

BUKU SAKU

AKREDITASI

Bersama Kita Bisa Menuju Paripurna



RSUD AJIBARANG

By goens"GN

DIKLAT DAN PSDM



PENGANTAR MENUJU AKREDITASI

Akreditasi rumah sakit adalah sebuah keharusan yang harus kita laksanakan, hal ini tidak berkaitan suka atau tidak suka, mau atau tidak mau, tetapi sebagai penyelenggara negara ini adalah sebuah keharusan.

Mengapa harus ? karena ini adalah amanat Undang-Undang no 44 tahun 2009 pasal 40 ayat 1 yang menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, rumah sakit wajib dilakukan akreditasi secara berkala minimal 3 (tiga) tahun sekali.

Siapa yang harus mendapatkan akreditasi di rumah sakit, direktur ? dokter ? perawat ? cleaning service ? atau siapa ? Ingat !!! yang mendapatkan akreditasi (pengakuan) adalah sistem pelayanan rumah sakit itu sendiri sehingga seluruh komponen yang ada di rumah sakit mulai dari para pimpinan (direktur, kepala bidang, kepala tata usaha, kepala seksi), para profesional pemberi asuhan / PPA (dokter, perawat, apoteker, fisioterapis dll), para penunjang pelayanan dan seluruh unsur di rumah sakit harus mempunyai peranan dalam peningkatan mutu pelayanan dan



keselamatan pasien untuk menuju akreditasi paripurna.

Ayo sadarkan diri kita bahwa kita ini mempunyai peranan yang sangat penting untuk menuju Akreditasi Paripurna RSUD Ajibarang.

Dengan cara apa kita mewujudkannya ? Bekerja sesuai dengan aturan (regulasi / pedoman / panduan / SPO-Standar Prosedur Operasional), target yang sesuai tupoksi dan SPM, dan pendokumentasian yang baik.

Mari kita Sukseskan menuju RSUD Ajibarang ter- Akreditasi Paripurna.

***Bersama Kita Bisa Munuju Akreditasi
Paripurna***

Yes-yes-yes

THANKS FOR :

***Direktur and temen asesor internai “rini, qiqi,
baiq, bukhori, gun gede, geng,” atas diskusi n
materi juga for all tim akreditasi***



DASAR-DASAR PELAYANAN RSUD AJIBARANG

Visi RSUD Ajibarang

Menjadi rumah sakit unggulan dengan pelayanan profesional

Misi

Memberikan pelayanan bermutu yang berorientasi pada pasien

Motto

CERIA (Cepat, Efektif, Ramah, Ikhlas Dan Aman)

Nilai-Nilai

- a. Bekerja adalah ibadah
Karena itu bekerja keras dan keikhlasan akan mendapatkan hasil yang setimpal dikemudian hari
- b. Kebersamaan
 - Mengutamakan kepentingan RS dibanding pribadi atau golongan
 - Kerjasama dalam tim faktor terpenting menuju tujuan, berat menjadi ringan
- c. Profesionalisme



- Bekerja sesuai dengan keilmuan, standar prosedur operasional, etika, target dan sepenuh hati
 - Memegang teguh sumpah jabatan dan kerahasiaan pekerjaan
- d. Kejujuran
- e. Kedisiplinan
- f. Keterbukaan

Cara Pandang

- a. Pasien adalah utama, pelanggan yang dapat memberikan kita pahala dan rizki oleh karena itu perlakukanlah secara profesional dan CERIA untuk mendapatkan imbal balik kepuasan dan kesembuhan.
- b. Pasien adalah manusia yang bukan hanya sepinggal kepala, sepotong kaki atau lainnya tetapi utuh yang mempunyai perasaan untuk menyukai dan tidak menyukai, maka jagalah perasaanya
- c. Pasien adalah ibarat kita, yang mempunyai rasa ingin tahu maka ajaklah diskusi dan berikan informasi mengenai pelayanan yang akan kita berikan



- d. Pasien itu makhluk Tuhan yang sama di hadapannya, oleh karena itu sama pula dihadapan kita tanpa status (agama, suku, ras dan golongan) yang dibawa untuk membedakan pelayanan terhadap mereka.
- e. Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang jejak pelayanan, kualitas pelayanan yang kita berikan maka tulislah dengan semestinya yang harus ditulis lengkap, jelas, terbaca karena inialah teman kita manakala terjadi permasalahan hukum.
- f. Pasien itu makhluk sosial yang mempunyai keluarga, tetangga dan sahabat jadikanlah media promosi yang murah dengan memberikan kepuasan melalui pelayanan yang **CERIA** dan profesional.

orang pesimis itu ibarat pelaut yang selalu
mengeluhkan arah mata angin,
orang optimis itu ibarat pelaut yang mengharap arah
mata angin itu akan berubah,
sedangkan orang yang realistis adalah ibarat pelaut
yang yang menyesuaikan layarnya dengan arah mata
angin.....

Tapi orang kreatif adalah.....

Orang yang dapat merubah keadaan menjadi sesuatu
yang menghasilkan.....??????



STANDAR KESELAMATAN PASIEN

1. Sesuai dengan Permenkes nomer 11 tahun 2017 tentang Keselamatan pasien, harus mempunyai 7 (tujuh) standar keselamatan pasien, yaitu :

Jawab !

- a. hak pasien.
- b. mendidik pasien dan keluarga.
- c. keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d. penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e. peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f. mendidik staf tentang keselamatan pasien.
- g. komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

2. Apa yang minimal hak pasien harus terpenuhi ?

Jawab !

- a. Harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- b. DPJP harus membuat rencana pelayanan (SOAP)
- c. DPJP harus :



- Memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga
 - rencana dan hasil pelayanan
 - pengobatan
 - prosedur dan resiko komplikasi

3. Pasien dan keluarga juga harus mendapatkan pendidikan agar dapat memahami kewajibannya, yaitu :

Jawab !

- a. Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- c. Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan.
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.



4. Sasaran keselamatan pasien menurut Permenkes nomer 11 tahun 2017 tentang Keselamatan pasien, terdapat 6, apa saja ?

Jawab !

- 1) Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar
- 2) Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif
- 3) Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai
- 4) Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar
- 5) Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
- 6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh

5. Dalam melakukan identifikasi pasien, apa yang dijadikan rujukan awal ?

Jawab !

E- KTP

6. Bagaimana cara melakukan identifikasi pasien ?

Jawab !

Dengan memakaikan gelang identitas pasien, yang berisi minimal dua :



- a. Nama pasien (sesuai E KTP)
- b. Tanggal lahir (sesuai E KTP)
- c. Nomer RM

7. Pasien bagaimana yang dipasang gelang pasien ?

Jawab !

Semua Pasien pada pasien rawat inap dan perawatan sehari (**ODC / one day care**)

8. Bagaimana ketenntuan warna gelang identifikasi pasien ?

Jawab !

- a. Pasien Laki-laki : Gelang warna **BIRU**
- b. Pasien Wanita : Gelang warna **PINK**
- c. Gelang Penanda :
 - **MERAH** : Alergi obat
 - **KUNING** : Resiko jatuh
 - **UNGU** : Menolak resusitasi / DNR
(**Do Not Resucitation**)

9. Apakah fungsi gelang identitas pasien ? dan apakah perlu dijelaskan kepada pasien ?

Jawab !

- a. Fungsi/kegunaan gelang



- Identifikasi pasien untuk proses pengobatan, prosedur tindakan, pemberian obat
 - Mencocokkan kesesuaian rencana tindakan dan pasien yang dimaksud
- b. Gelang Identitas harus selalu dijelaskan kepada semua pasien dan keluarga
10. Kapan proses identifikasi / pengecekan gelang identitas dilakukan ?
- Jawab !
- a. Akan melakukan pemeriksaan pasien
 - b. Pengambilan produk darah atau sampel lainnya (lab dan PA)
 - c. Memberikan produk darah
 - d. Memberikan obat dan cairan
 - e. Melakukan tindakan / prosedur
 - f. Melakukan serah terima pasien
11. Bagaimana teknik atau cara melakukan identifikasi pasien ?
- Jawab !
- a. Pasien diminta menyebutkan nama dan tanggal lahirnya



- b. Cocokkan dengan identitas nama di gelang
- c. Cocokkan no RM atau tanggal di gelang dengan yang di Rekam Medis (RM)

12. Kapan gelang identitas pasien dilepas ?

Jawab !

- a. Pasien pulang (ijin dan oleh perawat)
- b. Pasien meninggal (oleh petugas IPJ)
- c. Pasien dirujuk (saat serah terima pasien oleh perawat pendamping)

13. Bagaimana kita melakukan komunikasi efektif akibat pelaporan secara lisan dengan telepon ?

Jawab !

- a. Tulis semua perintah melalui telepon
- b. Bacakan ulang hasil tulisan
- c. Lakukan konfirmasi oleh pemberi perintah hasil bacaan penerima perintah
- d. Bubuhkan stempel readback
- e. Lakukan verifikasi oleh pemberi perintah sebelum 24 jam



14. Apa itu obat yang perlu diwaspadai (**high alert**) ?

Jawab !

- a. Obat yang presentasinya tinggi untuk terjadi kesalahan (*error*)
- b. Obat resiko kejadian sentinel (sentinel event)
- c. Obat yang mempunyai resiko tinggi / dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*)
- d. Obat yang mirip (*look alike*)
- e. Obat yang ucapannya mirip (*sound alike*)

15. Obat apa saja yang perlu diwaspadai ?

Jawab !

Berdasar WHO dalam permenkes 11 tahun 2017

- a. Elektrolit konsentrat (KCL, NaCl 3 %, Ca Glukonas, MgSO₄)
- b. Obat Emergency : Adrenalin, ephedrin, Sulfas atropin
- c. Obat pelumpuh otot
- d. Obat-obat anestesi

16. Langkah apa yang dilakukan untuk mencegah kesalahan pemberian obat-obat tersebut ?



Jawab !

- a. Kebijakan tata cara penempatan obat-obat elektrolit konsentrat hanya di ruang tertentu (IGD/ICU/Kamar operasi) (restricted) dan pelabelan
- b. Membuat tata cara pemberian
- c. Melakukan double cek (dua petugas)
- d. Menyebutkan dengan suara yang terdengar orang lain
- e. Memverifikasi dengan prinsip **7 benar** saat pemberian :
 - 1) Benar pasien (cek pasien identitas pasien)
 - 2) Benar obat (double cek / bersuara)
 - 3) Benar dosis (resep terbaca)
 - 4) Benar cara pemberian (resep terbaca)
 - 5) Benar waktu pemberian (resep terbaca)Tambahan :
 - 6) Benar : pemberian informasi
 - 7) Benar : Lakukan pendokumentasian (RM)



17. Dalam menjaga kualitas dan keselamatan pasien dikamar bedah berkaitan dengan apa saja ?

Jawab !

- a. Tepat lokasi yang benar
- b. Prosedur yang benar
- c. Dilakukan pada pasien yang benar

18. Bagaimana cara anda melakukan penjaminan operasi dilakukan pada lokasi yang benar ?

Jawab !

Berdasarkan permenkes 11/2017 tentang Keselamatan Pasien

- a. Penandaan area operasi (site marking) :
 - Dilakukan oleh dokter (yang akan melakukan)
 - Tanda diketahui secara umum oleh tim bedah
 - Dilakukan saat pasien masih sadar, pasien melihat
- b. Lakukan verifikasi penandaan di kamar operasi :
 - Tanda masih ada
 - Konfirmasi ulang pasien (saat serah terima dan sebelum anestesi)



- Memasang dokumen pendukung (foto, CT Scan, dll)
- Melakukan Time out sebelum insisi

19. Salah satu yang menunjang SKP di kamar operasi adalah kegiatan ***sign in, time out dan sign out*** , apa yang dimaksud hal tersebut dan kapan itu dilakukan ?

Kegiatan ini adalah bagian dari *Surgical Safety Check list* di kamar operasi digunakan melalui 3 tahap, masing-masing sesuai dengan alur waktu yaitu sebelum induksi anestesi (Sign In), sebelum insisi kulit (Time Out) dan sebelum mengeluarkan pasien dari ruang operasi (Sign Out) (Haynes, et al. 2009).

- a. ***Fase sign In*** adalah fase sebelum induksi anestesi koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien



apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

- b. **Fase Time Out** adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.
- c. **Fase Sign Out** adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Surgery & Lives, 2008).



20. Dalam hal mengurangi resiko infeksi akibat perawatan, hal apakah yang umum bisa kita laksanakan ?

Jawab !

Hand Hygiene dengan 6 langkah dan 5 moment

21. Seberapa sering anda melakukan Hand Hygiene saat sebelum memeriksa pasien, sebelum tindakan asespsis, saat terkena cairan pasien, setelah bersentuhan dengan pasien dan setelah dari lingkungan pasien ?

Jawab !

SELALU

22. Apa yang anda lakukan untuk mencegah kejadian pasien pasien ?

Jawab !

- a. Melakukan identifikasi pasien
- Melakukan skoring
 - Evaluasi riwayat jatuh
 - Kesadaran pasien (riwayat peminum alkohol tidak atau lainnya)
 - Adakah gangguan keseimbangan jalan
 - Apakah menggunakan alat bantu jalan



- b. Memasang gelang penanda KUNING
- c. Melakukan restrain pasien bila tidak kooperatif
- d. Memasang sabuk pengaman
- e. Memasang pengaman tempat tidur
- f. Mengevaluasi ketaatan pelaksanaan SPO

23. Apa itu tujuh langkah menuju keselamatan pasien ?

Jawab !

- 1) Membangun kesadaran dan budaya keselamatan pasien
- 2) Dukungan pimpinan akan pelaksanaan SPO
- 3) Integrasikan kegiatan manajemen resiko
- 4) Bangun sistem pelaporan
- 5) Libatkan dan komunikasi dengan pasien dan masyarakat
- 6) Belajar dan berbagi tentang keselamatan
- 7) Implementasikan solusi untuk mencegah cedera



24. Insiden apa saja yang berkaitan dengan keselamatan pasien ?

Jawab !

- a. **KPC** (Kondisi Potensial Cedera)
- b. **KNC** (kejadian Nyaris Cedera)
- c. **KTC** (Kejadian Tidak Cedera)
- d. **KTD** (Kejadian Tidak Diharapkan)
- e. **Kejadian Sentinel** ;
 - Kejadian yang menyebabkan cedera permanen dan atau cedera berat yang membutuhkan intervensi untuk mempertahankan hidup atau kematian yang tidak terkait dengan dengan perjalanan penyakit pasien
 - Harus dilakukan **RCA (Root Cause Analysis)**



PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

25. Kapan kita lakukan Hand Hygiene (HH) ?

Jawab !

5 Kondisi : 2 Sebelum dan 3 Sesudah

- a. Sebelum kontak dengan pasien
- b. Sebelum tindakan asespsis
- c. Setelah terkena cairan tubuh pasien
- d. Stelah kontak dengan pasien
- e. Setelah kontak dengan lingkungan pasien



26. Kapan kita melakukan handwash ? Berapa lama waktunya ?

Jawab !

- a. Kalau tangan kita kotor
- b. Kalau 5 kali menggunakan hand rub
- c. Kalau tindakan aseptis / operasi

Waktu :

Handrub dilakukan selama 20-30 detik sedangkan handwash 40-60 detik.

27. Bagaimana kita melakukan HH yang benar ?

Jawab !

TEPUNG SELACI PUPUT

Ambil handrub taruh di telapak tangan :

- 1) **Telapak tangan:** gosok kedua telapak tangan
- 2) **Punggung tangan:** gosok punggung dan sela-sela jari sisi luar tangan kiri dan sebaliknya.
- 3) **Sela-sela jari:** gosok telapak tangan dan sela-sela jari sisi dalam
- 4) **Kunci:** jari jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci



- 5) **Putar**: gosok ibu jari tangan kiri dan berputar dalam genggaman tangan kanan dan lakukan sebaliknya
- 6) **Putar**: rapatkan ujungjari tangan kanan dan gosokkan pada telapak tangan kiri dengan cara memutar mutar terbalik arah jarum jam, lakukan pada ujung jari tangan sebaliknya.
28. Bagaimana ketentuan tata cara pembuangan sampah di rumah sakit ?
- Jawab !
- Kebijakan Penyusunan SPO
- a. **Plastik Kuning** / Kotak Kuning : Untuk sampah medis atau yng sudah terkena cairan/kontak medis
- b. **Plastik Hitam** : untuk sampah non medis
- c. **Safety Box** : untuk benda sampah yang tajam
29. Apakah perlu pemisahan khusus pasien infeksius dan non infeksius ?

Jawab !

Ya



30. Bagaimana etika batuk yang baik ?

Jawab !

- Sedikit berpaling dari orang sekitar
- Tutup hidung dan mulut dengan tissue atau saputangan, atau
- Tutup hidung dan mulut anda dengan lengan anda buka dengan telapak tangan, saat bersin atau batuk
- Gunakan masker yang menutup hidung
- Buanglah tissue setelah digunakan ke tempat sampah
- Cuci tangan anda segera dengan air mengalir dan sabun
- Bersihkan tangan anda dengan alkohol hand rub.



MANAGEMENT FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)

31. Apa yang kita ketahui kalau ada pengumuman “CODE RED”

Jawab !

Kode Tanda adanya kebakaran

32. Apa yang harus segera kita lakukan ?

Jawab !

a. Bekerja sesuai dengan prosedur sesuai papan jaga CODE RED dan bersikap tenang

SPO Helm RSUD Ajibarang :

b. Topi **MERAH** : pemadam api, matikan listrik, hubungi “777” code red

c. Topi **KUNING** : leader dan evakuasi pasien

d. Topi **BIRU** : matikan panel listrik dan selamatkan aset / alat medis

e. Topi putih evakuasi selamatkan dokumen

33. Apa itu APAR dan bagaimana cara menggunakannya ?

Jawab !

APAR : Alat Pemadam Api Ringan





34. Kemana kita kumpul kalau ada kebakaran di ruang IBS yang baru ? dan dimana saja titik kumpul RSUD Ajibarang ?

Jawab !

- a. Area parkir belakang sisi kanan IBS baru
- b. Titik Kumpul RSUD Aibarang
 - Halaman Depan Rawat jalan (titik kumpul Utama)
 - Halaman Sisis kanan ruang IPJ
 - Area parkir sisi kanan IBS Baru

35. Apa itu CODE PINK ?

Jawab !

CODE PINK adalah kode rahasia penculikan bayi



36. Apa yang dilakukan kalau ada penculikan bayi diruang kita dan apa langkah langkah kita di luar ruangan

Jawab !

- a. Bertindak cepat segera hubungi “777” Code Pink...code pink...code pink
- b. Operator segera umumkan “Code Pink...code pink...code pink
- c. Seluruh SDM RS yang terdekat dengan akses pintu keluar, segera **TUTUP PINTU** akses keluar dan jaga jangan ada pengunjung atau siapapun meninggalkan pintu keluar sampai dinyatakan aman oleh SATPAM.

37. Apa itu “CODE BLUE “ ?

Jawab !

Code Blue adalah code emergency adanya pasien henti jantung, apneu atau tidak sadarkan diri.

38. Bagaimana kalau ada orang, pasien atau petugas tidak sadarkan diri, asystole atau apneu di ruangan kita ?

Jawab !

- a. Segera responsif prinsip HH
- b. Amankan diri dan lingkungan



- c. Cek respon pasien (panggil / tepuk)
- d. Bila tanpa respon panggil bantuan dan hubungi “777”
- e. Segera lakukan CPR dengan perbandingan 30 : 2

39. Apa yang dilakukan operator segera setelah mendapatkan telepon code blue “

Jawab !

Petugas operator segera mengumumkan “Code blue...code blue ruang Bamar bed 2” diulang dua kali dilanjutkan “Petugas code blue primer dan sekunder dimohon segera menuju area”

40. Bagaimana cara CPR yang baik ?

Jawab !

Prinsip CAB : ***Cirkulasi – Airway - Breathing***

- a. Tekan dinding dada di tengah (antara puting kanan dan kiri bila masih muda) prinsip tengah dinding dada
- b. Lakukan dengan :
- c. Kecepatan 100 – 120 kali permenit
- d. Kedalaman 5 - 6 cm
- e. Kembalikan recoil secara sempurna (compliance/pengembangan)



- f. Minimalkan interupsi/berhenti
- g. Berikan nafas bantuan perbandingan (CPR : Nafas = 30 : 2)
- h. Cek irama dan ganti posisi tiap 5 siklus / 2 menit
- i. Lakukan terus sampai bantuan datang
- j. Berhenti bila lelah atau telah datang petugas yang lebih ahli



41. Bagaimana code emergency lainnya di RS ?

Jawab !

- a. Code Red : Kode kebakaran
- b. Code Blue : Kode henti jantung, tak bernafas / tak sadarkan diri
- c. Code Pink : kode pencurian bayi



- d. Code black : ancaman orang bersenjata / bom
- e. Code Brown : pengaktifan evakuasi pasien
- f. Code orange : Insiden di luar RS (KLL, gempa, kebakaran, dll)

MANAJEMEN PENGGUNAAN OBAT (MPO)

42. Berikut kemungkinan pertanyaan yang berkaitan dengan petugas instalasi Farmasi RSUD Ajibarang (maaf jawaban anda yang mengetahuinya, yang berkaitan umum sudah di SKP)
43. Bagaimana pengorganisasidi Instalasi Farmasi ?
Jawab ! (saran !!)
- a. Siapkan Perdir tentang kebijakan pendirian instalasi farmasi
 - b. Siapkan SK tentang Instalasi Farmasi buka 24 jam
 - c. Siapkan Pedoman organisasi instalasi farmasi
 - d. Siapkan SK penunjukkan Kepala Instalasi Farmasi



- e. Siapkan uraian tugas / jabatan staf / persyaratan jabatan
- f. SKK dan RKK di ruangan (KPS)
- g. Sistem Evaluasi pegawai dan analisis
- h. Siapkan panduan (lebih kusus ke satu kegiatan) yang berkaitan dengan kegiatan di instalasi farmasi : contoh
 - 1) Kebijakan penyusunan formularium obat RSUD Ajibarang
 - Bentuk / dokumen formularium RSUD Ajibarang
 - Proses penyusunan (Undangan, daftar hadir, notulen)
 - SPO Evaluasi formularium
 - 2) Kebijakan / SPO tata cara pengadaan barang / obat
 - 3) Kebijakan / SPO obat narkotika, penggunaan (siapa yang bisa), penyimpanan
 - 4) Daftar obat high alert
 - 5) SPO obat High Alert
 - 6) SPO Pendistribusian obat
 - 7) Kebijakan/SPO tata cara peresepan
 - 8) SPO / Kebijakan tentang kewenangan penulisan resep



- 9) SPO bagaimana kalau obat habis / tidak ada
- 10) Kebijakan / SPO sumber obat dari luar (bentuk kerja sama dan MoU)
- 11) Kebijakan penarikan obat-obatan (menimbulkan efek samping berbahaya, kedaluwarsa, dll)
- 12) SPO pengawasan efek samping obat
 - 5 tepat (pasien, obat, cara, dosis, waktu)
 - Duplikasi terapi
 - Efek samping
 - Obat dalam uji coba (sampel)
 - Pengawasan obat yang digunakan sebelum ke RS
- 13) Bagaimana pemusnahan obat ? SPO / Kebijakan



PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA (PPK)

44. Proses edukasi pasien bisa kita temukan dimana saja ?

Jawab !

- a. Admisi pasien
- b. Edukasi terintegrasi
- c. Pemberian informasi dan persetujuan tindakan
- d. TPPRI : Hak dan kewajiban pasien
- e. Ruang :
 - Orientasi pasien baru
 - Asasmen pasien
 - Bimbingan rohani
 - Perkembangan pasien
 - Telusur pasien apakah paham edukasi yang diberikan / hak dan kewajiban

45. Siapkan dokumen !

- a. Kebijakan siapa yang bisa memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga
- b. Tim PKRS (SK pembentukan dan personil)
- c. RKA PKRS



- d. Pedoman / Panduan / SPO yang berkaitan PKRS
- e. Leaflet, banner spanduk, video yang berkaitan dengan edukasi pasien

HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)

46. Apakah hak dan kewajiban pasien di rumah sakit ?

Jawab !

Berdasarkan UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu :

- 1) Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- 2) Pasien berhak informasi tentang hak dan kewajiban pasien.
- 3) Pasien berhak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.
- 4) Pasien berhak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.



- 5) Pasien berhak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
- 6) Pasien berhak mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.
- 7) Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
- 8) Pasien berhak meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit.
- 9) Pasien berhak mendapat privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data – data medisnya.
- 10) Pasien berhak mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
- 11) Pasien berhak memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan



oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.

- 12) Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
- 13) Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama/kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
- 14) Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
- 15) Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perilaku Rumah Sakit terhadap dirinya.
- 16) Pasien berhak menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.
- 17) Pasien berhak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.
- 18) Pasien berhak mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan



elektronik sesuai dengan ketentuan pertauran perundang – undangan.

Kewajiban Pasien :

Sementara itu kewajiban pasien diatur diataranya dalam UU No 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, terutama pasal 53 UU, yang meliputi:

- 1) Memberi informasi yg lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
- 2) Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter dan dokter gigi.
- 3) Mematuhi ketentuan yang berlaku di saryankes.
- 4) Memberi imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

47. Dokumen yang perlu disiapkan !

- 1) Kebijakan tentang Hak dan Kewajiban Pasien
- 2) Panduan pelayanan kerokhanian
- 3) SPO pelayanan kerokhania
- 4) Formulir permintaan kerokhanian
- 5) Kerja sama dengan berbagai kerokhanian (KUA)



- 6) Kebijakan Privasi pasien, Dokumen RM general concent
- 7) Kebijakan perlindungan harta milik pasien
- 8) SPO penitipan barang / batasan barang yang dibawa
- 9) Kebijakan / SPO perlindungan terhadap kekerasan fisik
- 10) Daftar kelompok beresiko
- 11) Kebijakan / panduan / SPO komunikasi efektif
- 12) Kebijakan / panduan / SPO permintaan second opinion
- 13) Bukti pelatihan komunikasi efektif
- 14) Kebijakan/SPO persetujuan tindakan tertulis atau lisan
- 15) Dokumen fromulir edukasi / pemberian informasi dan persetujuan/penolakan
- 16) Kebijakan / SPO DNR
- 17) SPO Penolakan DNR
- 18) Formulir penolakan DNR
- 19) Panduan manajemen nyeri
- 20) SPO asesmen nyeri
- 21) SPO pelayanan kedokteran tentang manajemen nyeri
- 22) Panduan pelayanan pasien tahap terminal



- 23) SPO pelayanan pasien tahap terminal
- 24) Dokumentasi pelayanan tahap terminal dalam rekam medis
- 25) Panduan penyelesaian komplain, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat pasien dan keluarga
- 26) SPO penyelesaian komplain, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat
- 27) Kebijakan/Panduan/SPO tentang identifikasi nilai-nilai dan kepercayaan pasien dalam pelayanan
- 28) Kebijakan/Panduan/SPO tentang pemberian informasi hak dan tanggung jawab pasien
- 29) Leaflet/banner hak dan tanggung jawab pasien
- 30) Kebijakan/Panduan/SPO persetujuan tindakan kedokteran
- 31) Daftar tindakan yang memerlukan informed consent
- 32) Dokumen informed consent
- 33) Formulir persetujuan/ penolakan
- 34) Kebijakan/Panduan/SPO tentang pemberian informasi termasuk rencana pengobatan
- 35) Kebijakan/Panduan/SPO tentang penetapan DPJP



- 36) Dokumen rekam medis
- 37) Penetapan DPJP
- 38) Bukti pemberian informasi perencanaan pelayanan oleh DPJP
- 39) Kebijakan/Panduan/SPO tentang persetujuan tindakan kedokteran
- 40) Dokumen: Formulir persetujuan / penolakan tindakan kedokteran
- 41) Kebijakan / Panduan/SPO tentang penjelasan dan persetujuan umum (general consent)
- 42) Dokumen: Formulir persetujuan umum
- 43) Kebijakan/Panduan/SPO tentang informed consent
- 44) Dokumen: Formulir persetujuan / penolakan tindakan kedokteran
- 45) Daftar tindakan dan pengobatan yang memerlukan informed consent
- 46) Dokumentasi rapat pembahas dan daftar tersebut
- 47) Kebijakan / Panduan / SPO tentang pemberian informasi termasuk mendapatkan hasil penelitian yang menyangkut pengobatan pasien
- 48) Dokumen: Formulir pemberian informasi



- 49) Formulir persetujuan mengikuti penelitian
- 50) Kebijakan / Panduan / SPO tentang menyertakan pasien dalam suatu penelitian, pemeriksaan/ investigasi atau clinical trial
- 51) Dokumen: Formulir persetujuan/ penolakan penelitian, pemeriksaan/ investigasi atau clinical trial
- 52) Kebijakan / Panduan / SPO tentang keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis
- 53) Dokumen: Dokumen pemberian informasi kepada pasien keterlibatan dalam penelitian klinis
- 54) Formulir persetujuan / penolakan keikutsertaan dalam penelitian klinis
- 55) SK Komite /panitia etik penelitian
- 56) Kebijakan, Pedoman pengorganisasian komite etik penelitian
- 57) Program kerja komite etik penelitian
- 58) Bukti pengawasan penelitian
- 59) Kebijakan/Panduan/SPO pelayanan donasi / transplantasi organ
- 60) Dokumen informasi tentang tata cara untuk menyumbang organ tubuh dan jaringan tubuh lainnya



- 61) Kebijakan/Panduan/SPO tentang donasi/transplantasi organ
- 62) Dokumen: Formulir persetujuan /penolakan donor/ transplantasi
- 63) Bukti Kerjasama adengan lembaga kemasyarakatan (misal Bank Mata)

ASESMEN PASIEN (AP)

48. Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008, Regulasi RS:
 - Kebijakan / Pedoman / Panduan / SPO tentang Asesmen Informasi Pasien Rawat Jalandan Rawat Inap
49. Dokumen:
 - Hasil asesmen pada rekam medis
50. Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008 , KMK tentangstandarprofesi
Regulasi RS:
 - Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang asesmen pasien, kredensialing, pemberian kewenangan



51. Dokumen:

- Asesmen pasien rawat inap,
- Asesmen pasien rawat jalan

52. Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008

Regulasi RS:

- Kebijakan / Pedoman / Panduan / SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien

53. Dokumen:

- Rekam medis rawat jalan, Rekam medis rawat inap

54. Acuan: UU 29 2004 tentang Praktik Kedokteran, PMK 269/Menkes/Per/III/2008

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien

55. Dokumen:

- Rekam medis rawat jalan,
- Rekam medis rawat inap

56. Acuan: PMK 269/Menkes/Per/III/2008

Regulasi RS:

- Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis, tentang Asesmen Pasien



57. Dokumen: Rekam medis gawat darurat
58. Regulasi RS:
- Kebijakan/Pedoman /Panduan / SPO tentang Asesmen Pasien
59. Dokumen: Rekam medis
60. Regulasi RS:
- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen
61. Dokumen: Hasil asesmen di rekam medis, Bukti konsultasi
62. Regulasi RS:
- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen nyeri
63. Dokumen: Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis, Bukti konsultasi
64. Regulasi RS:
- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen tambahan
65. Dokumen: Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis
66. Regulasi RS:
- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen pasien terminal
67. Dokumen: Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis



68. Regulasi RS:

- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen pasien

69. Dokumen:

- Hasil asesmen khusus dan tindak lanjutnya di rekam medis

70. Regulasi RS:

- Kebijakan / Panduan / SPO tentang rencana pemulangan pasien

71. Dokumen: Hasil identifikasi dan rencana pemulangan di rekam medis

72. Regulasi RS:

- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen pasien

73. Dokumen: Rekam medis

74. Regulasi RS:

- Kebijakan / Panduan / SPO tentang asesmen pasien, kredensialing, pemberian kewenangan

75. Dokumen: Rekam medis



PELAYANAN PASIEN (PP)

76. Regulasi RS : PP.1

- Kebijakan, Panduan, Prosedur, tentang asuhan pasien yang seragam di seluruh rumah sakit,
- Kompetensi SKK / RKK / kewenangan / PPK dalam pelayanan

77. Regulasi RS :

- Kebijakan, Panduan, Prosedur mengenai pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien

78. Dokumen implementasi :

- Pengkajian dokter, perawat dan praktisi kesehatan lainnya dalam rekam medis : a.l. Catatan Terintegrasi.

79. Regulasi :

Pemberian asuhan pasien

80. Dokumen implemetasi :

Penjabaran dgn pola **SOAP (Subjektif, Objektif, Asesmen, Plan)** di rekam medis

81. Regulasi RS :

- Kebijakan yang menetapkan tentang :
Pemberian asuhan pasien;



- Permintaan pemeriksaan diagnostic imaging dan pemeriksaan laboratorium klinik termasuk indikasi klinis/ rasional;
- Tiap pengecualian di pelayanan khusus seperti IGD dan Unit Pelayanan Intesif;
- Kompetensi / kewenangan PPK yg menuliskan perintah; Dilokasi mana perintah tersebut dicatat dalam rekam medis pasien, a.l. Catatan Terintegrasi

82. Dokumen implementasi :

- SKK / RKK di unit pelayanan
- Rekam medis (CPPT),
- Formulir permintaan pemeriksaan
- Rekam medis

83. Regulasi RS :

- Panduan Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif,
- SPO pemberian informasi,
- Formulir pemberianin formasi

84. Regulasi RS :

- Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien risiko tinggi
- Kebijakan/ panduan/ prosedur pemberian pelayanan risiko tinggi



85. Dokumen implementasi : Daftar pasien dan pelayanan yg berisiko tinggi, Sertifikasi pelatihan PPK
86. Regulasi RS :
- Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien gawat darurat
87. Dokumen implementasi : Rekam medis RM IGD
88. Regulasi RS :
- Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan resusitasi
89. Dokumen implementasi : Rekam medis
90. Regulasi RS :
- Kebijakan/ panduan/ prosedur penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan komponen darah.
91. Dokumen implementasi : Rekam medis
92. Regulasi RS : Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien tahap terminal, Kebijakan/ panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan alat bantu hidup
93. Dokumen implementasi : Rekam medis
94. Regulasi RS :
- Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan penyakit menular



- Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien immuno-suppressed
95. Dokumen implementasi : Rekam medis
 96. Regulasi RS : Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien dialisis
 97. Dokumen implementasi : Rekam medis
 98. Regulasi RS : Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien dengan alat pengikat (restraint)
 99. Dokumen implementasi : Rekam medis, reasamen, monitoring, persetujuan, edukasi
 100. Regulasi RS : Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien rentan, lanjut usia, anak-anak dengan ketergantungan bantuan dan risiko kekerasan.
 101. Dokumen implementasi : Rekam medis
 102. Regulasi RS : Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien kemoterapi
 103. Regulasi RS :
 - Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan gizi
 - SPO pemberian edukasi
 - Formulir pemberian edukasi
 104. Dokumen implementasi :
 - Daftar menu makanan pasien rawat inap
 - Pengkajian status gizi dalam rekam medis



105.Regulasi RS :

- Kebijakan/ Pedoman pelayanan gizi
- Prosedur penyiapan makanan
- Prosedur penyimpanan makanan
- Prosedur penyaluran makanan

106.Dokumen implementasi :

- Laporan proses/kegiatan
- Jadwal pemberian makanan

107.Regulasi RS :

- Kebijakan/ Panduan pelayanan gizi
- Prosedur perencanaan terapi nutrisi
- Prosedur pemberian terapi nutrisi
- Prosedur memonitor terapi nutrisi

108.Dokumen implementasi :

- Pengkajian status gizi dalam rekam medis

109.Regulasi RS :

- Kebijakan/ panduan/ prosedur manajemen nyeri

110.Dokumen implementasi :

- Pengkajian nyeri dalam rekam medis
- Dokumen pelatihan

111.Regulasi RS :

- Kebijakan/ Panduan/ prosedur pelayanan pasien tahap terminal yang memuat :



- Memastikan bahwa gejala-gejalanya akan dilakukan asesmen dan dikelola secara tepat.
- Memastikan bahwa pasien dengan penyakit terminal dilayani dengan hormat dan respek.
- Melakukan asesmen keadaan pasien sesering mungkin sesuai kebutuhan untuk mengidentifikasi gejala-gejala.
- Merencanakan pendekatan preventif dan terapeutik dalam mengelola gejala-gejala.
- Menyampaikan isu yang sensitive seperti eutansi dan donasi organ
- Menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya
- Mengikut sertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan;
- Member respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya.
- Mendidik staf tentang pengelolaan gejala-gejala.

112. Dokumen implementasi :

- Rekam medis



AKSES KE PELAYANAN DAN KONTINUITAS PELAYANAN (APK)

NO	EP	DOKUMEN
113.	APK 1	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur skrining pasien Dokumen: • Rekam medis
114.	APK 1.1	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pendaftaran pasien rawat jalan dan penerimaan pasien rawat inap ▪ Prosedur penahanan pasien untuk observasi Prosedur penanganan pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju
115.	APK 1.1.1	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur TRIAGE ▪ Kriteria transfer/rujukan Dokumen implemntasi :



		▪ Rekam medis Sertifikasipelatihan TRIAGE
116.	APK 1.1.2	Regulasi RS : Kebijakan/ panduan/ prosedur skrining pasien menetapkan kebutuhan pelayanannya (preventive, kuratif, rehabilitative, paliatif)
117.	APK 1.1.3	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan penundaan pelayanan atau pengobatan ▪ Prosedur pemberian informasi Dokumen implementasi : Rekam medis
118.	APK 1.2	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduankomunikasi yang efektif dalam pemberian edukasi dan informasi ▪ Prosedur pemberian informasi tentang : ○ pelayanan yang dianjurkan



		○ hasil pelayanan yang diharapkan ○ perkiraan biaya Dokumen implementasi : ▪ rekam medis , website/ brosur/ leaflet
119.	APK 1.3	Regulasi RS : ▪ kebijakan RS dalam mengidentifikasi hambatan dalam populasi pasiennya ▪ Prosedur mengatasi, membatasi, mengurangi hambatan Dokumen implementasi Data cakupan RS
120.	APK 1.4	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien ▪ Kriteria masuk&keluar pelayanan intensif Dokumen implementasi : ▪ Proses penyusunan kriteria ▪ Rekam medis ▪ Sertifikasi pelatihan transfer



121.	APK 2	Regulasi RS : Kontinuitaspelayanan ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien ▪ Kriteria transfer Dokumenimplementasi : Rekammedis
122.	APK 2.1	Regulasi RS :Staf yang kompeten ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur transfer pasien ▪ Panduan/Prosedu rkoordinasi pelayanan, ttgpelayanan DPJP, UTW ▪ Medical staff bylaws Dokumen implementasi : RekamMedis
123.	APK 3	Regulasi RS : Pemulangan pasien ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur pemulangan pasien, termasuk cuti ▪ Discharge Planning List Dokumen implementasi : RekamMedis



124.	APK 3.1	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan ▪ Kriteria rujukan ke RS lain Dokumen implementasi : ▪ Rekam medis MoU dng komunitas pelayanan sekitar
125.	APK 3.2	Regulasi RS : ▪ Kebijakan yang menetapkan bahwa resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari rumah sakit Dokumen implementasi : Rekam medis
126.	APK 3.2.1	Regulasi RS : ▪ Kebijakan yang menetapkan resume pasien berisi : a. Alasan masuk rumah sakit. b. Penemuan kelainan fisik dan lainnya yang penting.



		c. Prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan. d. Pemberian medikamentosa dan pemberian obat waktu pulang. e. Status/kondisi pasien waktu pulang. f. Instruksi follow-up / tindak lanjut.
127.	APK 3.3	Regulasi RS : RJ lanjutan / diluar jam kerja Prosedur pembuatan resume pd pelayanan RJ Format dan Isi Resume pelayanan RJ Dokumen impementasi : rekammedis
128.	APK 3.4	Regulasi RS : Instruksi pasien&keluarganya ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien Dokumen impementasi : rekammedis



129.	APK 3.5	Regulasi RS : Regulasi tentang penolakan pelayanan atau pengobatan Dokumen implementasi : rekam medis
130.	APK 4	Regulasi RS : - Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien, termasuk Penanggung jawab pelayanan rujukan, transportasi rujukan Dokumen implementasi : - MoU rujukan - Rekam medis
131.	APK 4.1	Regulasi RS : Yakin bhw RS rujukannya - mampu - Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien Dokumen implementasi : - Daftar RS dengan pelayanannya - MoU rujukan
132.	APK 4.2	Regulasi RS :



		▪ Regulasi tentang transfer inter hospital Dokumen implementasi : Rekam medis
133.	APK 4.3	Regulasi RS : ▪ Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan pasien, termasuk pendamping, UTW-nya Dokumentasi implementasi : Rekam medis
134.	APK 4.4	Dokumen implementasi : Rekam medis
135.	APK 5	Regulasi RS : Transportasi ▪ Regulasi tentang transportasi rujukan, pemulangan Dokumen implementasi : ▪ Bukti pemeliharaan transportasi ▪ MoU



PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH (PAB)

NO	Std	DOKUMEN
136.	PAB.1	Regulasi tentang pelayanan anestesi di RS Dokumen : ▪ Daftar sumber anestesi dari luar RS berdasarkan rekomendasi direktur
137.	PAB.2	Regulasi pelayanan anestesi
138.	PAB.3	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : ▪ Surat kompetensi ▪ Asesmen prasedasi dalam rekam medis pasien ▪ Hasil pemantauan pasien selama sedasi ▪ Kriteria untuk pemulihan dari sedasi
139.	PAB.4	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : ▪ Bukti pencatatan asesmen praanestesi dan preinduksi dalam rekam medis
140.	PAB.5	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : ▪ Bukti pencatatan perencanaan pelayanan



- anestesi dalam rekam medis
141. PAB.5.1 Regulasi persetujuan tindakan kedokteran
Dokumen :
 - Materi edukasi
 - Formulir persetujuan/ penolakan tindakan
 142. PAB.5.2 Dokumen :
 - Rekam medis pasien
 143. PAB.5.3 Dokumen :
 - Bukti hasil pemantauan status fisiologis pasien selama pemberian anestesi dalam rekam medis
 144. PAB.6 Dokumen :
 - Hasil pemantauan selama di ruang pemulihan dalam rekam medis
 - Kriteria pemindahan pasien dari unit pasca anestesi
 145. PAB.7 Dokumen :
 - Asesmen pra operasi dalam rekam medis
 146. PAB.7.1 Acuan :
Manual Konsil Kedokteran Indonesia tentang persetujuan tindakan kedokteran



Regulasi tentang komunikasi yang efektif dalam pemberian edukasi dan informasi

Dokumen :

- Formuir informed consent
- Formulir persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran

- | | | |
|------|-------------|--|
| 147. | PAB.7.
2 | <p>Dokumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan operasi dalam rekam medis pasien |
| 148. | PAB.7.
3 | <p>Dokumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pemantauan status fisiologis pasien selama pembedahan dalam rekam medis |
| 149. | PAB.7.
4 | <p>Dokumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti rencana asuhan pasca bedah dalam rekam medis |



MILLENIUM DEVELOPMENT GOALS (MDGS)

NO	STD	DOKUMEN
150.	SMDGs 1	▪ SK Direktur Rumah tentang Pembentukan Tim PONEK ▪ Kebijakan/ Pedoman/ Panduan tentang : a. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatus b. Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit c. Rawat Gabung Ibu dan Bayi d. Inisiasi Menyusui Dini dan ASI Eksklusif e. Perawatan Metode Kangguru pada BBLR f. Rumah Sakit Sayang Ibu Bayi g. Pelaksanaan Rujukan Program : ▪ Rencana Strategi ▪ Rencana Kerja & Anggaran



- Program Unit Kerja terkait
 - Pelatihan Tim PONEK
- Dokumen implementasi :
- a. Laporan kegiatan
 - b. Sertifikasi pelatihan PONEK
 - c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan
- Notulen rapat
151. SMDGs 2
- SK Direktur Rumah tentang Pembentukan Tim HIV/AIDS
 - Kebijakan/ Pedoman/ Panduan tentang :
 - a. Pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dengan faktor risiko IDU dan penunjang di Rumah Sakit
 - b. Pelaksanaan Rujukan Program :
- Rencana Strategi
 - Rencana Kerja & Anggaran
 - Pelatihan Tim HIV AIDS
 - Pelatihan HIV AIDS pada unit kerja terkait
- Dokumen implementasi :
- a. Laporan kegiatan



- b. Sertifikasi pelatihan HIV AIDS
- c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan

152. SMDGs Acuan:

3

-
- SK Direktur Rumah Sakit tentang Pembentukan Tim DOTS TB
- Kebijakan/ Pedoman/ Panduan tentang :
 - a. Pelayanan TB dengan Strategi DOTS
 - b. Pelaksanaan Rujukan

Program :

- Rencana Strategi
- Rencana Kerja & Anggaran
- Pelatihan Tim DOTS

Dokumen implementasi :

- a. Laporan kegiatan
- b. Sertifikasi pelatihan DOTS
- c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan



MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN INFORMASI (MKI)

NO	STD	DOKUMEN
153.	MKI 1	Regulasi RS: • Penetapan unit kerja yang mengelola edukasi dan informasi/PKRS • Pedoman pengorganisasian dan pedoman pelayanan unit kerja tersebut/PKRS • RKA Rumah Sakit • Program kerja unit kerja/PKRS Dokumen: • Data populasi pasien RS • Brosur. Leaflet tentang pelayanan RS
154.	MKI2	Regulasi RS: • Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS • Program kerja unit kerja/PKRS



- Dokumen/bukti informasi:
- Brosur, leaflet dsb.
 - Website
- Dan lain-lain
155. MKI 3 Regulasi RS:
- Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS
156. MKI 4 Regulasi RS:
- Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi/PKRS
 - Ketentuan tentang rapat Dokumentasi rapat/pertemuan
 - Surat Edaran
 - Pengumuman
157. MKI 5 Regulasi RS:
- SK Penetapan unit kerja (Panitia, Komite atau KSM)
 - Ketentuan tentang rapat Dokumentasi rapat/pertemuan
158. MKI 6 Regulasi RS:
- Kebijakan tentang kewajiban melaksanakan komunikasi



- terkait informasi kondisi pasien
Dokumentasi pelaksanaan komunikasi atau transfer informasi
159. MKI 7 Regulasi RS:
Kebijakan/Pedoman tentang pelayanan/ penyelenggaraan rekam medis
Dokumen rekam medis untuk masing profesi tenaga kesehatan
Dokumen review dan bukti pembaharuan rekam medis
160. MKI 8 Regulasi RS:
• Kebijakan/Panduan/SPO tentang transfer pasien
Dokumen transfer
161. MKI 9 Sumber informasi yang tersedia, misalnya:
Pola penyakit
162. MKI 10 Regulasi RS:
• Kebijakan/Pedoman/SPO tentang akses pasien untuk



- mendapat informasi kesehatannya
- Dokumen permintaan informasi
- Evaluasi pelaksanaannya
163. MKI 11 Regulasi RS:
- Kebijakan/Pedoman/SPO tentang pengaturan keamanan dan permintaan informasi, termasuk data
 - Dokumen permintaan informasi
- Dokumentasi pelaksanaan
164. MKI 12 Regulasi RS:
- Kebijakan/Pedoman/SPO tentang retensi rekam medis, termasuk pemusnahan rekam medis
165. MKI 13 Regulasi RS:
- Kode diagnosis
 - Kode prosedur/ tindakan
 - Definisi yang digunakan
 - Simbol, termasuk yang tidak boleh digunakan



- Singkatan, termasuk yang tidak boleh digunakan
166. MKI 14 Dokumen pelaporan sesuai ketentuan yang berlaku
Dokumen evaluasi penyampaian data dan informasi oleh pengguna data
167. MKI 15 Dokumentasi rapat
168. MKI 16 Regulasi RS:
Kebijakan/Pedoman/SPO tentang perlindungan dari:
- Kehilangan dan kerusakan
- Gangguan dan penyalahgunaan rekam medis
169. MKI 17 Dokumen bukti pelatihan
170. MKI 18 Regulasi RS:
Kebijakan/Panduan/SPO tentang perubahan regulasi RS, meliputi:
- Pengembangan dan perubahan regulasi
 - Adaptasi regulasi nasional sebagai regulasi RS



- Retensi regulasi yang sudah dinyatakan tidak berlaku
 - Pemantauan pelaksanaan regulasi (misalnya oleh SPI)
171. MKI 19 Regulasi RS:
- Pedoman Pelayanan/ Penyelenggaraan Rekam Medis (Sistem penomoran RM)
172. MKI 19.1 Dokumen rekam medis
173. MKI 19.1.1 Dokumen rekam medis
174. MKI 19.2 Regulasi RS:
- Kebijakan Pelayanan Rekam Medis
 - Pedoman Pelayanan/Penyelenggaraan Rekam Medis, beserta lampiran berkas rekam medis yang berlaku di RS
- Dokumen rekam medis
175. MKI 19.3 Dokumen rekam medis



176. MKI 19.4 Regulasi RS:
- Panduan upaya peningkatan mutu RS
 - Indikator mutu terkait review pengisian rekam medis
- Dokumen:
- Dokumen pelaksanaan review
 - Dokumen pelaksanaan program mutu
177. MKI 20 • SPO Pelayanan Kedokteran
Hasil analisis data dalam upaya peningkatan mutu RS
178. MKI 20.1 • Dokumen data
Dokumen pelaporan data
179. MKI 20.2 -
180. MKI 21 Struktur organisasi RS



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

181.	WA WA NC AR A	• Pimpinan RS • Ketua dan anggota Panitia Mutu dan Keselamatan Pasien • Kepala unit kerja • Staf pelaksana	• Acuan peraturan perundangan yang digunakan • Partisipasi pimpinan rumah sakit dalam upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien sejak perencanaan, pelaksanaan dan evaluasinya • Indikator mutu yang ditetapkan di seluruh RS • Pelaksanaan penilaian mutu (termasuk validasi data, sensus harian) • Evaluasi dan analisa data indikator mutu
------	---------------------------	---	---



			• Prioritas dalam upaya peningkatan mutu • Perbandingan hasil evaluasi dengan sumber lain (termasuk teknologi yang mendukung) • Laporan hasil upaya peningkatan mutu
182.			• Penetapan indikator kunci untuk Sasaran Keselamatan Pasien • Evaluasi terhadap SKP • Laporan insiden keselamatan pasien
183.			• Pelaksanaan program manajemen risiko (a.l. dengan pemantauan KPC) • Evaluasi dan tindak lanjut atas temuan KPC



184.		• Pimpinan RS • Manajer/ Pimpinan Diklat	• Program pelatihan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Kualifikasi nara sumber • Bukti pelaksanaan pelatihan • Capaian terhadap seluruh staf RS
185.		• Ketua Kelompok Staf Medis • Staf Medis	• Penyusunan dan adanya SPO pelayanan kedokteran • Adanya PPK yang dilengkapi dengan alur klinis, serta bukti penerapan dan evaluasinya
186.	OB SE RV ASI	• Data/dokumen	• Teknologi untuk membantu mencari sumber data lain sebagai pembanding • Data-data pembanding



		• Evaluasi hasil dengan pembandingan • Bukti informasi tentang hasil upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada staf RS, termasuk kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien • Dokumen pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (KTD, KTC dan KNC), termasuk akibat transfusi, reaksi obat, kesalahan medis, ketidaksesuaian diagnosis pre dan pasca operasi, saat sedasi dan anestesi dan lainnya. • Dokumen RCA dan FMEA
--	--	--



187.		• Ruang perawatan • Unit kerja	• Sensus harian pencatatan terkait pengumpulan data upaya peningkatan mutu pelayanan RS • Pencatatan insiden keselamatann pasien • Pelaporan IKP
------	--	---	--

TATA KELOLA, KEPEMIMPINAN DAN PENGATURAN (TKP)

N O	STD	Tata Kelola
188	TKP 1 TKP 1.1	a. Dalam mengelola sebuah RS ada sistem atau panduan sebagai acuan hukum yang telah ditetapkan ? yaitu Hospital by law b. Siapa yang menyetujui / mengesahkan HBL ? (Pemda) c. Sudahkah disetujui / disyahkan ?



189		a. Proses Penyusunan HBL : b. Bagaimana proses penentuan HBL ? c. Bukti dokumen proses ? • Undangan ? • Daftar Hadir ! • Notulen Pertemuan d. HBL apakah memuat tentang SOTK (Struktur Organisasi dan Tata Kelola) • Bagaimana bentuknya • Apakah memuat persyaratan kedudukan • Apakah memuat rincian uraian tugas
190	TKP 1.1	a. Didalam HBL tercantum visi dan misi rs ? • Bukti dokumen visi dan misi ada di HBL ? b. Bagaimana proses penyusunan visi dan misi RS ? c. Bukti dokumen ! • Undangan ! • Daftar Hadir ! • Notulen !



		d. Siapakah yang menyetujui visi dan misi RS ? e. Apakah visi misi cukup diketahui internal RS ? f. Kalau tidak, bagaimana cara mensosialisasikannya ? g. Adakah SPO tata cara sosialisasinya
191	TKP 1.2	a. Untuk mewujudkan visi RS ini, direktur dan jajarannya perlukah menyusun perencanaan ? b. Kalau ia dimana perencanaan ini bisa diketemukan ! (dokumen ! tunjukkan) (Renstra &RKA) c. Bukti dokumen ! • Undangan ! • Daftar Hadir ! • Notulen ! d. SK persetujuan Renstra & RKA (siapa yang menyetujui) e. Bagaimana cara menilai kemajuan/proses dalam



		menggapai visi melalui misi yang telah ditentukan ? f. Bukti review secara berkala / evaluasi g. Kebijakan/pedoman/SPO seharusnya mendapatkan persetujuan pemilik RS, dalam hal ini Pemda (Bupati), adakah pendelegasian untuk hal ini kepada direktur ? h. Kalau iya, buktikan dokumen surat pendelegasian hal ini kepada direktur !
192	TKP 1.3	HBL apakah memuat tentang ketentuan : a. Siapa yang memberikan persetujuan anggaran RS b. Yang mengalokasikan anggaran belanja modal dan barang c. Ujud perencanaan anggaran belanja modal dan barang
193	TKP 1.4	a. HBL membuat ketentuan : • Siapa yang berwenangan menetapkan direktur • Bagaimana bentuk evaluasi kinerja direktur



		• Dokumen evaluasi kinerja direktur b. Dokumen : c. SK Penempatan Direktur d. SK pengangkatan pejabat struktural lainnya e. Tata Cara Evaluasi Pejabat dibawah direktur • Dokumen evaluasi f. Evaluasi bulanan tahunan ? • Dokumen ?
194	TKP 1.5 PMKP 1.4 EP2	a. Adakah kebijakan tentang mutu dan keselamatan pasien b. Apakah mendapat persetujuan pemilik ! c. Dokumen • Kebijakan/Perdir/Panduan/SPO d. Adakah Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien • SK Tim dan Uraian tugas • Program kerja • Pedoman/Panduan/SPO Tim PMKP • Adakah rapat rutin



		a. Undangan b. Daftar hadir c. Notulen • Adakah evaluasi hasil kegiatan ! a. Dokumen ! • Adakah analisis dan rekomendasi a. Dokumen !
195		KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT
196	TKP 2 APK 6 EP 1,2	a. RSUD Ajibarang dipimpin oleh seorang direktur (SK) b. Bukti sumpah jabatan mematuhi nilai nilai dan perundangan c. Uraian tugas direktur d. Persyaratan Jabatan dan dokumen pendukung e. Dokumen usulan kebijakan ke pemilik f. Pemeriksaan RSUD Ajibarang dilakukan oleh Siapa saja ! • Dokumen pemeriksaan g. Adakah sistem pengawasan internal RS



		Dokumen : • SK Pengawas internal • Uraian tugas • Program • Hasil kegiatan • Evaluasi Kapan ? • Dokumen ! • Undangan • Daftar hadir • Notulen h. Satuan Pengawas eksternal (badan pengawas) • Siapa yang menunjuk badan pengawas • SPO badan pengawas • Bukti Kegiatan / masukan i. Dokumen tanggapan atau perencanaan tindak lanjut dan pelaksanaan saran dan masukan dari lembaga pengawas
197	TKP 3	a. SK Pengangkatan pejabat struktural RS • Bukti kegiatan orientasi dan pengenalan SDM



		b. SOTK RSUD Ajibarang sudah sesuaikan dengan pejabat yang ada c. Program kerja (misi) dari masing masing pejabat apakah sudah sesuai dengan misi RS ? d. Dokumen ! e. Adakah pertemuan rutin di rumah sakit ! Dokumen • Undangan • Daftar hadir • Notulen f. SPO Pertemuan rutin RS
198	TKP 3.1	a. Dalam menentukan misi atau perencanaan rumah sakit, apakah sering melibatkan masyarakat b. Kapan pertemuan dilaksanakan c. Siapa saja yang diundang / diajak pertemuan Dokumen : • SPO Pertemuan dengan tokoh masyarakat, dll



		• Undangan • Daftar hadir • Notulen
199	TKP 3.2	a. Adakah kebijakan tentang pelayanan yang bisa diberikan di ajibarang dan yang tidak bisa dilakukan di RSUD Ajibarang b. Apakah pelayanan yang bisa dan tidak bisa dilakukan ini sesuai dengan visi dan misi RS c. Bagaimana sosialisasi kebijakan ini ? d. Adakah buku /brosur profil RS ? Dokumen ! bukti e. Apakah terdapat kajian terhadap produk baru (obat, alat, dll) Dokumen : • Panduan / SPO f. Adakah kegiatan yang membahas evaluasi pelayanan yang diberikan ? • SPO Pertemuan



		• Undangan • Daftar hadir • Notulen g.
200	TKP 3.2.1 MPO 2.2 EP 1	a. Kebijakan/SPO tentang perencanaan dan pengadaan barang b. Pada pengadaan barang untuk pelayanan high risk apakah melibatkan profesi pengguna barang • Dokumen ! Usulan atau pertimbangan barang c. Bukti dokumen pengadaan barang habis pakai di RS d. Daftar formularium obat RSUD Ajibarang e. SPO Penyusunan formularium f. Kebutuhan barang, obat-obatan atau perbekalan lainnya tercukupi g. Daftar mutasi alat-alat yang sudah atau sedang digunakan h. Penggunaan perbekalan dan peralatan yang telah diadakan



201	TKP 3.3 AP 5, 8 AP 5,8, PAB	a. Adakah kontrak kerja klinis dan manajerial di RSUD Ajibarang b. Bukti Kontrak kerja yang dilakukan c. Apakah kontrak kerja meliputi isi ketentuan yang harus dilaksanakan dan yang tidak boleh dilaksanakan d. Apakah dalam kontak kerja klinis, melibatkan pimpinan klinis / komite medis e. Adakah evaluasi dalam sistem kontrak kerja Dokumen ! • Undangan • Daftar hadir • Notulen • Apakah melibatkan pimpinan / direktur f. SPO Evaluasi kontrak kerja g. SPO saat pengakhiran kontrak kerja dimana kontinuitas pelayanan terjamin
202	TKP 3.3.1	a. Apakah evaluasi kontrak kerja melibatkan Tim



	AP 5, 8	Peeningkatan mutu dan keselamatan pasien b. Dokumen SPO/daftar hadir/undangan c. Hasil kegiatan evaluasi d. Adakah rekomendasi untuk mengakhiri kontrak kerja
203	TKP 3.3.2	a. SK Direktur tentang jenis pelayanan yang dirujuk b. Kredensialing PPA pada pelayanan rujukan parsial c. Dokumen kredensial d. SKK dan RKK praktisi independen e. Bentuk kerja sama / Mou praktek mandiri / institusi f. SPO evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada pelayanan praktisi mandiri / independen
204	TKP 3.4 KPS 11,	a. Perencanaan peningkatan mutu pelayanan PPA, unsur pimpinan dan lainnya



	14, 17 PMKP	b. Bukti kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien c. Sertifikat seminar / workshop/P2KB untuk para PPA dan lainnya d. Laporan dari masing masing kelompok sesuai program PMKP kepada Tim PMKP e. Bukti penilaian kinerja PPA
205	TKP 3.5	a. Kebijakan /panduan/SPO tentang rekrutmen pegawai • Dokumen • Proses : bukti kegiatan / media/hasil seleksi/kepanitiaan b. Program/perencanaan tentang retensi pegawai • Dokumen c. Proses terencana untuk peningkatan mutu SDM (diklat dan PSDM)



206	TKP 4	a. Struktur organisasi rumah sakit • Dokumen Panduan / kebijakan • Bukti struktur organisasi RS/Kelompok profesional/Instalasi/ruang b. Memahami jalur komunikasi internal RS c. Staff memahami kedudukan didalam struktur organisasi dan jalur komunikasi
207		PIMPINAN DEPARTEMEN / UNIT PELAYANAN
208	TKP 5 AP 5, 8 MPO 1.1 TKP 5.1	a. Kebijakan tentang unit / instalasi / pelayanan b. Ada kepemimpinan (SDM) penanggungjawab kegiatan c. Ada persyaratan kedudukan jabatan d. Pedoman organisasi e. Struktur organisasi



		f. Bukti Perencanaan dengan format yang seragam • Bukti usulan kegiatan ke direktur g. Bukti Kegiatan • Jenis pelayanan yng diberikan • Koordinasi dengan unit lain • Tata cara koordinaso h. Bukti Evaluasi
209	TKP 5.1	a. Komunikasi medis Dokumen : • SPO koordinasi antar unit • Transfer Intra dan ektrahospital • SPO Operan jaga • SPO Serah terima Jabatan • Rapat rutin
210	TKP 5.2	a. Regulasi Standar fasilitas Instalasi/ruang • Dokumen



	AP 6, 3 EP 5	b. Regulasi SPM instalasi / ruang • Dokumen c. Instalasi Memprogramkan kebutuhan alat, BHP dan SDM • Dokumen A d. Panduan Pelayanan mencakup hal hal minimal yang harus dilaksanakan • Dokumen e. Perencanaan bila usulan kegiatan belum dipenuhi berkaitan kontinuitas pelayanan
211	TKP 5.3	a. Perencanaan SDM di Instalasi / Ruang b. Kebijakan Kualifikasi minimal PPA / SDM lainnya di instalasi/ruang c. Kriteria digunakan untuk pengembangan SDM d. Kriteria digunakan untuk seleksi SDM



212	TKP 5.4 KPS 7 AP 5.1 EP 5 AP 6.2 EP 6	a. Program orientasi pegawai b. Orientasi pegawai baru oleh pimpinan berkaitan tupoksi dan profesionalisme pelayanan di unit c. Pengarahan / pendidikan rutin pegawai oleh pimpinan d. Bukti SPO dan hasil kegiatan (pegawai baru dan lama)
213	TKP 5.5 PAB 2 EP 7	a. Program evaluasi internal instalasi/ruang b. Dokumen bukti evaluasi dan analisis c. Program evaluasi peningkatan Mutu dan keselamatan pasien (PMKP) d. Bukti data yang diserahkan e. Bukti penentuan indikator mutu dan keselamatan pasien



		f. Bukti analisis data yang diserahkan ke PMKP g. Bukti survei eksternal dan internal h. Evaluasi kontrak kerja klinis dan manajerial (TKP 3.3) i. Bukti rencana dan hasil tindak lanjut dari rekomendasi
214		ETIKA BERORGANISASI
215	TKP 6	a. Kebijakan terntang Komite Etik Rumah sakit b. SK Tim Komite etik RS c. Pedoman / Panduan Tim Komite Etik d. Perencanaan Tim Komite Etik e. Kode Etik RS f. Kode Etik Dokter RSUD Ajibarang g. Kode Etik PPA lainnya - h.
216	TKP 6.1	a. Profile RS (kepemilikan RS dan kegiatan) b. Proses pemberian penjelasan secara jujur



	AP 5.1, 6.1	rencana pelayanan kepada pasien (admisi dan perencanaan pelayanan/AP) c. Kebijakan penerimaan pasien d. Kebijakan transfer pasien e. Kebijakan pemulangan pasien f. Kebijakan tentang discharge planing g. Bukti penagihan akibat pelayanan yang diberikan h. Klaim asuransi i. Kuitansi pembayaran j. Dan lainnya k. Penanganan komplain berkaitan dengan penagihan l. Bukti adanya tim kompalin (humas) m. Bukti penanganan komplain
217	TKP 6.2	a. Kerangka kerja / program kerja tim etis menunjang dilema etis pelayanan



		b. Bukti dukungan kegiatan komplain c. Tim Hukum RS
--	--	--

KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF (KPS)

N O	WAWAN CARA	MATERI
218	• Pimpinan RS • Manajer SDM • Kepala unit kerja • Staf pelaksana	• Acuan peraturan perundangan yang digunakan • Penetapan pola ketenagaan RS dan unit kerja dan evaluasinya • Surat penugasan staf RS (bukti kesesuaian dengan posisi penugasan saat ini) • Uraian tugas • Proses kredensial (termasuk staf keperawatan) • Evaluasi kinerja dalam pelayanan kepada pasien (frekuensi, metoda dan bukti pelaksanaan)



		• Proses penilaian “gap” antara pengetahuan dan ketrampilan staf dengan persyaratan jabatannya • Evaluasi terkait adanya temuan dalam kegiatan mutu dan keselamatan pasien • Pelaksanaan penilaian tersebut pada unit kerja • Kemampuan melaksanakan <i>cardiac life support</i> staf RS yang ditetapkan • Pelaksanaan K3 tentang kesehatan staf RS (termasuk evaluasi, konseling dan tindak lanjut staf yang terpapar infeksi) • Pemberian vaksinasi
	• Pimpinan RS • Manajer/ Pimpinan Diklat	• Pelaksanaan orientasi pegawai baru, termasuk pegawai kontrak, tenaga sukarela dan mahasiswa magang • Proses perencanaan pelatihan berdasarkan data dan hasil evaluasi kegiatan



		mutu dan keselamatan pasien, PPI dan program RS lainnya • Program diklat RS • Pelaksanaan pelatihan yang relevan dengan persyaratan/ kualifikasi staf yang ditetapkan • Evaluasi pelaksanaan pelatihan • Penetapan staf RS yang harus mampu melaksanakan <i>cardiac life support</i> • Pelaksanaan pelatihan <i>cardiac life support</i> (frekuensi dan penilaian)
219	• Ketua Komite Medik • Ketua dan anggota Subkomite Kredensial	• Proses kredensial, penilaian kompetensi staf medis • Rekomendasi yang dikeluarkan • Evaluasi kredensial/kompetensi staf medis • Surat penugasan dalam kaitan pemberian kewenangan klinis



		• Informasi pelayanan yang diberikan oleh staf medis • Pelaksanaan pelayanan staf medis sesuai kewenangan yang diberikan oleh RS • Evaluasi pelaksanaan pelayanan staf medis, termasuk kesesuaian dengan SPO pelayanan kedokteran
	OBSERVASI	•
220	• Data/file staf RS	• Proses rekrutmen • Kualifikasi staf • Ijasah (sudah diverifikasi) • Hasil uji kompetensi • Surat tanda registrasi • Surat Penugasan • Uraian tugas • Penilaian kinerja (Sasaran Kerja Pegawai atau lainnya) • Riwayat pekerjaan • Catatan pendidikan dan pelatihan (termasuk sertifikat kelulusan <i>cardiac life support</i>)



		• Hasil evaluasi kompetensi dan kinerja (staf medis dan staf RS lainnya)
221	• Unit diklat	• Dokumen pelaksanaan orientasi • Dokumen pelaksanaan pelatihan dan evaluasinya
222	• Ruang perawat • Unit kerja	• Kemampuan melaksanakan <i>cardiac life support</i>

