

| MANAJEMEN PENGGUNAAN OBAT | | | | | |
|---------------------------|--|----|-----|------------|--|
| STANDAR MPO 1 | REKOMENDASI | YA | TDK | KETERANGAN | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan pelayanan farmasi lengkap | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pengorganisasian farmasi, struktur organisasi, uraian tugas masing-masing staf | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumen Implementasi: | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formularium rumah sakit & info obat di unit pelayanan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bukti review system manajemen obat | | | | |
| | | | | | |
| STANDAR MPO 1.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman pengorganisasian farmasi (uraian jabatan supervisor) | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK pengangkatan supervisor (STRA dan SIPA lengkap) | | | | |
| | Dokumen Implementasi: | | | | |
| | Catatan supervise | | | | |
| STANDAR MPO 2 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki Formularium RS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Prosedur tentang penanganan bila terjadi ketidaktersediaan stok obat di RS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumen implementasi : • MOU dengan pemasok | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Formularium dan Daftar stok obat RS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Bukti Rapt PFT dalam menyusun Formularium | | | | |
| STANDAR MPO 2.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan pengawasan penggunaan obat dan pengamanan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • SK pembentukan PFT | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman pelayanan farmasi tentang : pengawasan dan distribusi obat di RS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Kriteria menambah dan mengurangi obat dalam formularium | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Form usulan obat baru | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Form monitoring penggunaan obat baru dan KTD | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Proses revisi formularium (minimal setahun sekali) dan Notulen rapat | | | | |
| STANDAR MPO 2.2 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ SPO bila persediaan obat/stok kosong | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ SPO bila farmasi tutup/persediaan obat terkunci | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Buku catatan dan Formulir permintaan obat/alkes bila stok kosong/tidak tersedia di RS | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| STANDAR MPO 3 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman penyimpanan obat lengkap untuk masing masing area penyimpanan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Kebijakan pelabelan obat dan bahan kimia yang digunakan menyiapkan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Kebijakan pelaporan obat dari unit | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumen implementasi : Formulir rekonsiliasi obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Laporan narkotik & psikotropik | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Bukti pelabelan obat dan bahan kimia yang digunakan menyiapkan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokumen/catatan inspeksi berkala | | | | |
| STANDAR MPO 3.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman pelayanan tentang penyimpanan produk nutrisi, radioaktif dan obat sample | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO penyimpanan produk nutrisi, | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO penyimpanan radioaktif | | | | |
| | SPO penyimpanan obat sampel | | | | |
| STANDAR MPO 3.2 | | | | | |
| EP 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penyimpanan obat emergensi, standar obat emergensi di masing-masing unit. | | | | |
| EP 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO penyimpanan obat emergensi di masing-masing unit | | | | |
| EP 3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO penggantian obat emergensi yang rusak atau kadaluarsa | | | | |
| Jumlah | Dokumen Implementasi: | | | | |
| | Catatan supervise/penggantian obat emergensi | | | | |
| STANDAR MPO 3.3 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penarikan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pengelolaan obat kadaluarsa | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman / prosedur pelayanan tentang penarikan obat, pengelolaan obat kadaluarsa dan pemusnahan obat | | | | |
| | Dokumen Implementasi | | | | |
| | Berita acara pemusnahan obat | | | | |
| | | | | | |
| STANDAR MPO 4 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan tentang : peresepan, pemesanan, penulisan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • SPO bila resep tak terbaca/tak jelas | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rapat Panitia Farmasi dalam menyusun/mengembangkan Kebijakan dan SPO | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelatihan staf dalam penulisan resep, pemesanan obat, pencatatan obat | | | | |
| | Formulir rekonsiliasi obat | | | | |
| | | | | | |

| | | | | | |
|----------------------------|---|--|--|--|--|
| STANDAR MPO 4.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penulisan resep memuat 9 elemen | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | Resep sesuai kebijakan | | | | |
| STANDAR MPO 4.2 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penulisan resep umum sesuai ketentuan perundang-undangan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan batasan penulisan resep khusus (misal obat kemoterapi, radioaktif, narkotika/psikotropika, dll) | | | | |
| | SK direktur tentang daftar orangnya yang berhak menulis resep, memesan obat dan alkes | | | | |
| STANDAR MPO 4.3 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> • SPO Penyertaan formulir pencatatan obat dalam status pasien saat pasien dipindahkan/ dipulangkan | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | Formulir pencatatan pemberian obat memuat nama obat dan dosis serta mencakup Informasi obat (misal “bila perlu”) | | | | |
| STANDAR MPO 5 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman/ prosedur pelayanan tentang penyiapan dan penyaluran obat dan produk steril | | | | |
| | Dokumen Implementasi | | | | |
| | Sertifikat pelatihan teknik aseptik untuk petugas terkait | | | | |
| STANDAR MPO 5.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan ttg kriteria informasi spesifik pasien yang dibutuhkan untuk telaah resep/pemesanan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO Penelaahan ketepatan resep sebelum pemberian (minimal 7 elemen) | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SPO menghubungi petugas bila tulisan resep/pesanan tak jelas/timbul pertanyaan | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan telaah interaksi obat (bila belum memiliki <i>soft-ware drug interaction</i>) | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uji kompetensi petugas penelaah resep | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penetapan <i>software</i> komputer untk interaksi obat dan alergi serta ketentuan untuk <i>up-dating</i> | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Form telaah resep/pesanan obat dan bukti telaah | | | | |
| STANDAR MPO 5.2 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan penyaluran dan pendistribusian obat seragam | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pemberian label untuk obat yang dikeluarkan dari wadah asli | | | | |

| | | | | | |
|------------------------|---|--|--|--|--|
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bukti pengecekan keakurasian penyaluran obat dan tepat waktu | | | | |
| | Laporan indikator mutu dan ketepatan waktu pelayanan | | | | |
| STANDAR MPO 6 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan yang menetapkan staf yang berwenang memberikan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman pengorganisasian yang memuat uraian jabatan | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | STR dan SIP dari orang yang diberi kewenangan memberikan obat | | | | |
| | | | | | |
| STANDAR MPO 6.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan waktu tunggu pelayanan obat | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman/ prosedur verifikasi pesanan obat berdasarkan jumlah, dosis dan rute pemberian | | | | |
| STANDAR MPO 6.2 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan pelayanan pengelolaan obat yang dibawa pasien ke RS, obat sampel | | | | |
| | Dokumen Implementasi | | | | |
| | Form Rekonsiliasi obat yang dibawa pasien | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| STANDAR MPO 7 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan pasien safety dalam MPO yang menetapkan : | | | | |
| | Monitoring efek pengobatan termasuk Efek obat yang tidak diharapkan (<i>adverse effect</i>) | | | | |
| | Efek obat yang tidak diharapkan (<i>adverse effect</i>) | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | Rekam medis | | | | |
| STANDAR MPO 7.1 | | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedoman pengorganisasian panitia keselamatan pasien RS | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK panitia keselamatan pasien → siapa yang bertanggung jawab melaporkan IKP/<i>medication error</i> | | | | |
| | | | | | |
| | Dokumen implementasi : | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan <i>Medication Error</i> dan KNC (tepat waktu,sesuai prosedur, siapa yg bertanggung jawab) | | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laporan IKP | | | | |
| | Analisis (<i>Root Cause Analisis</i>) terhadap <i>medication error</i> dan KNC sampai kepada perbaikan proses | | | | |

CEK LIS DOKUMEN

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Nama Rumah Sakit :

| STD | EP | DOKUMEN | Y/T | REKOMENDASI |
|----------|----|--|-----|-------------|
| PMKP 1 | 1 | Kebijakan perencanaan program PMKP Dokumen pelaksanaan perencanaan program PMKP (notulen rapat) | | |
| | 2 | Kebijakan pelaksanaan monitoring program PMKP Dokumen pelaksanaan monitoring program PMKP | | |
| | 3 | Ketentuan Mekanisme pengawasan program PMKP Dokumen pelaksanaan pengawasan program PMKP | | |
| | 4 | Kebijakan pelaporan program PMKP ke pemilik Dokumen laporan program PMKP dari Direktur RS ke Pemilik | | |
| | | Kebijakan di EP 1 s/d 4 bisa dijadikan satu dan bisa dimasukkan di buku pedoman PMKP (PMKP 2) | | |
| PMKP 1.1 | 1 | Komite PMKP/Komite Mutu/Tim KPRS Notulen rapat komite PMKP/Komite Mutu/Tim KPRS | | |
| | 2. | Program PMKP | | |
| | 3. | Program PMKP terdiri dari minimal : <ul style="list-style-type: none"> • PPK dan clinical pathway • Indikator area klinis, manajerial dan sasaran keselamatan pasien • Insiden Keselamatan Pasien • Risiko Manajemen Klinis -> FMEA | | |
| | 4. | Program PMKP koordinasi dng yang lain : <ul style="list-style-type: none"> • Pengawasan PPI (PPI 10 EP 1) • Penilaian kinerja (TKP 3.4 EP2, KPS 11 EP 1, KPS 14 EP 1, KPS 17 EP1) Notulen rapat Komite PMKP dengan Komite PPI | | |
| | 5 | Program PMKP | | |
| PMKP 1.2 | 1. | SK Penetapan pengukuran/indikator prioritas → Lihat PMKP 3.1, 3.2, 3.3) | | |
| | 2. | SK Penetapan prioritas yang diperbaiki → bisa lihat PMKP 2.1, area prioritas untuk dibuatkan PPK dan clinical pathway | | |

| | | | | |
|-----------|--|--|--|--|
| | 3. | SK Penetapan bahwa SKP merupakan prioritas | | |
| | Catatan : SK penetapan prioritas yang di EP 1, 2 dan 3 bisa dijadikan satu, penetapan prioritas bisa dijadikan satu di buku pedoman PMKP | | | |
| PMKP 1.3. | 1. | Sistem manajemen data (Ketentuan Pengelolaan data indikator mutu/SPM RS | | |
| | 2. | Software untuk analisa data | | |
| PMKP 1.4. | 1. | Kebijakan/ketentuan pelaksanaan komunikasi dan informasi tentang program PMKP termasuk publikasi data dan media apa yang digunakan | | |
| | 2. | Dokumen pelaksanaan komunikasi dan informasi (notulen rapat, papan pengumuman, surat edaran, kegiatan diklat, dll) | | |
| | 3. | Dokumen pelaksanaan komunikasi → termasuk SKP | | |
| PMKP 1.5 | 1. | Program diklat PMKP → para pimpinan di RS, PIC pengumpul data, staf komite PMKP/Mutu RS | | |
| | 2. | CV nara sumber diklat PMKP | | |
| | 3. | Bukti diklat PMKP → undangan, daftar hadir, materi | | |
| PMKP 2 | 1. | <p>Pedoman PMKP, sistematika yg disarankan sbb :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendahuluan • Latar belakang • Tujuan • Pengertian • Kebijakan • Pengorganisasian • Kegiatan PMKP (design/upaya PMKP) • Metode • Pencatatan dan Pelaporan • Monitoring dan Evaluasi • Penutup <p>Catatan : Pedoman PM bisa sendiri terpisah dengan Panduan KPRS, bisa juga dijadikan satu</p> | | |
| | 2. | Kegiatan PMKP sesuai dengan elemen yang ada di maksug dan tujuan | | |
| | 3. | Indikator-indikator yang ditetapkan (lihat PMKP 3.1, 3.2, 3.3) | | |
| | 4. | Laporan program PMKP | | |
| PMKP 2.1 | 1. | 5 PPK, 5 clinical pathway dan atau 5 protokol klinis | | |
| | 2. | Panduan penyusunan dan penerapan PPK, CP dan atau protokol klinis | | |
| | 3. | Bukti implementasi 5 PPK, 5 clinical pathway dan atau 5 protokol klinis → di RM | | |

| | | | | |
|-----------|----|--|--|--|
| | 4. | Hasil audit penerapan PPK, CP dan atau protokol klinis → varian berkurang | | |
| PMKP 3 | 1 | Program PMKP → lihat sasaran program : area klinis, manajerial dan sasaran keselamatan pasien | | |
| | 2 | Program PMKP → lihat rincian kegiatan → pengukuran indikator area klinis, manajerial dan sasaran keselamatan pasien | | |
| | 3 | Sistem laporan program PMKP mulai dari unit kerja sampai ke pimpinan RS → lihat di buku pedoman PMKP | | |
| PMKP 3.1 | 1. | Penetapan indikator di 11 area klinis, minimal setiap area klinis 1 indikator. Bila bukan RS Pendidikan maka area riset termasuk TDD | | |
| | 2. | 5 indikator dari JCI | | |
| | 3. | Dasar pemilihan indikator → sains dan bukti → lihat profil indikator | | |
| | 4. | Indikator yg dipilih → struktur, proses dan hasil → lihat profil indikator | | |
| | 5. | Profil indikator | | |
| | 6. | Hasil pengumpulan data, analisa dan RTL (lihat di PMKP 4) | | |
| PMKP 3.2 | 1. | Penetapan indikator di 9 area manajerial , minimal setiap area manajerial 1 indikator | | |
| | 2. | Dasar pemilihan indikator → sains dan bukti → lihat profil indikator | | |
| | 3. | Indikator yg dipilih → struktur, proses dan hasil → lihat profil indikator | | |
| | 4. | Profil indikator | | |
| | 5. | Hasil pengumpulan data, analisa dan RTL (lihat di PMKP 4) | | |
| PMKP 3.3 | 1. | Indikator untuk 6 SKP, minimal 1 indikator untuk setiap SKP | | |
| | 2. | Program PMKP → lihat kegiatan → indikator SKP | | |
| | 3. | Hasil pengumpulan data, analisa dan RTL (lihat di PMKP 4) | | |
| PMKP 4 | 1. | <ul style="list-style-type: none"> • SOP pengumpulan, pelaporan dan analisa data • Hasil pengumpulan data, analisa dan RTL | | |
| | 2. | CV petugas pengumpul dan analisa data | | |
| | 3. | Hasil analisis data dengan metoda statistik | | |
| | 4. | Laporan hasil analisis | | |
| PMKP 4.1. | 1. | Lihat profil indikator | | |

| | | | | |
|----------|----|--|--|--|
| | 2. | Analisis sesuai dengan frekuensi yang ditetapkan di profil indikator | | |
| PMKP 4.2 | 1. | Hasil analisis berdasarkan trend RS | | |
| | 2. | Hasil analisis yang dibandingkan dng RS lain | | |
| | 3. | Hasil analisis yang dibandingkan dng standar | | |
| | 4. | Hasil analisis yang dibandingkan dng praktik yang baik | | |
| PMKP 5 | 1. | Kebijakan dan prosedur validasi data/SPO validasi data | | |
| | 2. | Kebijakan dan prosedur validasi data/SPO validasi data | | |
| | 3. | Hasil validasi data indikator di PMKP 3.1 (contoh) | | |
| PMKP 5.1 | 1. | Kebijakan dan prosedur validasi data yang disampaikan ke publik | | |
| | 2. | Hasil validasi data yang disampaikan ke publik (contoh) | | |
| PMKP 6 | 1. | Definisi operasional sentinel | | |
| | 2. | Panduan/SPO/Tata laksana melakukan RCA | | |
| | 3. | Hasil analisis RCA | | |
| | 4. | RTL dari RCA | | |
| PMKP 7 | 1. | Hasil analisis KTD yang ada peningkatan | | |
| | 2. | Hasil analisis reaksi transfus | | |
| | 3. | Hasil analisis reaksi obat | | |
| | 4. | Hasil analisis kesalahan obat | | |
| | 5. | Hasil analisis ketidakcocokan Dx pra dan paska operasi. | | |
| | 6. | Hasil analisis KTD selama sedasi moderat atau dalam dan anestesi. | | |
| | 7. | Hasil analisis kegiatan lainnya. | | |
| PMKP 8. | 1. | Tetapkan definisi KNC (defiinisi operasional KNC) | | |
| | 2. | Tetapkan jenis kejadian yg harus dilaporkan sbg KNC | | |
| | 3. | SPO pencatatan dan pelaporan | | |
| | 4. | Hasil analisis dan tindak lanjut | | |
| PMKP 9. | 1. | Program PMKP Bukti-bukti pelaksanaan kegiatan PMKP | | |
| | 2. | Hasil perbaikan di area prioritas → lihat PMKP 2.1 EP 4, PMKP 4 | | |

| | | | | |
|----------|----|--|--|--|
| | 3. | Laporan perbaikan yang sudah dilakukan | | |
| PMKP 10. | 1. | Hasil PSA/PDCA di area prioritas (PMKP 2.1; 3.1; 3.2, 3.3) | | |
| | 2. | Komite PMKP/Komite Mutu/Tim KPRS, PIC data. | | |
| | 3. | Hasil PDSA/PDCA | | |
| | 4. | Hasil PDSA/PDCA | | |
| | 5. | Laporan PMKP → capaian indikator mutu | | |
| | 6. | Hasil PDSA/PDCA | | |
| | 7. | Laporan kegiatan | | |
| PMKP 11 | 1. | Manajemen Risiko Klinis → hasil Risk Asesment | | |
| | 2. | FMEA | | |
| | 3. | RTL dari FMEA | | |
| | | | | |

CEK LIS DOKUMEN

TATA KELOLA, KEPEMIMPINAN DAN PENGARAHAN

| STAD | DOKUMEN | Y/T | KETERANGAN |
|---------|---|-----|------------|
| TKP 1 | <ul style="list-style-type: none"> • Pengorganisasian rumah sakit • Hospital Bylaws • SK pengangkatan pejabat RS • Ketentuan Penilaian kinerja Direktur dan para pimpinan RS • Ketentuan penilaian kinerja RS • Bukti evaluasi/penilaian kinerja RS, Direktur dan para pimpinan di RS | | |
| TKP 1.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ HBL RS memuat ketentuan <ul style="list-style-type: none"> - Siapa yang menyetujui visi dan misi rumah sakit - Siapa yang melakukan review berkala - Siapa yang mengumumkan visi & misi ke publik. ▪ SK Misi rumah sakit oleh pemilik ▪ Dokumen review berkala ▪ SPO bagaimana publikasi visi & misi ke publik | | |
| TKP 1.2 | <ul style="list-style-type: none"> • HBL memuat ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> - Siapa yang menyetujui rencana tahunan - Siapa yang menyetujui kebijakan dan prosedur - Siapa yang menyetujui pendidikan para profesional kesehatan serta penelitian, kemudian memberikan pengawasan terhadap mutu program. • SK pemilik ttg renstra & RKA • SK pendelegasian kewenangan • Hospital By Laws • Regulasi rumah sakit untuk operasional rumah sakit | | |
| TKP 1.3 | <ul style="list-style-type: none"> • HBL memuat ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> • Yang memberikan persetujuan atas anggaran modal dan operasional rumah sakit • Yang mengalokasikan sumber daya • RKA | | |
| TKP 1.4 | <ul style="list-style-type: none"> • HBL memuat ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> • Yang menetapkan Direktur rumah sakit • Evaluasi kinerja Direktur • SK penetapan direktur dan pejabat struktural lainnya • Dokumen penilaian kinerja • Laporan bulanan & rapat evaluasi | | |
| TKP 1.5 | <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/pedoman/SPO tentang perencanaan, monitoring, pelaporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien • Laporan bulanan dan tindak lanjutnya <p>Catatan : HBL agar ditambah satu pasal yang mengatur kewenangan pemilik dan direktur RS, yang materinya diambil dari TKP 1.1 sd 1.5</p> | | |
| TKP 2 | <ul style="list-style-type: none"> • Persyaratan jabatan dan dokumen pendukung • Uraian tugas Direktur • Persyaratan jabatan dan dokumen pendukung • Dokumen usulan kebijakan ke pemilik • Hasil inspeksi dan rekomendasi dari badan audit eksternal • Kebijakan dan prosedur monitoring pelaksanaan | | |

| | | | |
|-----------|--|--|--|
| | regulasi di RS | | |
| TKP 3 | <ul style="list-style-type: none"> • SK pengangkatan para pimpinan RS • Dokumen bukti proses penetapan misi RS • Bukti pelaksanaan rapat koordinasi | | |
| TKP 3.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pertemuan dengan tokoh masyarakat untuk minta masukan rencana yan yg dibutuhkan ▪ Pertemuan dengan organisasi pelayanan kesehatan lainnya ▪ Pertemuan dengan perorangan atau perkumpulan-perkumpulan di rumah sakit. Misal perkumpulan diabet, ▪ Rapat dan notulen rapat koordinasi dgn pemangku kepentingan | | |
| TKP 3.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penetapan jenis pelayanan yang ada di rumah sakit ▪ Kebijakan dan prosedur kajian untuk alat atau bahan obat baru, ▪ Renstra ▪ Profil RS dan brosur RS serta dokumen bukti ▪ Rapat koordinasi dan laporan bulanan | | |
| TKP 3.2.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan seleksi, perencanaan, pengadaan obat dan peralatan habis pakai ▪ Bukti dokumen pengadaan obat dan peralatan habis pakai RS ▪ Daftar alat dan obat standar (formularium RS) ▪ Daftar mutasi alat dan obat. | | |
| TKP 3.3 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/SPO pemilihan, penetapan dan monitoring kontrak manajerial dan kontrak klinis ▪ Kebijakan mengakhiri kontrak ▪ Bukti kontrak ▪ Dokumen kontrak manajerial ▪ Dokumen kontrak klinis ▪ Bukti kontrak baru shg menjamin kontinuitas pelayanan | | |
| TKP 3.3.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan & SPO evaluasi kontrak klinis dan manajerial dengan melibatkan komite mutu ▪ Dokumen kontrak dan hasil evaluasi kontrak ▪ Dokumen analisis hasil evaluasi kontrak yang melibatkan pimpinan klinis dan manajerial | | |
| TKP 3.3.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK Dir yang menetapkan jenis pelayanan apa saja yang dirujuk ▪ Kredensialing pelaksana Praktik mandiri yang menerima konsul dari RS ▪ Daftar dokter kerja sama ▪ Kontrak kerja dengan dokter praktik mandiri ▪ Dokumen kredensial ▪ Kebijakan dan prosedur monitoring mutu pelayanan praktisi independent ▪ Hasil monitoring | | |
| TKP 3.4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program diklat mutu utk para pimpinan RS ▪ Bukti pelatihan manajemen mutu ▪ Laporan pelaksanaan program PMKP dari pimpinan medis, pimpinan keperawatan dan pimpinan lain ▪ Bukti dokumen penilaian kinerja profesional (dokter, perawat & praktisi kes lainnya) | | |
| TKP 3.5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ketentuan RS tentang penerimaan staf ▪ Program pelatihan seluruh unit ▪ Program retensi pegawai ▪ Dokumen proses perencanaan kebutuhan pegawai | | |
| TKP 4 | Struktur Organisasi RS dan unit kerja (pimpinan medis, keperawatan & lainnya) | | |
| TKP 5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulasi RS tentang persyaratan jabatan (regulasi agar dimasukan didalam pedoman pengorganisasian di setiap instalasi pelayanan) | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulasi RS tentang uraian jabatan jabatan (regulasi agar dimasukkan didalam pedoman pengorganisasian di setiap instalasi pelayanan) ▪ Ijazah, sertifikasi dan dokumen pendukung | | |
| TKP 5.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Standarisasi formulir usulan obat, bahan habis pakai, peralatan pelayanan di setiap unit/instalasi pelayanan ▪ Kebijakan pelayanan di setiap unit/instalasi pelayanan ▪ Pedoman pelayanan di setiap unit kerja/instalasi ▪ Pola ketenagaan di setiap unit kerja ▪ Kebijakan kualifikasi pengetahuan dan staf di setiap pelayanan. | | |
| TKP 5.1.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan/SPO koordinasi dan integrasi di unit pelayanan dan antar unit kerja, misal transfer pasien, operan, dll ▪ Rapat rutin ▪ Rapat koordinasi | | |
| TKP 5.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulasi RS tentang standar fasilitas ▪ Regulasi RS tentang standar ketenagaan ▪ Regulasi standar ruangan <ul style="list-style-type: none"> ■ Regulasi dimasukkan di pedoman yan di masing-masing instalasi/unit kerja | | |
| TKP 5.3 | Dokumen persyaratan jabatan di tiap unit kerja dan kualifikasi staf nya → regulasi agar dimasukkan ke ped pengorganisasi | | |
| TKP 5.4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pelaksanaan orientasi di setiap unit kerja/instalasi ▪ Program Orientasi di setiap unit kerja/instalasi | | |
| TKP 5.5 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program PMKP unit kerja/instalasi ▪ Laporan bulanan ttg capaian indikator mutu ▪ Analisis terhadap capaian indikator mutu ▪ Tindak lanjut atas hasil analisis ▪ Penilaian kinerja staf. | | |
| TKP 6 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ SK Komite/Panitia etika RS ▪ Program kerja Panitia Etika RS ▪ Hak Pasien ▪ Kode etik RS ▪ Kode etik dokter, perawat & tenkes lainnya | | |
| TKP 6.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Brosur informasi pelayanan RS / Profil RS ▪ Dokumen Inform consent ▪ SK tarif RS ▪ SPO penagihan ▪ Rincian tagihan kepada pasien ▪ Manajemen komplain | | |
| TKP 6.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Etika rumah sakit • SK Panitia Etik Rumah Sakit • SK Komite Medik ▪ Program kerja Panitia Etik Rumah Sakit ▪ Program kerja Sub Komite Etik dan Disiplin ▪ Panduan/Pedoman dilema etik klinis ▪ Panduan/pedoman dilema etik manajemen ▪ Notulen rapat ▪ Laporan insiden | | |

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN

| STD | DOKUMEN | Y/T | KETERANGAN |
|---------|---|-----|------------|
| MFK 1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar peraturan perundangan terkait keselamatan fasilitas ▪ Dokumen ijin lift, boiler, genset, incenerator, ijin RS, dll ▪ Hasil laporan pemeriksaan fasilitas oleh Disnaker, Dinkes, Kemkes ▪ Tindak lanjut dari rekomendasi laporan. | | |
| MFK 2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Regulasi yang memuat uraian tugas ketua dan anggota Panitia K3 serta unit pemeliharaan fasilitas RS ▪ Program MFK RS atau rencana induk MFK ▪ Bukti pelaksanaan kegiatan ▪ Bukti evaluasi/update program/rencana induk | | |
| MFK 3 | <ul style="list-style-type: none"> • Program pengawasan manajemen risiko fasilitas RS • Sertifikasi kompetensi • Laporan kerja | | |
| MFK 3.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program monitoring manajemen risiko ▪ Data hasil pemantauan program manajemen risiko fasilitas/lingkungan ▪ RTL dari hasil monitoring | | |
| MFK 4 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifikasi risiko ▪ Kebijakan/pedoman/panduan/SPO keselamatan dan keamanan fasilitas fisik ▪ Program keselamatan dan keamanan fasilitas fisik ▪ Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK ▪ SPO identifikasi pengunjung ▪ Laporan kejadian cedera ▪ Pelaksanaan pengamanan pada masa pembangunan dan renovasi ▪ Monitoring kepatuhan unit independen | | |
| MFK 4.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hasil pemeriksaan fasilitas ▪ Tindak lanjut atas hasil pemeriksaan ▪ Hasil evaluasi pelaksanaan tindak lanjut. | | |
| MFK 4.2 | Anggaran untuk perbaikan dan ijin2 | | |
| MFK 5 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS tentang bahan dan limbah berbahaya serta penggunaan APD (perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, paparan B-3) • Identifikasi risiko bahan dan limbah berbahaya. • Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK ▪ Daftar dan lokasi bahan limbah berbahaya terbaru di RS | | |

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ MSDS ▪ Hasil investigasi dari tumpahan, paparan dan insiden lainnya ▪ MoU dengan penyewa lahan RS | | |
| MFK 6 | <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi disaster yang bisa terjadi di RS (internal & eksternal) • Disaster plan • Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK • Pelatihan kewaspadaan disaster | | |
| MFK 6.1. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program disaster ▪ Post test ▪ Sertifikasi ▪ | | |
| MFK 7 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang penanggulangan kebakaran • Monitoring unit independen untuk menilai kepatuhan terhadap program MFK <ul style="list-style-type: none"> ▪ Program K3 ▪ Laporan kegiatan ▪ Sertifikasi ▪ MoU dengan penyewa lahan RS | | |
| MFK 7.1 | Program Pengamanan kebakaran dan evakuasi | | |
| MFK 7.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang pemeliharaan sistem deteksi kebakaran dan pemadaman • Daftar sistem deteksi kebakaran dan alat pemadaman • Bukti ujicoba dan pemeliharaan sistem deteksi serta alat pemadam • Sertifikasi pelatihan pemadaman dan evakuasi | | |
| MFK 7.3 | Regulasi tentang larangan merokok | | |
| MFK 8 | <ul style="list-style-type: none"> • Rencana Kerja dan Anggaran alat medis • Daftar inventaris peralatan medis • Bukti pemeliharaan dan kalibrasi alat medis • Bukti ujicoba alat • Surat tugas/ sertifikasi petugas pemeliharaan alat | | |
| MFK 8.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang pemeliharaan alat • Bukti pemeliharaan dan kalibrasi alat • Hasil pemeliharaan dan kalibrasi | | |
| MFK 8.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang penarikan kembali produk/peralatan RS • Bukti penarikan produk/alat | | |
| MFK 9 | Dokumen (-) | | |
| MFK 9.1 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi tentang pengadaan sumber listrik dan air minum serta sumber alternatifnya. • Daftar area berisiko tinggi bila terjadi gangguan listrik atau air minum • Daftar sumber alternatif listrik atau air | | |

| | | | |
|----------|---|--|--|
| | minum | | |
| MFK 9.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Daftar sumber alternatif air minum dan listrik ▪ Bukti ujicoba sumber alternatif air minum dan listrik ▪ Data hasil ujicoba | | |
| MFK 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS tentang pemeliharaan sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci • Daftar sistem pendukung, gas medis, ventilasi dan sistem kunci yang ada di RS • Hasil pemeriksaan • Bukti pemeliharaan • Bukti ujicoba | | |
| MFK 10.1 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengadaan air bersih ▪ Pemantauan air bersih | | |
| MFK 10.2 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Data hasil pemantauan sistem pendukung/utiliti | | |
| MFK 11 | <ul style="list-style-type: none"> • Rencana Kerja dan Anggaran • Program manajemen fasilitas dan keselamatan • Daftar hadir • Pre/ post test • Sertifikasi | | |
| MFK 11.1 | Regulasi RS tentang pengamanan kebakaran, keamanan, bahan berbahaya | | |
| MFK 11.2 | <ul style="list-style-type: none"> • Regulasi RS tentang pengoperasian peralatan medis dan sistem utiliti • Program pelatihan • Sertifikasi | | |
| MFK 11.3 | <ul style="list-style-type: none"> • Program pelatihan MFK • Pre/post test • Sertifikasi | | |

CHECK LIST DOKUMEN KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF

| | REKOMENDASI | YA | TDK | KET |
|------------------------|---|----|-----|-----|
| STANDAR KPS 1 | | | | |
| | Regulasi RS: | | | |
| | Pola ketenagaan RS | | | |
| STANDAR KPS 1.1 | | | | |
| | Pedoman pengorganisasian rumah sakit dan unit kerja | | | |
| STANDAR KPS 2 | | | | |
| | Kebijakan/Panduan/SPO penerimaan staf | | | |
| | Dokumen: | | | |
| | SK pengangkatan staf | | | |
| STANDAR KPS 3 | | | | |
| | Peraturan Internal Staf Medis | | | |
| | Dokumen: | | | |
| | Bukti evaluasi kinerja | | | |
| STANDAR KPS 4 | | | | |
| | Bukti proses penerimaan staf dan evaluasi berkelanjutan | | | |
| | Bukti evaluasi staf non klinis | | | |
| STANDAR KPS 5 | | | | |
| | File kepegawaian | | | |
| STANDAR KPS 6 | | | | |
| | Pola ketenagaan rumah sakit | | | |
| | Proses penetapan pola ketenagaan | | | |
| | Administrasi terkait proses kepegawaian dalam mutasi staf rumah sakit | | | |
| STANDAR KPS 6.1 | | | | |
| | Bukti evaluasi /revisi pola ketenagaan | | | |
| STANDAR KPS 7 | | | | |
| | Orientasi umum rumah sakit | | | |
| | Orientasi khusus pada masing-masing unit kerja | | | |
| STANDAR KPS 8 | | | | |
| | Program diklat | | | |
| | Dokumen: | | | |
| | Bukti pelaksanaan pelatihan | | | |
| | Sertifikat pelatihan | | | |
| STANDAR KPS 8.1 | | | | |
| | Daftar staf yang diidentifikasi harus dilatih <i>Basic Life Support</i> | | | |
| | Bukti pelaksanaan pelatihan | | | |
| | Sertifikat pelatihan <i>Basic Life Support</i> | | | |
| | Refreshing Pelatihan <i>Basic Life Support</i> tiap dua tahun | | | |
| STANDAR KPS 8.2 | | | | |

| | |
|------------------------|---|
| | Program diklat RS dan Unit kerja serta alokasi waktu diklat untuk staf |
| | Bukti pelaksanaan pelatihan |
| | Sertifikat pelatihan |
| STANDAR KPS 8.3 | |
| | SK <i>clinical instructor</i> |
| | Bukti pelaksanaan diklat dan sertifikat pelatihan |
| STANDAR KPS 8.4 | |
| | SPO penangan staf yg terpapar penyakit infeksius terkait program PPI |
| | Dokumen : |
| | Program kerja K3 RS |
| | Program pelayanan kesehatan staf |
| | Program vaksinasi dan imunisasi |
| STANDAR KPS 9 | |
| | Penetapan dan pengumuman staf medis yang dapat melakukan asuhan pasien secara mandiri (SPK dgn RKK, tersedia di file kepegawaian, file kredensial dan unit pelayanan) |
| | Proses dan data kredensialing |
| | Verifikasi ijazah dan STR dari sumber aslinya |
| STANDAR KPS 9.1 | |
| | SK Sub Komite kredensial |
| | Dokumen RS: |
| | Bukti proses rekredensial |
| | Penetapan Surat Penugasan Klinik (SPK) dg Rincian Kewenangan Klinik (RKK) oleh direktur |
| STANDAR KPS 10 | |
| | Bukti perpanjangan SPK dg RKK |
| | Kebijakan dan proses pemberian surat penugasan klinis dengan rincian kewenangan klinis pada penugasan pertama dan penugasan ulang |
| | Pedoman keputusan untuk penugasan ulang (kriteria a sd f sebagai review kinerja) |
| STANDAR KPS 11 | |
| | SPO Pelayanan Kedokteran |
| | Program kerja Komite Medik |
| | Dokumen: |
| | Bukti pelaksanaan evaluasi pelayanan staf medik sesuai SPO pelayanan Kedokteran |
| STANDAR KPS 12 | |
| | Panduan kredensial staf keperawatan |
| | Dokumen: |
| | File kepegawaian dan file kredensial staf keperawatan |
| STANDAR KPS 13 | |
| | Surat Penugasan Kerja Klinis Perawat |
| STANDAR KPS 14 | |
| | Bukti keterlibatan staf keperawatan dalam kegiatan peningkatan mutu |

| | |
|-----------------------|---|
| | rumah sakit |
| | Review kinerja staf keperawatan |
| STANDAR KPS 15 | |
| | Kebijakan/Panduan/SPO proses kredensial staf tenaga kesehatan |
| | Dokumen: |
| | Bukti proses kredensial |
| | Berkas kepegawaian |
| STANDAR KPS 16 | |
| | Dokumen Surat Penugasan Kerja Klinis |
| STANDAR KPS 17 | |
| | Bukti partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu RS |
| | Review staf bila ada indikasi terkait temuan pada upaya peningkatan mutu RS |