan yang perlu dilakukan;
  - d. Advokasi pelaksanaan perbaikan.

Rumah Sakit Pengampu menyusun laporan dalam memenuhi pengembangan pelayanan uronefrologi di Rumah Sakit Diampu dengan format laporan paling sedikit sebagai berikut :

- a. Pendahuluan
  - b. Pelaksanaan kegiatan
  - c. Hasil kegiatan
  - d. Kesimpulan dan rencana tindak lanjut
  - e. Pembiayaan
  - f. Lampiran (sesuai kebutuhan)
3. Rumah sakit diampu melaksanakan kegiatan pengampuan uronefrologi berupa:
- a. Menyusun standar prosedur operasional pelayanan kesehatan bidang uronefrologi
  - b. Menyediakan kebutuhan untuk pemenuhan pengembangan layanan uronefrologi melalui digitalisasi informasi dan komunikasi
  - c. Menyusun pernyataan komitmen/kesediaan untuk diampu dari pemilik rumah sakit;
  - d. menyediakan alokasi anggaran guna meningkatkan stratifikasi pelayanan;

- e. menetapkan target pengampuan bersama Rumah Sakit Pengampu dan upaya mencapai target;
- f. membentuk kelompok kerja/tim penanggung jawab kegiatan pengampuan;
- g. Menyediakan dan/atau meningkatkan kompetensi sumber daya manusia kesehatan di bidang pelayanan yang dilaksanakan melalui pendidikan dan pelatihan, konsultasi secara langsung atau melalui telekonsultasi, pendampingan oleh tim pengampu jejaring pelayanan dan kegiatan lain sesuai kebutuhan.

### C. Monitoring dan Evaluasi

1. Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu melakukan pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan pengampuan
2. Rumah Sakit Pengampu dan rumah sakit diampu menyusun laporan kegiatan penyelenggaraan jejaring pengampuan meliputi :
  - a. Mengumpulkan data yang diperlukan untuk mengukur indikator output;
  - b. Penilaian pelaksanaan kegiatan dan pencapaian kinerja klinis atau manajemen untuk kegiatan jangka pendek dan jangka panjang;
  - c. Identifikasi perbaikan yang perlu dilakukan;
  - d. Advokasi pelaksanaan perbaikan.
3. Kegiatan monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Rumah Sakit Pengampu yang bertujuan untuk melakukan analisa terhadap permasalahan/hambatan kegiatan pelaksanaan dan melaksanakan rencana tindak lanjut perbaikan.
4. Kegiatan monitoring dan evaluasi dapat melibatkan Dinas Kesehatan Provinsi, dan Dinas Kabupaten/Kota.

### D. Pembuatan registry

1. *Registry* disusun bersama oleh Koordinator Rumah Sakit Pengampu, Rumah Sakit Pengampu dan Rumah Sakit Diampu
2. *Registry* tersimpan di dalam *platform* penyimpanan online terenkripsi yang disediakan oleh Kementerian Kesehatan
3. Pengisian *Registry* dilakukan secara berkala dan berkesinambungan oleh setiap Rumah Sakit Jejaring Pengampuan Pelayanan uronefrologi

4. Evaluasi *Registry* dilakukan secara berkala setiap 6 (enam) bulan melalui rapat konsolidasi yang diikuti oleh seluruh Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan uronefrologi
5. Rilis data *Registry* dilakukan setiap tahunnya oleh Kementerian Kesehatan dan dipublikasikan dengan mencantumkan seluruh Rumah Sakit Jejaring Pengampunan Pelayanan uronefrologi sebagai kontributor.

## BAB IV

### PERAN DAN DUKUNGAN PEMERINTAH DAN PEMERINTAH DAERAH

Pengampuan merupakan program lintas sektor yang melibatkan banyak pihak. Keberhasilan program pengampuan tidak bisa dilepaskan dari kerja sama dan pembagian peran antar pihak yang terlibat. Hal ini tentu saja membutuhkan peran dan dukungan dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya, yaitu:

#### A. Peran Pemerintah Pusat

1. Melakukan pemetaan kebutuhan kompetensi rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan prioritas dalam rangka peningkatan akses dan mutu pelayanan di tingkat Provinsi dan tingkat Kabupaten/Kota.
2. Menyediakan dukungan regulasi terhadap program rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas, antara lain menyusun pedoman dan petunjuk teknis penyelenggaraan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas, serta menetapkan stratifikasi atau tingkat kemampuan pelayanan kesehatan prioritas.
3. Mendukung upaya peningkatan kapasitas SDM kesehatan melalui program pendidikan /pelatihan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Memberikan dukungan terhadap pemenuhan sarana, prasarana, alat kesehatan, termasuk dalam pemenuhan infrastruktur pelayanan kesehatan prioritas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
5. Melakukan distribusi tenaga medis melalui Program Pendayagunaan Dokter Spesialis (PDGS) untuk mendukung pengampuan pelayanan kesehatan prioritas.
6. Membuat variabel data dan petunjuk teknis penggunaan dalam pencatatan dan pelaporan data pasien (Registrasi) pelayanan kesehatan prioritas yang disusun dalam buku panduan (*playbook*) sebagai standarisasi dan *Application Programming Interface* (API).
7. Melakukan advokasi kepada BPJS Kesehatan Pusat dan pihak lainnya yang terlibat dalam mendukung program rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas.
8. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pengampuan yang bertujuan untuk peningkatan kompetensi rumah

sakit diampu serta memastikan tidak terjadinya konflik kepentingan atau *moral hazard*.

9. Dalam hal pada pelaksanaan rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas, rumah sakit pengampu telah melebihi kapasitas pengampuan, rumah sakit diampu dapat dialihkan ke rumah sakit pengampu lainnya sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan.

#### B. Peran Pemerintah Daerah

1. Menyusun kebijakan daerah untuk mendukung jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas di wilayahnya dalam rangka pemerataan akses dan mutu pelayanan kesehatan.
2. Memberikan dukungan program peningkatan kapasitas SDM.
3. Memberikan dukungan anggaran antara lain dalam pemenuhan SDM, sarana, prasarana, alat kesehatan, kegiatan pengampuan dan pengembangan terhadap digitalisasi pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
4. Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan pengampuan yang bertujuan untuk peningkatan kompetensi rumah sakit diampu serta memastikan tidak terjadinya konflik kepentingan atau *moral hazard*.
5. Melakukan advokasi kepada BPJS Kesehatan setempat dan pihak lainnya yang terlibat dalam mendukung program rumah sakit jejaring pengampuan pelayanan kesehatan prioritas
6. Memberikan dukungan lain untuk kelancaran program pengampuan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit pengampu dan rumah sakit diampu sesuai kewenangan Pemerintah Daerah.

## BAB V PENUTUP

Demikian juknis Program Pengampuan Layanan Uro-Nefrologi ini disusun agar dapat menjadi acuan bagi semua pihak dalam menjalankan program ini baik dalam komponen pengampuan, pendidikan maupun pelatihan. Harapannya, program ini dapat berjalan lancar dan mencapai tujuan transformasi layanan Uro-Nefrologi di Indonesia. Akhir kata, semoga juknis ini bisa menjadi titik awal dalam usaha untuk memperkuat pelayanan, melakukan pemerataan layanan serta meningkatkan kemutakhiran teknologi diagnosis dan terapi kasus Uro-Nefrologi di Indonesia.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

ttd.

AZHAR JAYA

Salinan sesuai dengan aslinya  
Ketua Tim Kerja Hukum  
Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan

