

CHAPTER	DOKUMEN YANG DIMINTA
IPSG	<b>Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
	a. Identifikasi Pasien
	b. Komunikasi pemberian informasi dan edukasi yang efektif
	c. Pelayanan Farmasi mengenai obat-obatan yang high alert
	d. Daftar keselamatan Bedah ( Surgical Safety Checklist)
	e. Hand Hygiene
	f. Pasien resiko jatuh
	<b>SPO :</b>
	a. Pemasangan Gelang identitas pasien
	b. Komunikasi via telepon
	c. Pemberian obat - obat high alert
	d. cuci tangan
	e. Pemasangan gelang pasien resiko jatuh
	<b>Dokumen Implementasi : :</b>
a. Daftar keselamatan Bedah ( Surgical Safety Checklist)	
b. Rekam Medis	
c. Daftar obat-obatan high alert	
Hak Pasien dan Keluarga	<b>Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
	a. Perlindungan hak pasien & keluarga terhadap kebutuhan Privasi
	b. Perlindungan terhadap harta milik pasien
	c. Perlindungan terhadap kekerasan fisik
	d. Hak memperoleh second opinion di dalam atau luar RS
	e. Hak memperoleh bantuan hidup dasar
	f. Hak menolak resusitasi
	g. Hak pelayanan kerohanian pasien
	h. Menanggapi keluhan
	i. Persetujuan tindakan kedokteran
	j. Donor & transplantasi organ
	<b>SPO :</b>
	a. SPO melindungi kebutuhan privasi pasien
	b. SPO melindungi harta milik pasien
c. SPO melindungi pasien terhadap kekerasan fisik	
d. SPO mencari second opinion di dalam atau luar RS	

e. SPO memberikan bantuan hidup dasar
f. SPO penolakan resusitasi
g. SPO pemberian pelayanan kerohainian
h. SPO menanggapi keluhan
i. SPO Persetujuan tindakan kedokteran
j. SPO Donor & transplantasi organ
<b>Dokumen Implementasi :</b>
a. rekam medis
b. Dokumen hak dan kewajiban pasien
c. Format permintaan bimbingan rohani
d. Formulir pemberian edukasi
e. Formulir persetujuan / penolakan tindakan atau pengobatan
f. Formulir penolakan resusitasi
g. survey kepuasan

## Pendidikan Pasien dan Keluarga

<b>Kebijakan /Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
1. Panduan tehnik komunikasi yang efektif dalam Pemberian Informasi & Edukasi yang memuat :
a) Langkah awal asesmen pasien & keluarga
b) Cara penyampaian informasi & edukasi yang efektif
c) Cara memverifikasi bahwa pasien dan keluarga menerima dan memahami pendidikan yang diberikan
2. Bahan Materi Edukasi
<b>SPO</b>
a. SPO Pemberian Edukasi
<b>Dokumen Implementasi :</b>
1. Formulir Pemberian Edukasi
2. Buku Registrasi edukasi pasien
3. Rekam medis yang memenua asesmen pasien & keluarga tentng :
a. keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga
b. kemampuan membaca, tingkat pendidikan, dan bahasa yang digunakan
c. hambatan emosional dan motivasi
d. Keterbatasan fisik dab kognitif
e. Kesediaan pasien untuk menerima informasi
4. MoU UPK di komunitas
<b>Unit PKRS :</b>
a. SK Direktur tentang pembentukan panitia PKRS
b. Pediman pengorganisasian PKRS

	<p>c. Pedoman Pelayanan PKRS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ada standar fasilitas, misalnya adanya ruangan untul KIE</li> <li>2. Adanya waktu Operasional / jadwal PKRS</li> </ol> <p>d. Program PKRS</p> <p>Pelatihan komunikasi yang efektif bagi pada edukator</p>
<p><b>Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien</b></p>	<p><b>Kebijakan /Pedoman / Panduan RS tentang :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lima area prioritas dengan fokus penggunaan pedoman klinis, clinical pathways dan/atau protokol klinis</li> <li>b. Proses Validasi internal</li> <li>c. Kejadian sentinel</li> <li>d. definisi KNC</li> </ol> <p><b>SPO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. SPO pelatihan peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit</li> <li>b. SPO Pengkajian asesment pasien jatuh</li> </ol> <p><b>Program</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien</li> </ol> <p><b>Dokumen Implementasi :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Indikator keselamatan pasien pada laporan bulanan masing-masing 2 unit</li> <li>b. Laporan Bulanan ( penurunan angka insiden pasien jatuh)</li> <li>c. Laporan Rootcause Analysis mengenai adanya insiden keselamatan pasien</li> </ol>
	<p><b>Regulasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SK Direktur Rumah Sakit Tentang Pembentukan Tim PONEK</li> <li>2. SK Direktur Rumah Sakit Tentang Pembentukan Tim HIV/AIDS</li> <li>3. SK Direktur Rumah Sakit Tentang Pembentukan Tim DOTS TB</li> </ol>
	<p><b>Kebijakan /Pedoman / Panduan RS tentang :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pelayanan Kesehatan Maternal dan Neonatus</li> <li>b. Penyelenggaraan PONEK 24 Jam di Rumah Sakit</li> <li>c. Rawat Gabung Ibu dan Bayi</li> <li>d. Inisiasi Menyusui dini dan ASI Eksklusif</li> <li>e. Perawatan Metode Kangguru pada BBLR</li> <li>f. Rumah sakit Sayang Ibu Bayi</li> <li>g. Pelayanan VCT, ART, PMTCT, IO, ODHA dengan faktor risiko IDU dan penunjang Rumah Sakit</li> <li>h. Manajerial pelayanan TB dengan strategi DOTS</li> <li>i. Pelaksanaan Rujukan Di Rumah Sakit</li> </ol>
	<p><b>Program</b></p>
	<p><b>Millenium Development Goals</b></p>

## Akses Ke Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan

1. Rencana Strategi
2. Rencana Kerja & Anggaran
3. Pelatihan Tim PONEK / Tim HIV AIDS /Tim DOTS
4. Pelatihan PONEK / HIV AIDS / DOTS pada unit terkait
<b>Dokumen Implementasi :</b>
a. Laporan Kegiatan
b. Sertifikat Pelatihan PONEK / HIV AIDS / DOTS
c. MoU Rujukan dengan RS Rujukan
<b>Kebijakan /Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
a. Skrining / TRIAGE pasien
b. Pendaftaran Rawat jalan & penerimaan pasien rawat inpa
c. Identifikasi Pasien
d. Penundaan pelayanan atau pengobatan
e. Transfer di dalam atau keluar rumah sakit
f. Rencana Pemulangan pasien
g. Standar Pelayanan Kedokteran
h. Informasi pelayanan
i. Hambatan di populasi Pasien
j. Transportasi RS
<b>SPO</b>
a. SPO Skrining / TRIAGE pasien
b. SPO Pendaftaran Rawat jalan & penerimaan pasien rawat inap
c. SPO pemasangan gelang Identifikasi Pasien
d. SPO Penundaan pelayanan atau pengobatan
e. SPO Transfer di dalam atau keluar rumah sakit
f. SPO Rencana Pemulangan pasien
g. SPO Pemberian Informasi pelayanan (jenis pelayanan, hasil yang diharapkan, biaya,dll)
h. SPO mengurani atau mengatasi Hambatan di populasi Pasien
j. SPO pemeliharaan Transportasi RS
<b>Dokumen Implementasi :</b>
a. Rekam medis
b. Checklist kriteria transfer pasien
c. Sertifikat pelatihan skrining / TRIAGE
d. Sertifikat pelatihan transfer pasien

e. MoU RS rujukan
f. Bukti pemeliharaan transportasi RS
<b>Program</b>
a. Program diklat tentang pelatihan skrining / TRIAGE
b. Program diklat tentang pelatihan transfer pasien
<b>Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
a. Asesmen Gizi
b. Asesmen Nyeri
c. Asesmen Risiko Jatuh
d. Asesmen Individual pada :
> Anak - anak
> Dewasa
> Lanjut Usia yang lemah
> Sakit Terminal
> Pasien dengan Rasa Nyeri yang kronis dan intens
> Wanita dalam proses kehamilan
> Wanita dalam proses terminasi kehamilan
> Pasien dengan kelainan emosional atau gangguan jiwa
> Pasien diduga ketergantungan obat atau alkohol
> Korban kekerasan atau terlantar
> Pasien dengan Infeksi atau penyakit menular
> Pasien yang mendapatkan kemoterapi atau radiasi
> Pasien yang daya Imunnya direndahkan
e. Asesmen pasien tahap terminal (Akhir Kehidupan)
f. Asesmen rancana pemulangan
g. Asesmen ulang untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau pemulangan pasien
<b>SPO</b>
a. Asesmen Gizi
b. Asesmen Nyeri
c. Asesmen Risiko Jatuh
d. Asesmen Individual pada pasien yang rentan
e. Asesmen pasien tahap terminal (Akhir Kehidupan)
f. Asesmen rancana pemulangan
g. Asesmen ulang untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau pemulangan pasien

## Asesmen Pasien

<b>Dokumen Implementasi :</b>	
1. Formulir asesmen yang ada diberkas rekam medis	
2. Pelatihan dan Sertifikat staf	
<b>Unit Laboratorium</b>	
a. Kebijakan RS tentang Pelayanan Laboratorium	
b. Pedoman Pengorganisasian	
c. Pedoman Pelayanan Laboratorium	
d. Program Kerja	
<b>Unit Radiologi</b>	
a. Kebijakan RS tentang Pelayanan Radiologi	
b. Pedoman Pengorganisasian	
c. Pedoman Pelayanan Radiologi	
d. Program Kerja	
<b>Pelayanan Pasien</b>	<b>Kebijakan /Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
	a. Pelayanan Kedokteran dan Keperawatan
	b. perintah apa saja yang harus ditulis daripada lisan dan siapa yang diizinkan menulis perintah
	c. Pelayanan kasus emergensi
	d. Pelayanan Resusitasi
	e. Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan komponen darah
	f. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma
	g. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien dengan penyakit menular atau immuno-suppressed
	h. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien dengan peralatan yang kompleks seperti dialis
	i. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien penggunaan alat pengikat(restraint)
	j. Pasien yang rentan, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan
	k. Pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain
	l. Manajemen nyeri
	<b>SPO</b>
	a. Penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan komponen darah.
	b. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma
	c. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien dengan penyakit menular atau immuno-suppressed
	d. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien dengan peralatan yang kompleks seperti dialis
	e. Pasien risiko tinggi yang memuat pasien penggunaan alat pengikat(restraint)
	f. Pasien yang rentan, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan
g. Pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain	

	<p>h. Pengolaan Nyeri</p> <p><b>Dokumen Implementasi :</b></p> <p>1. Rekam Medis</p> <p>2. Formulir Permintaan Pemeriksa penunjang</p> <p>3. Sertifikat Pelatihan penanganan risiko tinggi</p> <p><b>Program</b></p> <p>1. Pelatihan penanganan pasien risiko tinggi</p>
<p><b>Pelayanan Anestesi dan Bedah</b></p>	<p><b>Kebijakan / Pedoman /Panduan RS tentang :</b></p> <p>a. asesmen presedasi</p> <p>b. penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya</p> <p>c. Dokumentasi yang diperlukan tim pelayanan untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif</p> <p>d. Persyaratan persetujuan (consent) khusus bila diperlukan</p> <p>e. Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan</p> <p>f. Kualifikasi atau keterampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi</p> <p>g. Ketersediaan dan Penggunaan peralatan Spesialistik</p> <p><b>SPO</b></p> <p>a. asesmen presedasi</p> <p>b. Pemberian sedasi</p> <p>c. Monitoring selama anestesi</p> <p><b>Dokumen Implementasi :</b></p> <p>1. Rekam Medis</p> <p>2. Formulir pemberian edukasi</p> <p>3. Kriteria pemindahan ruangan pasca operasi</p>
	<p>1. Kebijakan / Pedoman /Panduan pelayanan Farmasi RS</p> <p><b>Unit Pelayanan Farmasi</b></p> <p><b>2. Kebijakan / Pedoman /Panduan pelayanan Farmasi tentang :</b></p> <p>a. Penggunaan Obat di RS</p> <p>b. Cara identifikasi dan penyimpanan obat yang dibawa oleh pasien</p> <p>c. Cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi</p> <p>d. Cara penyimpanan obat radioaktif, untuk keperluan investigasi dan sejenisnya</p> <p>e. Cara obat sample di simpan dan dikendalikan</p> <p>f. Penggunaan Obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman</p> <p>g. Pemusnahan Obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman</p> <p>h. Peresepan, pemesanan,dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit</p>

## Manajemen Penggunaan Obat

i. prosedur mengatur tindakan terkait dengan penulisan resep dan pemesanan yang tidak terbaca.
j. mengidentifikasi efek yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit
<b>3. Pedoman Pengorganisasian</b>
<b>4. Pedoman Pelayanan Farmasi</b>
<b>5. Program kerja</b>
- Pelatihan tehnik aseptik
<b>SPO</b>
a. Penggunaan Obat di RS
b. Cara identifikasi dan penyimpanan obat yang dibawa oleh pasien
c. Cara penyimpanan yang tepat bagi produk nutrisi
d. Cara penyimpanan obat radioaktif, untuk keperluan investigasi dan sejenisnya
e. Cara obat sample di simpan dan dikendalikan
f. Penggunaan Obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman
g. Pemusnahan Obat yang diketahui kadaluwarsa atau ketinggalan jaman
h. Peresepan, pemesanan, dan pencatatan obat yang aman di rumah sakit
i. prosedur mengatur tindakan terkait dengan penulisan resep dan pemesanan yang tidak terbaca.
j. mengidentifikasi efek yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit
<b>Dokumen Implementasi :</b>
1. Daftar stok obat di RS
2. Rekam Medis
3. Laporan Narkotik, psikotropik
4. Ijazah, sertifikat, pelatihan, Surat izin Kerja
5. Formularium
6. MoU dengan pihak luar
7. Form usulan obat baru, daftar obat baru
8. Bukti permintaan yang tidak tersedia di RS
9. Berita acara pemusnahan obat kadaluwarsa, penarikan obat kadaluwarsa
10. Lihat resep / FPO
11. Laporan IKP / KTD
12. Laporan KNC
<b>Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :</b>
1. Kebijakan :
a. Bentuk Komunikasi yang ditetapkan (intranet, internet atau lainnya)
b. Rapat dan sistem komunikasi antar departemen



## Manajemen Komunikasi dan Informasi

c. Pelaksanaan Review kasus, pembahasan kasus,dll
2. Kebijakan tentang keamanan informasi, termasuk integritas data yang didasarkan pada atau konsisten dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
3. Kebijakan tentang masa penyimpanan (retensi) berkas rekam medik
4. Kebijakan tentang pelaporan data cakupan
<b>Unit kerja PKRS :</b>
<b>1. Kebijakan :</b>
a. PKRS menyediakan informasi lengkap tentang pelayanan RS
b. Penerjemah anak dalam keluarga hanya digunakan dalam keadaan memaksa
<b>2. Pedoman pengorganisasian unit kerja PKRS</b>
<b>3. Pedoman pelayanan unit kerja PKRS memuat tentang pelayanan yang tersedia, unit yang memberikan layanan, jadwal pelayanan, biaya pelayanan, nama dokter yang memberikan pelayanan, tata cara memperoleh pelayanan, tata tertib RS, hak dan kewajiban pasien dan pengunjung</b>
<b>4. program kerja</b>
<b>Produk PKRS :</b>
a. Ada informasi lengkap dalam bentuk leaflet,website dan lain-lain tentang informasi pelayanan RS
b. Bahan materi Edukasi
<b>Rekam Medis :</b>
a. Kebijakan RS tentang Rekam medis
b. Pedoman pengorganisasian
c. Pedoman Pelayanan Rekam medis
d. Program kerja RM tentang pelatihan manajemen informasi
<b>Dokumen Implementasi :</b>
a. Daftar simbol dan singkatan termasuk "yang tidak boleh digunakan"
b. Data cakupan du Rekam Medis
c. Sertifikat Pelatihan manajemen informasi

## Kualifikasi Dan Pendidikan Staff

<b>Kebijakan / Pedoman /Panduan RS tentang :</b>
a. Pemberian vaksinasi dan imunisasi kepada staf
b. Tindak lanjut terhadap staf yang terpapar penyakit infeksius
c. mereview file kredensial setiap staf medis secara berkala yang seragam
d. Kewenangan klinis
e. Evaluasi praktek profesional
<b>SPO :</b>
a. SPO mengkredensial staf keperawatan

## Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

b. SPO mengkredensial staf profesional penunjang

### Program Keja tentang penempatan staf

> Kebijakan / Pedoman /Panduan pelayanan PPI RS

> Panduan Hygiene

### Unit PPI :

Kebijakan / Pedoman /Panduan pelayanan PPI RS yang memuat tentang

a. Identifikasi risiko infeksi

b. identitas perawatan yang kadaluwarsa

c. Peralatan dan material single-use yang direuse

d. Pembuangan benda tajam dan jatum

e. Paien sudah diketahui atau diduga infeksi menular harus di isolasi

f. Pemisahan antara psien dengan penyakit menular, dari pasien lain berisiko tinggi yang rentan karena immunosuppressed atau lain dan staf

g. Cara mengelola pasien dengan infeksi airborne

> Pedoman pengorganisasian

> Pedoman pelayanan PPI RS

### Program PPI :

a. Pelatihan cuci tangan

b. Pemeriksaan air berkala

c. Pelatihan APD

d. Pemeriksaan mikrobiologis udara dan air, pemetaan kuman dan resistensi antibiotika

e. Pengadaan sarana Sosialisasi PPI (Poster,banner,spanduk) diseluruh lingkungan rumah sakit

f. Pelatihan dekontaminasi, desinfeksi dan sterilisasi

g. Pelatihan manajemen linen dan laundry

h. Pelatihan penanganan pasein infeksius

### SPO :

a. SPO Hand Hygiene

b. SPO penghitungan linen,SPO Pembersihan cairan tubuh

c. SPO Pemakaian APD

d. SPO pengelolaan peralatan uang kadaluwarsa

e. SPO Peralatan single use yang direuse

f. SPO PPI terkait dampak renovasi terhadap kualitas udara

g. SPO penanganan pasien isolasi

h. SPO Penanganan pasien dengan infeksi airborne

## Tata Kelola, Kepemimpinan dan Pengarahan

### Dokumen Implementasi :

- a. Asesmen risiko infeksi
- b. Sertifikat pelatihan PPI
- c. Laporan hasil Pemetaan kuman dan resistensi antibiotika
- d. Hasil Pemeriksaan air
- e. Laporan Kultur kuman, analisa outbreak
- f. checklist pemakaian alat
- g. MoU dengan RS pemilik incinerator

### Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :

- a. Pendelegasian kewenangan
- b. Kriteria Pendidikan, keterampilan pengetahuan dan pengalaman yang dibutuhkan stqaf profesional di departemen
- c. Pembentukan panita etik RS

### SPO :

- a. SPO Pendelgasian kewenangan
- b. SPO Pelayanan
- c. SPO assemen kebutuhan pasien

### Program :

- a. Perencanaan asuhan&pelayanan RS dalam Profile RS
- b. Orientasi staf

### Dokumen Implementasi :

- a. Dokumen SOTK
- b. Dokumen kredensial
- c. Dokumen Perjanjian Kontrak
- d. Persyaratan jabatan dan dokumen pendukung
- e. Laporan bulanan kepada dewan pengawas
- f. Hasil inpeksi dan rekomendasi
- g. Dokumen bukti proses penetapan misi RS
- h. Bukti pelaksanaan rapat kordinasi
- i. Dokumen pelaksanaan surat tugas
- j. Profile RS dan Brosur RS serta dokumen bukti
- k. Bukti dokumen pengadaan fasilitas
- l. Komite medis dalam kontrak terkait pelayanan klinis
- m. Para maneger dalam dokumen kontrak terkait pelayanan klinis

### Kebijakan / Pedoman / Panduan RS tentang :

## Manajemen Fasilitas dan Keselamatan

a. Pengelolaan fasilitas RS
b. K3
c. K3 Kontruksi bangunan
d. Penanganan, penyimpanan, penggunaan B3
e. Penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana dan evakuasi
f. larangan merokok di lingkungan RS
g. Pembelian alat medis + manual alat medis
h. Pemeliharaan alat medis
i. Penggunaan produk dan peralatan yang dalam proses penarikan
<b>SPO :</b>
a. Penanggulangan kebakaran, bencana dan evakuasi
b. Prosedur emergency gangguan listrik dan air
<b>Program :</b>
Program penanggulangi kebakaran, kewaspadaan bencana, dan evakuasi
<b>Dokumen Implementasi :</b>
a. Sertifikat durat kompetensi
b. hasil pemeriksaan fisik
c. Identifikasi/daftar/lokasi B#
d. Bukti pemeliharaan
e. Surat edaran, spanduk, stiker melarang merokok di lingkungan RS
f. Daftar inventaris seluruh peralatan medis
g. Berita Acara Penarikan alat medis
h. identifikasi area beresiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik atau air minum terganggu