

A background image showing a business meeting. Two men in suits are shaking hands over a wooden table. A laptop is open on the table, and there are some papers and a folder. The image is partially covered by a dark blue diagonal overlay.

BUKU SAKU STANDAR AKREDITASI KEMENTERIAN KESEHATAN 2022

RS ADVENT BANDAR LAMPUNG
2022



TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)

TKRS 1-3

AKUNTABILITAS: REPRESANTASI PEMILIK, DIREKTUR DAN PIMPINAN

Seluruh Karyawan wajib mengetahui:

- a. Nama Unit dengan lengkap dan jelas.
- b. Struktur Organisasi Unit dengan lengkap dan jelas.
- c. Nama pejabat struktural dengan lengkap dan jelas.
- d. Visi dan Misi RSABL



TKRS 9-11

AKUNTABILITAS KEPALA UNIT KLINIS DAN NON KLINIS

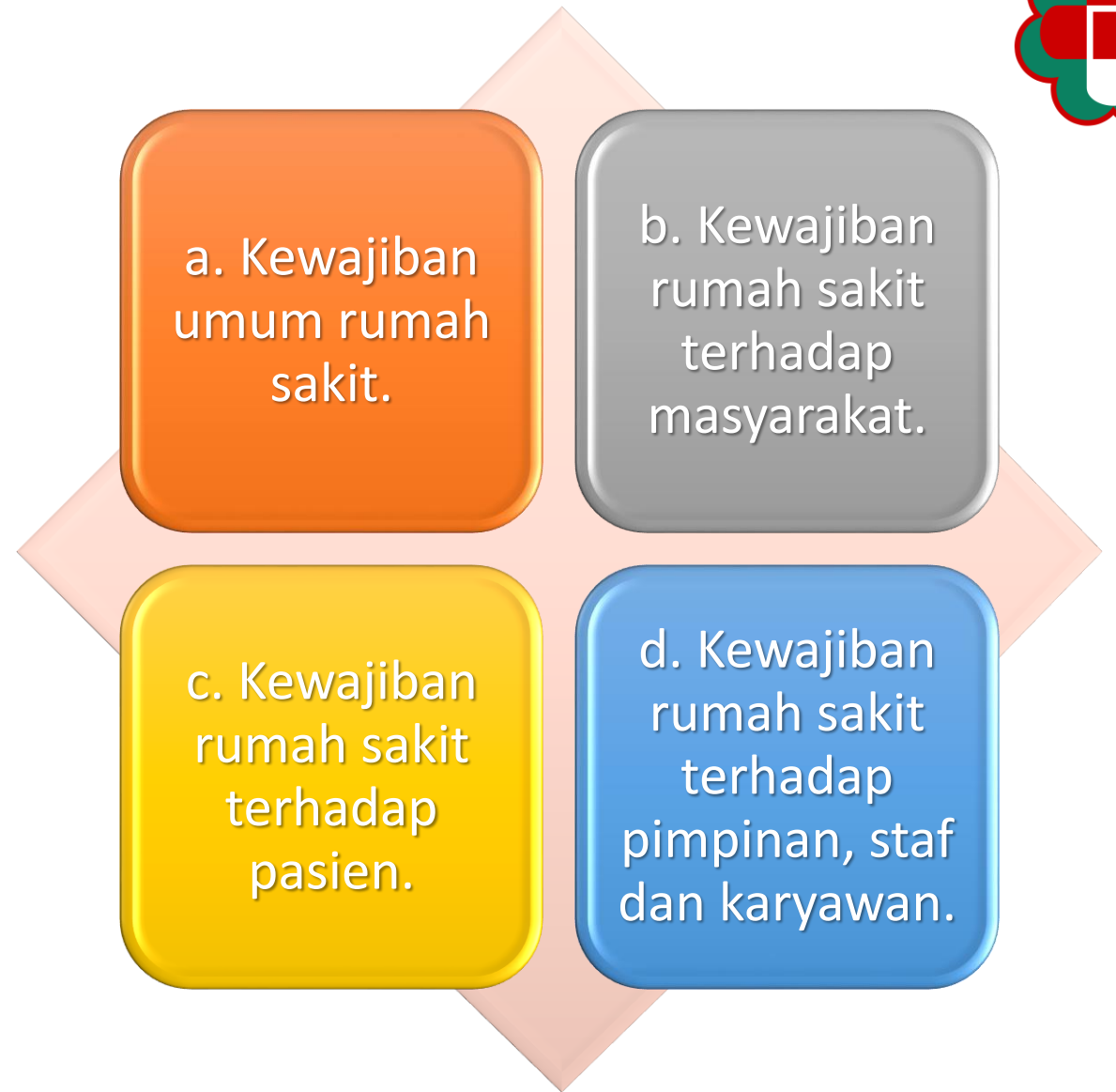
- **Setiap karyawan wajib mengetahui dan memahami :**
 - a. **INM (Indikator Nasional Mutu)**
 - b. **IMP RS (Indikator Mutu Prioritas Rumah Sakit)**
 - c. **IMP Unit.**
 - d. **SPO masing-masing.**
 - e. **Uraian tugas masing-masing.**



TKRS 12

Etika Rumah Sakit

Kode Etik RSABL
mengandung 4
kewajiban yaitu:



TKRS 13

Kepemimpinan
Untuk Budaya
Keselamatan Di
Rumah Sakit

Setiap karyawan wajib mengetahui dan memahami 5 budaya keselamatan.

1. Budaya memberi informasi.
2. Budaya saling percaya dan tidak saling menyalahkan.
3. Budaya membuat laporan.
4. Budaya belajar.
5. Budaya berubah.

Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan di antaranya adalah:

- a. Perilaku yang tidak layak seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki.
- b. Perilaku yang mengganggu, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain.
- c. perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender serta pelecehan seksual.





**PENDIDIKAN DALAM
PELAYANAN KESEHATAN**

PPK

- **Penyelenggaraan Pendidikan Klinis di Rumah Sakit tetap menjaga standar Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien.**
- **RS menetapkan regulasi kerjasama Institusi Pendidikan :**
 - PKS (Perjanjian Kerja Sama)
 - Institusi Pendidikan yang sudah terakreditasi (Sertifikat Akreditasi RS Pendidikan)
 - Kriteria Penerimaan Peserta Didik sesuai kapasitas Rs
 - Kriteria peserta didik berdasarkan jumlah BOR dan Aktivitas Unit (1 Mahasiswa : 4 pasien)
 - Pemilik, Pimpinan RS dan Pimpinan Institusi Pendidikan Melakukan evaluasi 1 kali setahun terhadap Program Pendidikan Kesehatan yg dijalankan di Rumah sakit

- Bagi Institusi Pendidikan yang telah membuat MOU , maka akan dibuat Tim Koordinasi Pendidikan.Tim ini terdiri dari perwakilan staff Institusi Pendidikan(berdasarkan Jurusan), dan staff RS (unit praktek)

NO	INSTITUSI PENDIDIKAN	STATUS AKREDITASI
1	Poltekes Jurusan Gizi	Status : Terakreditasi Baik Sekali
2	Poltekes Jurusan Analis	Status : Terakreditasi Baik Sekali
3	Poltekes Jurusan Kesling	Status : Terakreditasi Baik Sekali (D3) Terakreditasi Unggul (D4)
4	ATRO PATRIOT LAMPUNG	Status : Terakreditasi Cukup
5	ATRO NUSANTARA 2 JAKARTA	Status : Terakreditasi Baik
6	KEPERAWATAN	S1/NERS Status : Terakreditasi Baik Sekali DIII : Terakreditasi Baik

Kualifikasi Pendidik Klinis :

STR, SIP, RKK- Rincian Kewenangan Klinis : sebagai CI, sertifikat Clinical Instruktur diterbitkan oleh Insttusi Pendidikan

Ratio Pendidik Klnis dan Mahasiswa 1 : 7

Kualifikasi Pendidikan Peserta Pendidikan Klinis yang dapat melakukan praktek :

Semester 4 atau atau Tingkat 2

Setiap Peserta Pendidikan klinis

1. Setiap Peserta Pendidik Klinis sebelum praktek akan diberikan orientasi : Program PMKP, PPI, Keselamatan Obat, Sasaran Keselamatan Pasien, Budaya Peraturan RS
2. **(dibekali dokumen):**
 - a. Lembar Supervisi
 - b. Lembar Evaluasi
 - c. Mengisi absensi
 - d. Seluruh dokumen ini akan ditandatangani oleh Clinical Instruktur dan Dosen Institusi Pendidikan.
 - e. Bagi yang langsung terlibat dengan pelayanan pasien akan diberikan Lembar evaluasi dari pasien berupa Angket Kepuasan terhadap pelayanan mahasiswa
3. Tingkat Supervisi Setiap Peserta Pendidikan Klinis adalah Supervisi Tinggi
4. Setiap Peserta Pendidik klinis tidak melakukan pencatatan di rekam Medik pasien
Unit yang bertanggung jawab untuk pengelolaan pelaksanaan pendidikan klinis di Rumah Sakit adalah DIKLAT.

Diklat RSABL Mendokumentasikan semua nama peserta pendidikan klinis

- a. Nama
- b. Surat Keterangan dari institusi Pendidikan
- c. Ijazah (bagi yg telah menyelesaikan pendidikan)
- d. Klasifikasi Akademik
- e. Identifikasi Kompetensi
- f. Laporan Pencapaian (Evaluasi)

Evaluasi terhadap pelayanan Peserta Klinis di rumah Sakit melalui ANGKET yang diberikan pada Pasien



PMKP

Peningkatan Mutu dan
Keselamatan Pasien



INM (Indikator Nasional Mutu)

1. Kepatuhan Kebersihan Tangan
2. Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri
3. Kepatuhan Identifikasi Pasien
4. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi ≤ 30 menit
5. Waktu Tunggu Rawat Jalan
6. Penundaan Operasi Elektif
7. Kepatuhan Waktu Visit Dokter
8. Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium
9. Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional.
10. Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)
11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh.
12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain
13. Kepuasan Pasien

NO	NAMA INDIKATOR	Asal Indikator:
1	Kepatuhan Identifikasi Pasien sebelum diantar ke ruang operasi.	SKP (SASARAN KESELAMATAN PASIEN)
2	Validasi Instruksi verbal dokter pada pasien di ruang rawat inap ditandatangani dalam waktu ≤ 24 jam.	
3	<i>Respon Time</i> Ketersediaan Obat <i>High Alert</i> Dikamar Operasi ≤ 5 menit.	
4	<i>Marking Sisi</i> Pada Pasien Operasi Dilakukan 100%.	
5	Kepatuhan petugas melakukan kebersihan tangan saat melakukan perawatan pada pasien <i>post operasi</i> .	
6	Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cidera Akibat Jatuh Pada Pasien Post Operasi di Rawat Inap.	
7	Reaksi Transfusi Darah	INDIKATOR PELAYANAN KLINIS PRIORITAS
8	Mengurangi Waktu Tunggu Pengambilan Obat Rawat Jalan	INDIKATOR SESUAI TUJUAN STRATEGIS RUMAH SAKIT
9	Kebenaran Data Yang Ada di SIRS	INDIKATOR TERKAIT PERBAIKAN SISTEM
10	Salah Sisi Operasi	INDIKATOR TERKAIT MANAJEMEN RISIKO
11	Hasil Penelitian disampaikan kepada RS	INDIKATOR TERKAIT PENELITIAN KLINIS DAN PROGRAM PENDIDIKAN KEDOKTERAN



IMP UNIT (Indikator Mutu Prioritas Unit)

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6

Bagaimana cara pengumpulan data INM, IMP RS, dan IMP UNIT

- Jawaban: Komite Mutu bersama dengan Diklat melakukan pelatihan pengumpulan data pada bulan Januari 2022. Pengumpul data dilatih cara menentukan sampel dan mengisi formulir pengumpulan data (tertulis dan input di SIM RS) yang telah disediakan oleh Komite Mutu.

- Penentuan sampel adalah:

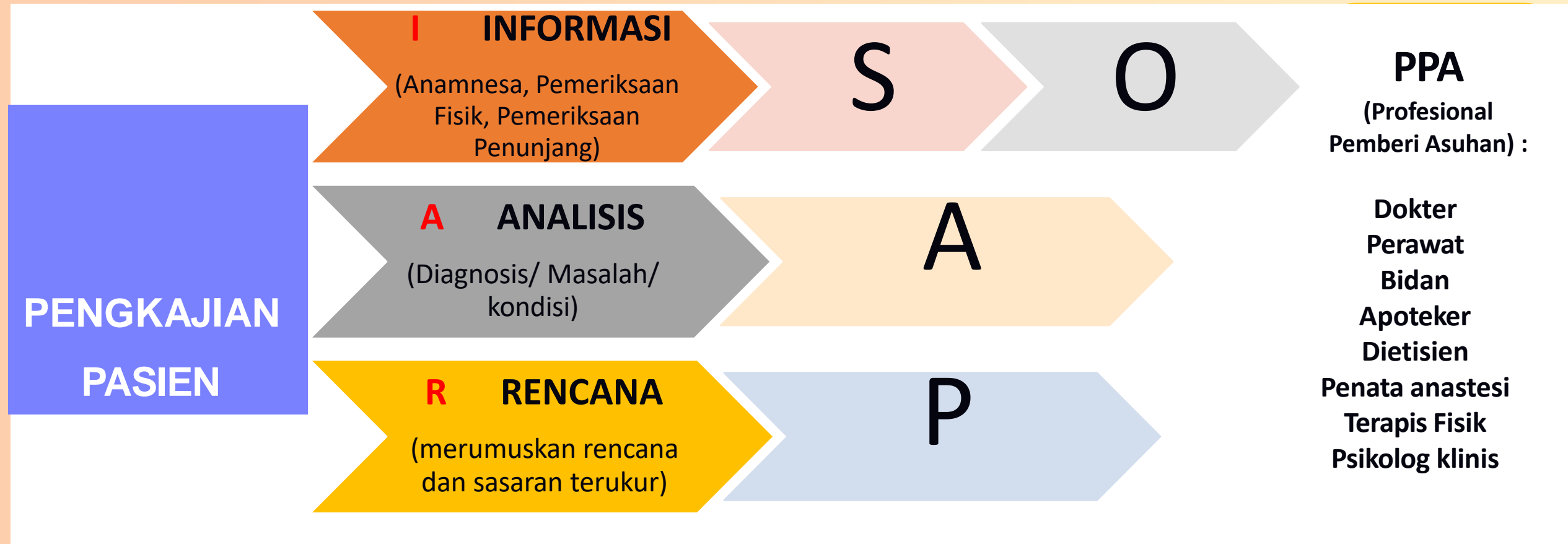
Jumlah Populasi Sebulan (N)	Jumlah Sampel Sebulan (n)
≥ 640	128
320 – 639	20 % total populasi
64 – 319	64
< 64	100 % populasi

- Setelah data terkumpul pada awal bulan berikutnya pengumpul data melakukan analisa terhadap hasil pengumpulan data lalu menyampaikan kepada kepala unit, dan selanjutnya disampaikan kepada Komite Mutu. Komite Mutu memberikan *feed back* kepada unit dengan memberikan rekomendasi terkait hasil pengukuran pengumpulan data. Unit membuat rencana tindak lanjut berdasarkan rekomendasi dari Komite Mutu.

PENGKAJIAN PASIEN (PP)



PP 1&2



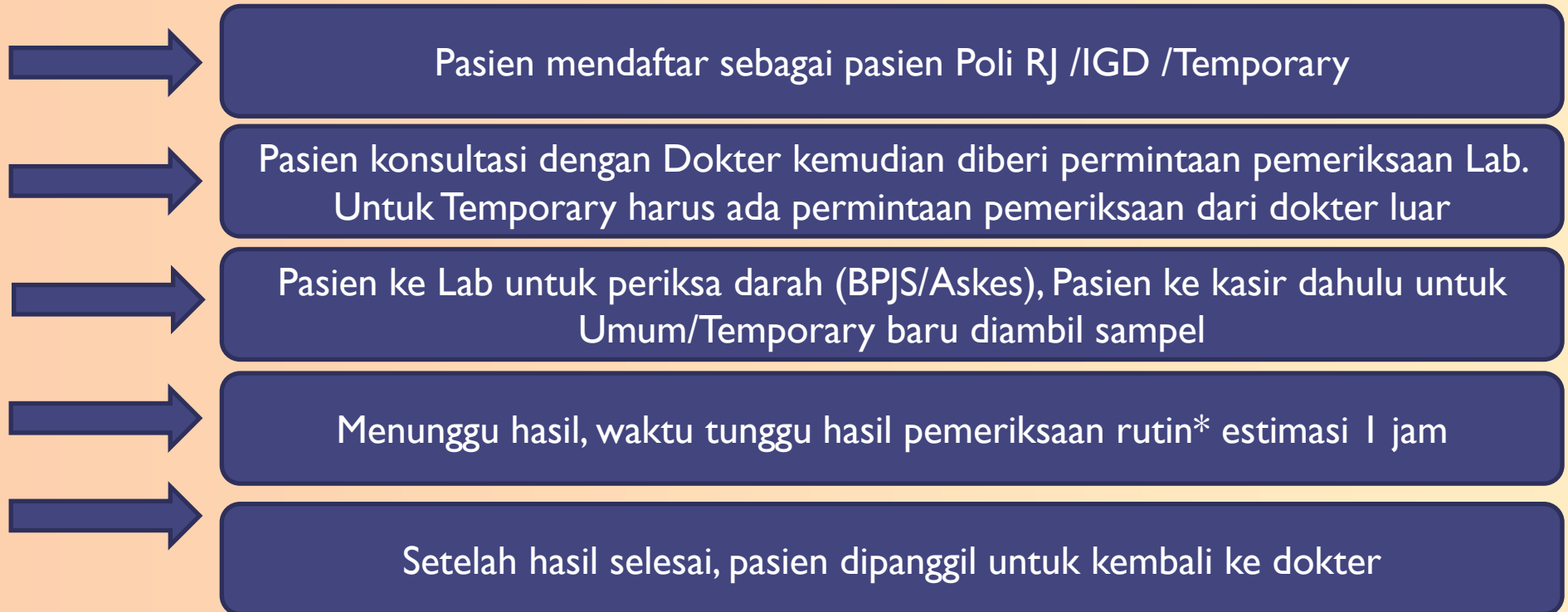
Isi minimal pengkajian awal antara lain:

- a) Keluhan saat ini
 - b) Status fisik
 - c) Psiko-sosio-spiritual
 - d) Ekonomi
 - e) Riwayat kesehatan pasien
 - f) Riwayat alergi
 - g) Riwayat penggunaan obat
 - h) Pengkajian nyeri
 - i) Risiko jatuh
 - j) Pengkajian fungsional
 - k) Risiko nutrisi
 - l) Kebutuhan edukasi
 - m) Perencanaan pemulangan pasien (Discharge Planning)
- Pengkajian awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan didokumentasikan dalam **kurun waktu 24 jam pertama** sejak pasien masuk rawat inap, atau lebih awal bila diperlukan sesuai dengan kondisi pasien.

- Pengkajian medis yang dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum pasien menjalani prosedur di layanan rawat jalan rumah sakit **harus dilakukan dalam waktu ≤ 30 hari sebelumnya.**
- Jika > 30 hari, maka harus dilakukan pengkajian ulang.
- **Hasil dari seluruh pengkajian** yang dikerjakan di luar rumah sakit **ditinjau dan/atau diverifikasi** pada saat masuk rawat inap atau sebelum tindakan di unit rawat jalan.

PP 3. LABORATORIUM

ALUR PEMERIKSAAN LAB



PELAPORAN NILAI KRITIS

- RANAP : by phone dengan stempel nilai kritis dan dicatat di buku pelaporan nilai kritis lab, dan perawat yg menerima juga mendokumentasikan sesuai SPO masing-masing
- RJ / IGD : by phone / WA ke nomor asisten dokter yang sudah ditunjuk, pada lembar hasil diberi stempel nilai kritis dan dicatat di buku pelaporan nilai kritis
- Dilaporkan < 30 menit

PP 4. RADIOLOGI

Pelayanan Radiologi Klinik buka 24 jam meliputi :

1. Pelayanan Radiodiagnostik ✓
2. Pelayanan Diagnostik Imaging ✓
3. Pelayanan Radiologi Intervensional

Kerangka Waktu Pelayanan Radiologi

No	Jenis Pemeriksaan	Waktu Regular	Waktu Cito
1	Konvensional	6 Jam	1 Jam
2	Konvensional dengan kontras	8 Jam	1 Jam
3	USG	3 Jam	1 Jam
4	Ct Scan	6 Jam	2 Jam
5	Ct Scan dengan kontras	8 Jam	3 Jam
6	Pemeriksaan Thorax Foto pada pasien pre operasi	< 3 Jam	
7	Pemeriksaan covid – 19 bagi isolasi Tapis	3 jam	1 Jam

ALUR PEMERIKSAAN RADIOLOGI KELUAR RSABL

Step 1

- Mengisi formulir NF. 03.09.05 secara lengkap
- Formulir di antar ke Ruang Radiologi RSABL

Step 2

- Pihak Radiologi menghubungi RS Rujukan → Jadwal, Persiapan dan Biaya

Step 3

- Pihak Radiologi menghubungi Poli / UGD / Bangsal untuk dapat mengambil kembali Formulir tersebut, dan
- Menjelaskan Persiapan, jadwal serta biaya pemeriksaan

Step 4

- Poli / UGD / Bangsal mengantarkan pasien ke RS Rujukan yang sudah ditentukan dengan membawa Formulir Rujukan yang sudah di tanda tangani oleh pihak Radiologi serta membawa biaya yang akan dipergunakan di RS Rujukan.

ALUR PERSIAPAN PENJADWALAN PEMERIKSAAN DENGAN KONTRAS

Poli / Bangsal menghubungi Radiologi → Info : Identitas Pasien, Jenis Pemeriksaan, Keluhan serta Diagnosa DPJP

Radiologi → Konsul dengan dokter Radiologi

Radiologi menghubungi Poli / Bangsal → Penjelasan persiapan, Biaya dan Jadwal. Serta meminta untuk salah 1 keluarga pasien untuk datang ke Radiologi menanda tangani Informed Consent & Formulir Edukasi Radiasi.



Buku Saku

komunikasi edukasi



Pengkajian awal sebelum memberikan edukasi

- Kemampuan membaca
- Tingkat pendidikan
- Bahasa yang digunakan (perlu penerjemah atau tidak)
- Hambatan emosional dan motivasi
- Keterbatasan fisik dan kognitif



DON'T FORGET

akses informasi RSABI



- : Customer service

- : (0721) 703459

- Hotline : (0721) 7807772 Ambulance

- : www.rsabl.com

- : Info@rsabl.com

1. Offline

2. Notelepon

3. Website

4. Email

Media Sosial : Face book : RSAdvent Bandar Lampung

Inst agr am : RSAdvent Bandar Lampung

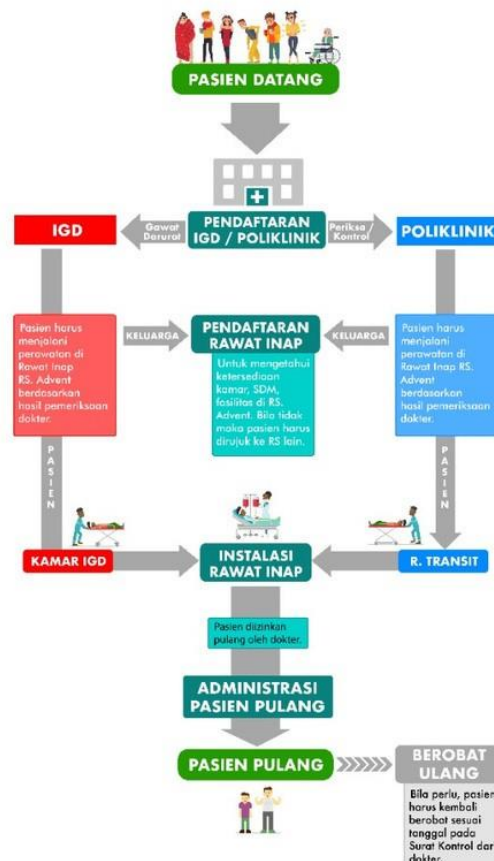
Yout ube : RSAdvent Bandar Lampung

akses pelayanan

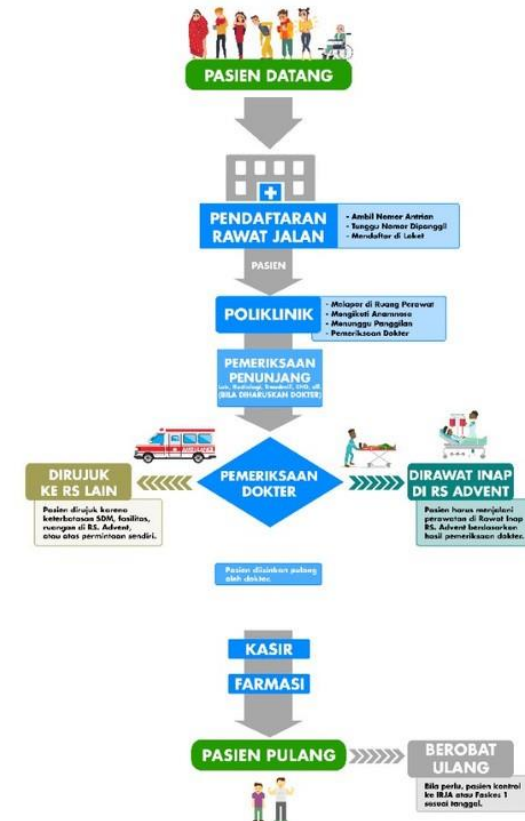
ALUR PELAYANAN PASIEN GAWAT DARURAT (IGD) RUMAH SAKIT ADVENT BANDAR LAMPUNG



ALUR PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT ADVENT BANDAR LAMPUNG



ALUR PELAYANAN PASIEN RAWAT JALAN RUMAH SAKIT ADVENT BANDAR LAMPUNG



Don't forget

edukasi terintegrasi

Kajian Awal
Sebelum Edukasi

Point Minimal
yang harus diisi

EDUKASI TERINTEGRASI/EDUKASI KOLABORASI PASIEN DAN KELUARGA

Beri check list (V) dan lingkari yang dipilih untuk pengisian Formulir dibawah ini

A. ASESMEN KEBUTUHAN EDUKASI

Data penerima edukasi :
Tinggal Bersama : ☐ Anak ☐ Orang tua ☐ Sendiri ☐ Suami/Istri *
Hambatan : ☐ Ada ☐ Tidak
☐ Gangguan Pendengaran ☐ Gangguan Penglihatan ☐ Secara fisiologis tidak mampu belajar
☐ Gangguan Bicara ☐ Motivasi Kurang/buruk ☐
☐ Fisik lemah ☐ Memori hilang
☐ Gangguan emosi ☐ Pekerjaan : (Tuliskan)

Edukasi diberikan kepada :
☒ Pasien : ☐ Orang tua (Ayah/ibu) ☐ Keluarga (suami/istri/kakak/adik)
Kemampuan Bahasa : ☐ Indonesia ☐ Daerah..... ☐ Asing.....
Perlu penerjemah : ☐ Tidak ☐ Ya
Baca dan tulis : ☐ Bisa ☐ Tidak Pendidikan : ☐ SD ☐ Tidak Sekolah
Kepercayaan lainnya : ☐ Ada ☐ Tidak ada ☐ SMP
(Budaya, Agama, Spiritual)
Ketersediaan menerima edukasi : ☐ Ya ☐ Tidak ☐ SMA atau sederajatnya
Cara Edukasi : ☐ Lisan ☐ Tulisan ☐ Akademik/Universitas
Kebutuhan Edukasi Pasien sesuai hasil asesmen medis/keperawatan/kebidanan

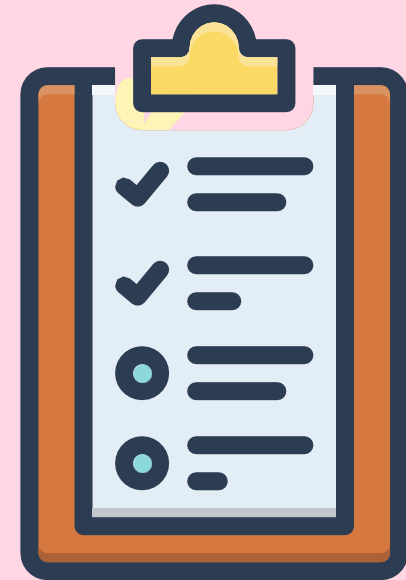
B. EDUKASI (diisi oleh PPA : dokter, perawat, bidan, fisioterapi, ahli gizi, apoteker)

Kebutuhan Edukasi: Topik Edukasi	Tgl	Tingkat Pemahaman Awal	Metode Edukasi	Material Edukasi	Kode Leaflet	Edukat (Nama & TTD)	Penerima Edukasi (Nama & TTD)	Hasil Verifikasi	Re-edukasi	TTD
1. Diagnosis, kondisi pasien, rencana asuhan, tata laksana dan hasil pengobatan		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
2. Kemungkinan hasil yang tidak dapat diantisipasi dari terapi dan perawatan.		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
3. Prosedur pemberian obat, Efek samping obat, Interaksi obat & makanan		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
4. Prosedur diagnostik Tindakan Operasi		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
5. Mencari pendapat kedua tentang masalah kesehatan pasien		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
6. Penggunaan Peralatan Medis		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
7. Orientasi Ruang		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
8. Tindakan Rehabilitas Medis		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
9. Tuci tangan		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
10. Penggunaan APD (masker dan sarung tangan)		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
11. Resiko Jatuh		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
12. Manajemen Nyeri		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
13. Pola Hidup Sehat		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
14. Program diet & nutrisi		SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		

NF. 05.00.01/hal 1/Rev.II

15. Edukasi Asuhan Lanjutan di Rumah	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
16. Etika Batuk	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
17. Bahaya Rokok	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
18. Keluarga berencana	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
19. Manajemen Laktasi	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
20. ASI Eksklusif	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
21. Imunisasi	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
22. Perswatan Metode Kangguru	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
23. Rawat Gabung	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
24. Edukasi Rujukan	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
25.	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
26.	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
27.	SM / PEU / HB	1 / K / TJ	L / VE				1 / 2 / 3		
28. CATATAN:	Pasién dan keluarga menandatangani formulir ini maka pasien dan keluarga sudah memahami								
Nama & TTD Dokter :	Nama & TTD Keluarga Pasien :								
29. CATATAN:	Pasién dan keluarga menandatangani formulir ini maka pasien dan keluarga sudah memahami								
Nama & TTD Dokter :	Nama & TTD Keluarga Pasien :								
30. CATATAN:	Pasién dan keluarga menandatangani formulir ini maka pasien dan keluarga sudah memahami								
Nama & TTD Dokter :	Nama & TTD Keluarga Pasien :								
KETERANGAN : SM : Sudah Mengerti PEU : Perlu Edukasi Ulang HB : Hal Baru I : Individual K : Kelompok TJ : Tanya Jawab/ceramah L : Leaflet VE : Verbal 1 : Sudah Memahami 2 : Cukup Memahami 3 : Kurang Memahami									

NF. 05.00.01/hal 2/Rev.II



Kolom edukasi
tambahan u/
penjelasan
tambahan

Pahami
Hapalkan




Profesional pemberi asuhan

8 PPA yang terkait (Teoritis):

Dokter, Perawat, Bidan, Apoteker, Dietisien,
Terapis fisik, Penata anastesi, Psikolog klinis.

Di RSABL ada 6:

(Dokter, Perawat, Bidan, Apoteker, Dietisien,
Terapi fisik).

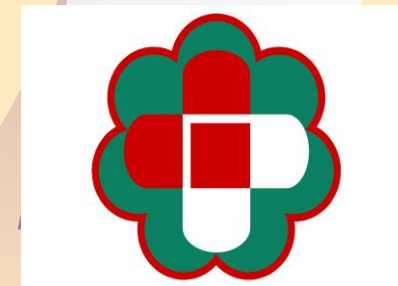
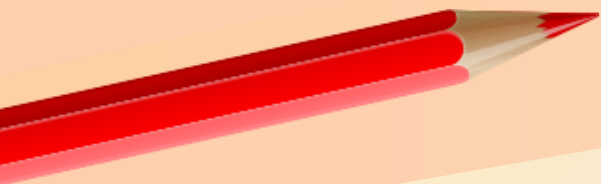


- Penerjemah Bahasa: B. Inggris, Mandarin, Jawa, Lampung, Sunda, Batak, Karo, Maluku, Kupang, Manado.

- Komunitas untuk mendukung edukasi lanjutan di RSABL: Diabetes Club

- Setiap ps baru wajib diberi edukasi dan diberikan leaflet sesuai dgn kebutuhan nya.





PROGNAS

2022



PONEK

PELAYANAN OBSETRI NEONATAL EMERGENCY KOMPERHENSIF

- Apa itu ponek?
- Pelayanan Obsetri Neonatal Emergency Komperhensif
- Dimana letak Ponek?
- IGD
- Ketua tim ponek ?
- Dr. Bambang SpOG
- Kebijakan RS terkait PONEK ?
- Melayani pasien Ponek 24 jam sehari/ 7 hari dalam seminggu



Penanggulangan TB

- Kebijakan RSABL terkait TB?
RSABL tidak menerima pasien TB MDR
RSABL tidak melayani pemberian obat pasien dengan pengobatan TB selama 6 bulan (dirujuk ke puskesmas)
- Ketua Tim TB?
Dr. Andreas SpP



PENANGGULANGAN HIV/AIDS

**Kebijakan RSABL terkait
HIV/AIDS?**

RSABL tidak menerima pasien
HIV yang terdiagnosis baru.
(pasien belum pengobatan ARV)
RSABL menerima pasien HIV
dengan kegawatdaruratan medis
RSABL tidak memiliki obat ARV

**Ketua Tim HIV?
Dr. Tehar SpPD**



STOP HIV/AIDS

save your self. save the world



STUNTING DAN WASTING

Apa itu stunting?
Kondisi kekurangan gizi yang ditandai dengan kurangnya tinggi/panjang badan menurut umur anak (TB/U)

Apa itu Wasting?
Kondisi kekurangan gizi ditandai dengan kurangnya berat badan menurut panjang /tinggi badan anak (BB/TB)



STUNTING DAN WASTING

YANG PERLU DI KETAHUI

- Apa kewajiban tenaga kesehatan terkait program ini?
- Memastikan pengukuran TB dan BB anak dijalankan dengan baik. Terutama di POLI anak, IGD, IRNA.
- Ketua pokja Stunting dan Wasting?
- Dr Dhania SpA



Pelayanan KB

- Tujuan pelayanan KB?
 - Mencegah kematian IBU
 - Mempercepat penurunan Stunting
-
- Apa itu 4 T dalam kehamilan yang dapat meningkatkan resiko kematian Ibu?
 - Terlalu muda
 - Terlalu tua
 - Terlalu dekat
 - Terlalu banyak
-
- Ruang konseling KB?
 - Untuk Rawat Inap terdapat di Ruang Cendana dan Rawat Jalan terdapat di Poli Kebidanan



PELAYANAN KB

- Ruang Pelayanan KB
- Ruang Cendana, Poli Kebidanan, dan Kamar Operasi
- Ketua tim PKBRS RSABL?
- Dr. Sarlita SpOG
- Fokus Pelayanan Program KB di Rumah Sakit
- Pelayanan Keluarga Berencana Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran wajib mendapatkan konseling KB



HPK (Hak Pasien dan Keterlibatan Keluarga)

PERTANYAAN HPK

Bagaimana saudara menyampaikan perihal **hak dan kewajiban pasien** di RS?

- 18 hak dan 8 kewajiban pasien disampaikan kepada keluarga/pasien oleh petugas admisi dan oleh perawat instalasi rawat inap ketika pasien tiba di ruangan, pasien/keluarga di arahkan ke banner yang tersedia di depan NS

Apa yang harus dilakukan untuk **perlindungan hak privasi pasien** saat pemeriksaan fisik atau mengantar pasien dengan brankar

- Memasang **sekat/tirai antar pasien** dan menyiapkan **selimut untuk proses transfer**

Apabila ada pasien datang ke IGD dengan tidak sadarkan diri dan ada **barang berharga** yang melekat pada dirinya, apa yang anda lakukan?

- Saya ambil **form prosedur penyimpanan harta benda milik pasien** dan saya minta seorang teman sebagai saksi untuk mencatat barang yang di simpan, dan di **simpan di kotak penyimpanan di IGD**, sampai ada anggota keluarga yang ada untuk serah terima

PERTANYAAN HPK

Apa yang anda lakukan bila ada pengunjung pasien yang **menanyakan tentang kondisi kesehatan pasien?**

- Ambil formulir general consent, lihat **daftar nama keluarga pasien yang berhak** mendapatkan keterangan, tanyakan nama pengunjung pasien tersebut, bila ada dalam daftar, dapat diberikan keterangan, apabila tidak, dipersilahkan bertanya ke anggota keluarga yang terdaftar.

Apa yang anda lakukan bila pasien/keluarga **menolak resusitasi?**

- Saya menghubungi **DPJP atau dokter jaga untuk menjelaskan kondisi dan resiko**, saya ambil **formulir DNR untuk ditandatangani pasien dan keluarga** setelah menerima edukasi, dokter akan **menuliskan order DNR** di lembar CPPT, dan saya akan **memasang gelang berwarna ungu**.

Apa yang anda lakukan bila ada pasien ranap yang **mengeluh nyeri?**

- Saya ambil **form asesmen nyeri** dan lakukan asesmen nyeri sesuai form asesmen

PERTANYAAN HPK

Apa yang anda lakukan bila ada pasien yang **complain tentang pelayanan** dokter/RS?

- saya ajak menemui petugas MPP sesuai **alur pengajuan complain**

Bagaimana anda **meminta informed consent**?

- Saya ambil **formulir informed consent** dan dokter akan **memberikan informasi** dan **meminta persetujuan**.

Bagaimana anda **memastikan tindakan/pengobatan/prosedur tersebut memerlukan informed consent**?

- Saya melihat ke **daftar tindakan yang memerlukan informed consent** untuk memastikan hal tersebut

PERTANYAAN HPK

Siapa yang dianggap **kompeten untuk menanda tangani informed consent**?

- Pasien **usia >21 tahun**, sehat jasmani rohani dan mampu berkomunikasi secara wajar, apabila tidak, keluarga langsung seperti ayah/ibu kandung, saudara kandung, atau wali/induk semang.

Bila ada pasien yang meminta **pelayanan kerohanian**, apa yang akan anda lakukan, tolong dijelaskan?

- Saya siapkan **form permintaan layanan kerohanian** kemudian jelaskan form tersebut, dan NS akan berkomunikasi dengan bagian kerohanian untuk pelayanannya

HAK PASIEN

UU No.44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 32

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai standar profesi dan standar prosedur operasional
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
- 7) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 8) Meminta konsultan tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Izin Praktik (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit
- 9) Mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya
- 10) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis
- 13) Menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
- 14) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
- 15) Memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit mengajukan usul, saran, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
- 16) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya
- 17) Menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana
- 18) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEWAJIBAN PASIEN

Permenkes no 4 th 2018 Pasal 26

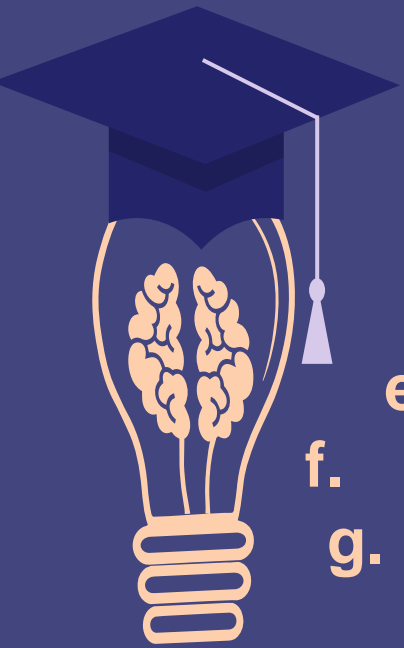
- 1) Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit;
- 2) Menggunakan fasilitas rumah sakit secara bertanggungjawab;
- 3) Menghormati hak-hak pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di rumah sakit ;
- 4) Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya;
- 5) Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya;
- 6) Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di rumah sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan;
- 7) Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan dalam rangka penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya; dan
- 8) Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.

PELAYANAN ASUHAN PASIEN (PAP)



1. PPA MEMBERIKAN ASUHAN YANG SERAGAM

- a. AKSES MENDAPATKAN PELAYANAN TIDAK TERGANTUNG PADA KEMAMPUAN PASIEN MEMBAYAR
- b. AKSES PELAYANAN DIBERIKAN OLEH PPA SELAMA 7 HARI 24 JAM
- c. KONDISI PASIEN MENENTUKAN SUMBER DAYA YANG DIALOKASIKAN UNTUK MEMENUHI KEBUTUHAN
- d. PEMBERIAN ASUHAN YANG DIBERIKAN SAMA DI SETIAP UNIT PELAYANAN
- e. PASIEN YANG MEMBUTUHKAN ASUHAN KEPERAWATAN YANG SAMA AKAN MENERIMA TINGKAT ASUHAN KEPERAWATAN YANG SAMA



2. DAFTAR PPA

- a. Dokter
- b. Perawat
- c. Dietisen
- d. Apoteker
- e. Terapi fisik
- f. Penata Anestesi
- g. Psikolog klinik

**3. PASIEN DENGAN EWS \geq
DILAKUKAN OBSERVASI**

4.
**PELAYANAN
CODE BLUE
< 5 MENIT**



PAP

03

PASIEN APA SAJA YANG BERISIKO TINGGI?

- a. Pasien Emergensi
- b. Pasien koma
- c. Pasien dengan penyakit jantung, stroke dan diabetes
- d. Pasien HD
- e. Pasien yang dipasang restrain

01

Penggunaan CPPT menggunakan format?

- ✓ Format SOAPIE, dietisen menggunakan ADIME
- ✓ Ditulis dengan cara yang seragam
- ✓ Plan merupakan sasaran yang terukur, Instruksi ditulis di kolom instruksi

- f. Pasien dengan alat bantuan hidup
- g. Pasien dengan penyakit menular dan kejadian luar biasa
- h. Pasien paliatif
- i. Pasien geriatric dan anak-anak

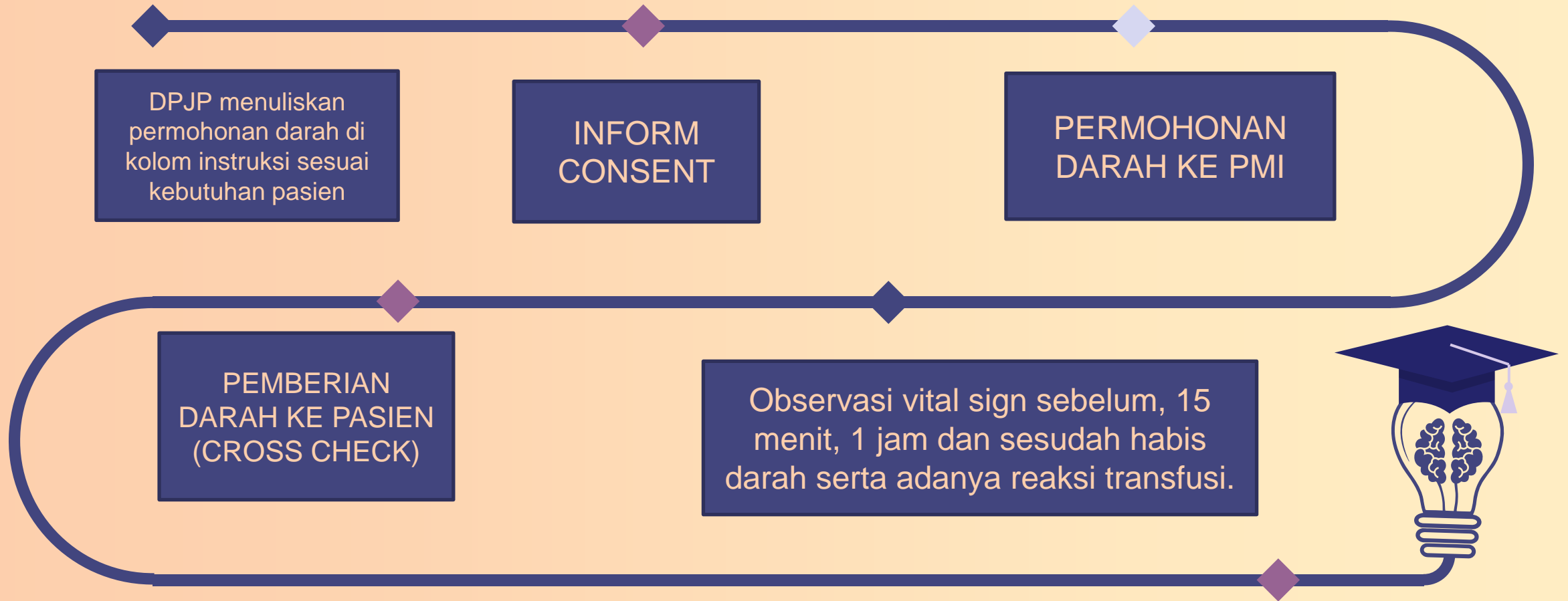
02

Bagaimana permintaan pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostic lain?

- ✓ Dokter menuliskan permintaan di kolom instruksi sesuai kebutuhan pasien/indikasi klinis
- ✓ Perawat mengentri ke computer dan mencantumkan indikasi klinis

RS melakukan asuhan kepada pasien yang berisiko tinggi sesuai dengan sumber daya yang ada

PELAYANAN DARAH



Q and A



Yang ditanya kepada pasien:

Apakah bapak/ibu sudah diberikan edukasi terkait manajemen nyeri?

Perawat memberikan edukasi sesuai latar belakang agama, budaya, nilai-nilai yang dianut. Tindakan mandiri perawat: relaksasi, distraksi, anticipatory guidance. (sesuai yang dileaflet) dan berikan leafletnya pada pasien.

Bagaimana perawat melakukan manajemen nyeri?

Perawat melakukan skrining terlebih dahulu, lalu pengkajian nyeri. Pada nyeri ≥ 4 , lapor dokter. Bila diberikan injeksi, asesmen ulang 30 menit kemudian, bila obat oral, asesmen ulang 1 jam kemudian. Bila nyeri 3, asesmen ulang tiap shift dan bila skor nyeri 3 dalam satu hari, tidak diasesmen ulang lagi.

Sebutkan pengkajian nyeri menggunakan skala apa?

1. Neonatal Infant Pain Scale untuk usia <1 tahun
2. FLACC: Face, Leg, Activity Cry Consolability > 1 tahun sampai 3 tahun
3. Wong Baker Scale pada pasien dewasa dan anak > 3 tahun atau NPS
4. Behaviour Pain Scale untuk pasien tidak sadar

Bagaimana melakukan asuhan pada pasien menjelang akhir kehidupan?

Jawab: Melakukan pengkajian: manajemen gejala dan respon pasien, Faktor yang memperparah, Orientasi spiritual, keprihatinan spiritual, status psikologi, kebutuhan bantuan, kebutuhan alternatif, faktor risiko bagi yang ditinggalkan, dan melaksanakan asuhan sesuai pengkajian.



PKPO

Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat

Sosialisasi Akreditasi 2022
Instalasi Farmasi Rumah Sakit Advent Bandar Lampung



Sumber informasi obat di RSABL



FORMULARIUM NASIONAL Tahun 2021



FORMULARIUM NASIONAL
BERISI TENTANG BATASAN
RETRIKSI PENGOBATAN

MIMS



sumber informasi obat
secara farmakologi dan
sebagai petunjuk
pemberian terapi obat

FORMULARIUM RUMAH SAKIT

FORMULARIUM RUMAH SAKIT ADVENT
BANDAR LAMPUNG 2021

DIGUNAKAN UNTUK
PERESEPAN DITETAPKAN
OLEH TFT

Pengelolaan ER-Trolley

[Back to
Navigation Page](#)



TROLLY/KIT/LEMARI

|| Obat Emergency disimpan didalam trolley/kit /lemari emergensi terkunci ,dimonitoring setiap hari . Perawat harus menuliskan obat/BMHP yang terpakai dan wajib melaporkan kepada team farmasi dipastikan selalu tersedia dan harus diganti segera jika ada pemakaian < 24 jam

BUKU ER-TROLLY

adalah buku catatan pengeluaran dan pemakaian obat,alkes er- trolley yg setiap digunakan wajib dicatat dan di paraf oleh petugas



Pemantauan

Petugas Farmasi wajib segera mengganti obat emergency dalam waktu <30 menit setelah pemebritahuan perawat

Drag and drop your photo or video! Click the sample photo or video and delete. Select yours from the uploads tab, drag, and then drop inside the frame!



Untuk menghindari duplikasi atau kesalahan obat, rumah sakit menerapkan **proses rekonsiliasi** yaitu membandingkan daftar obat yang digunakan pasien sebelum masuk Rumah Sakit dengan obat yang diresepkan pertama kali sejak pasien masuk.

▪

Proses Rekonsiliasi melibatkan dokter, apoteker, perawat, serta pasien/keluarga



Instruksi Pengobatan/ Penulisan resep harus lengkap, benar dan terbaca.



Persyaratan Kelengkapan Resep



Administrasi

- a. nama, umur, tgl lahir, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien;
- b. nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter;
- c. tanggal Resep; dan
- d. ruangan/unit asal Resep.



Farmasetik

- a. nama Obat, bentuk dan kekuatan sediaan;
- b. dosis dan Jumlah Obat;
- c. stabilitas; dan
- d. aturan dan cara penggunaan



Klinis

- a. ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan Obat;
- b. duplikasi pengobatan;
- c. alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD)



Penyimpanan Obat High Alert

PADA SUHU KAMAR

- Obat High Alert yang disimpan pada suhu kamar $< 30^{\circ}\text{C}$, disimpan pada lemari yang terpisah dari obat lain dan pada bingkai diberi lis/garis merah.



HIGH
ALERT

DOUBLE
CHECK



NAMA OBAT/JAN		OBAT-OBATAN (HIGH ALERT, NARKOTIKA & SEDATIVA)	
1	2	3	4
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

Tanggal: 10/10/2020
Perawat: Ningsi
Perawat sdr: Ningsi
Perawat mdr: Ningsi
Diet: Diet
Catatan Tindakan Keperawatan
Tanggal: 10/10/2020
Perawat: Ningsi
Perawat sdr: Ningsi
Perawat mdr: Ningsi
Diet: Diet

NF. 03.00.10/Revisi 2/Rev.1

Double cek
pemberian obat
High alert

ENCERKAN
TERLEBIH DAHULU



PELAPORAN MESO

MONITORING EFEK
SAMPING OBAT



PELAPORAN EFEK SAMPING OBAT

□ Dokter, perawat maupun farmasi yang menemukan efek samping obat melaporkan ke Apoteker Dan Apoteker melaporkan ke e-MESO BPOM

**STRATEGI
PENURUNAN
RESIKO**
MEDICATION SAFETY





PPI Pencegahan Pengendalian Infeksi



Peragakan cara kebersihan tangan

- Jawab: lakukan 6 langkah cuci tangan
- Dengan air mengalir 40-60 detik
- Dengan handsRub 20-30 detik (tersedia di setiap unit perawatan dan tempat tidur pasien)

5 momen cuci tangan:

- Sebelum kontak dengan pasien
Sebelum tindakan aseptik
Sesudah terkena cairan tubuh pasien
Sesudah kontak dengan pasien
Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien



Pembuangan limbah dan benda tajam

Limbah infeksius : limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh masukkan ke kantong plastic berwarna kuning

- Limbah non infeksius : limbah yang tidak terkontaminasi darah dan cairan tubuh , masuk ke kantong berwarna hitam
- Limbah benda tajam : limbah yang memiliki permukaan tajam, masukkan ke wadah tahan tusuk dan air.
- Limbah cair segera dibuang ke tempat pembuangan / pojok limbah cair (spoelhoek)
- Note : ikat kantong plastic jika terisi $\frac{3}{4}$, ganti dengan yang baru.



Proses sterilisasi dan penyimpanan barang steril di Rumah sakit Advent Bandar Lampung terpusat di CSSD.

- Penyimpanan peralatan yang telah disterilkan harus ditempatkan pada tempat (lemari) khusus setelah dikemas steril pada ruangan:
- Dengan suhu 18°C-22°C dan kelembaban 35%-75%, ventilasi menggunakan sistem tekanan positif dengan efisiensi partikular antara 90%-95% (untuk partikular 0,5 mikron).
- Dinding dan ruangan terbuat dari bahan yang halus, kuat, dan mudah dibersihkan.
- Barang yang steril disimpan pada jarak 19 cm-24 cm dari permukaan lantai.
- Jarak rak penyimpanan minimum 43 cm dari langit-langit dan 5 cm dari dinding serta diupayakan untuk menghindari terjadinya penempelan debu kemasan.
- alat-alat steril yang dibungkus kain kadaluarsa setelah 3 hari, sedangkan yang dibungkus pouch kadaluarsa setelah 30 hari



Bahan medis habis pakai yang di reuse di RSABL adalah Dialyzer

- Dialyzer di HD reuse sebanyak 7 kali (sesuai rekomendasi Pernefri) dengan mengikuti panduan dibawah ini :
- Alat single use yang akan digunakan kembali harus dinilai oleh user (operator), apakah masih memenuhi syarat, tidak berubah bentuk, tidak berubah warna, tidak cacat dan mudah digunakan kembali.
- Alat single use – reusable harus disimpan dalam tempat tersendiri.
- Proses pembersihan segera dilakukan sesudah pemakaian sesuai SPO
- Setiap pemakaian bahan medis habis pakai yang reuse dicatatkan di rekam medis

A person wearing a grey uniform is holding a black cup. The background is dark and out of focus.

Permukaan Lingkungan

- Seluruh permukaan lingkungan datar, bebas debu, bebas sampah, bebas serangga (semut, kecoa, lalat, nyamuk) dan pengganggu (kucing, anjing dan tikus)
- Pembersihan permukaan harus dilakukan secara rutin setiap hari, termasuk setiap kali pasien pulang /keluar dari fasyankes
- Pembersihan juga perlu dilaksanakan terhadap barang yang sering tersentuh tangan, seperti nakas disamping tempat tidur, tepi tempat tidur dengan bed rails, tiang infus, tombol telpon, gagang pintu, permukaan meja kerja, anak kunci, dll.
- Bongkaran pada ruang rawat dilakukan setiap 1 (satu) bulan atau sesuai dengan kondisi hunia
- **Di ruang perawatan tidak diperkenankan menempatkan sbb**
- **Bunga segar**
- **Tanaman pot**
- **Bunga plastik**
- Pembersihan permukaan dengan menggunakan **klorin 0,05%**, bila ada cairan tubuh menggunakan **clorin 0,5%**.



Tahap menangani linen kotor sbb:

- Tahap menangani linen kotor sbb:
- Petugas menggunakan APD
- Pisahkan linen kotor dan linen terkontaminasi
- Semua linen kotor segera dibungkus
- Linen yang terkontaminasi masuk ke plastic kuning
- Buang kotoran ke spoelhoek/toilet kemudian segera masukkan ke kantong kuning
- Alur linen kotor dan terkontaminasi harus terpisah dari linen yang bersih
- Cuci dan keringkan linen di ruang laundry. Linen yang terkontaminasi harus diberi disinfektan.
- Untuk membersihkan cairan tubuh yang infeksius pada linen melalui 2 tahap yang pertama menggunakan detergen dan selanjutnya dengan klorin 0,5 %.apabila dilakukan perendaman diletakkan di wadah tertutup agar tidak menyebabkan toksik bagi petugas.

SKP

SASARAN KESELAMATAN PASIEN



I. PERAGAKAN CARA IDENTIFIKASI PASIEN

- JAWAB: selamat pagi pak/ibu nama saya suster Marlina
- Pagi ini saya akan memberikan obat(tranfusi/ambil darah/beri makanan dll)
- boleh sebutkan nama dan tanggal lahir? (petugas sambil melihat pada gelang ps)
- Saat melakukan identifikasi petugas menjelaskan tindakan yang akan diberikan

PERAGAKAN CARA PEMASANGAN GELANG IDENTITAS DAN TUJUANNYA

- Jawab : selamat pagi/siang/sore/malam, bapak/ibu, perkenalkan saya suster Eva...berdasarkan standar prosedur keselamatan pasien saya akan memasang gelang identitas pada pergelangan tangan ibu/bapak. Tujuannya untuk memastikan identitas bapak/ibu dengan benar dalam mendapatkan pelayanan/ tindakan dan pengobatan selama di rawat di rumah sakit kami.



2. BAGAIMANA CARA MENGIDENTIFIKASI PASIEN COMA

- Jawab: saya meminta informasi data pasien dari keluarga kemudian mencocokkan dengan gelang identitas pasien dan data di rekam medis pasien. (kalau ada keluarga)
- Saya akan meminta teman sekerja untuk melihat dan mencocokkan data pasien yang ada di rekam medis pasien (kalau keluarga pasien tidak ada)
- 3. Bagaimana cara mengidentifikasi bayi baru lahir yang belum diberi nama?
- Jawab: saya akan memasang gelang identitas menggunakan nama ibu bayi dan tanggal lahir bayi.

4. BAGAIMANA CARA MENGIDENTIFIKASI PASIEN KONDISI GAWAT DARURAT

Jawab: saya akan memasang label sesuai dengan kondisi pasien. Hijau untuk pasien stabil, kuning untuk ps perlu perhatian, merah untuk resusitasi, hitam untuk ps meninggal.

5. BAGAIMANA CARA MENERIMA INSTRUKSI MELALUI TELEPHON

Jawab: saya akan menulis dan membaca kembali instruksi dokter dan mengkonfirmasi kembali dan di dokumentasikan di formulir CPPT dan membubuhkan stempel TBAK.



6. BAGAIMANA CARA MELAPORKAN KONDISI PASIEN/NILAI KRITIS KEPADA DPJP DENGAN TEHNIK SBAR

- Jawab: selamat pagi dokter saya dengan suster Yuli dari ruang akasia rs advent ingin melaporkan pasien dokter a.n tn A. dengan DHF umur: 35 thn. Saat ini hasil trombosit : 25000, Ht: 5 l Hb: 17 Bp: 90/60mmhg , Nadi: 105x/mnt R: 20x/mnt , akral dingin, pasien mengeluh lemas dan sakit perut (S)

Saat ini terpasang infus RI 30 gtt/mnt, perdarahan tidak ada (B)

Saya takut dok pasiennya Syok (A)

Apakah ada terapy tambahan/tetes infus mau dinaikkan ? Mohon advice dok. (R)

Instruksi dituliskan di form CPPT dalam bentuk SOAP.

membubuhkan stempel TBAK untuk pelaporan kondisi pasien dan stempel TBAK nilai kritis untuk pelaporan nilai kritis.



7. BAGAIMANA KOMUNIKASI SAAT SERAH TERIMA PASIEN DI RS ?

- Jawab: serah terima antar dokter jaga menggunakan buku overan
 - antar dokter dengan perawat pada form CPPT
-
- antar unit perawatan / unit khusus menggunakan form Transfer internal
 - ke unit layanan diagnostic (radiologi, fisioterapi) menggunakan form hand over ke unit layanan diagnostik dan di masukkan ke rekam medis pasien
 - serah terima antar perawat setiap shift menggunakan form hand over.

8. BAGAIMANA REGULASI PENETAPAN DAFTAR OBAT HIGH ALERT TERMASUK OBAT LASA/NORUM DI RS?

- Jawab: ditetapkan dengan SK Direktur dan diperbaharui setiap tahun dan diberikan kepada setiap unit perawatan beserta dengan daftar obat high alert.



9. BAGAIMANA MEMPERSIAPKAN PENCAMPURAN OBAT STERIL ELEKTROLIT KONSENTRATE SEPERTI PEMBERIAN KCL ?

Jawab:

-
1. melakukan kebersihan tangan dengan 6 langkah.
 2. Gunakan APD (masker, sarung tangan , tutup kepala)
 3. Bersihkan meja pencampuran obat dengan alkohol 96%
 4. Bersihkan tangan kembali dengan hunds rub dengan 6 langkah cuci tangan
 5. Bersihkan sediaan elektrolit konsentrate dan pelarut dari mulai mulut sampai leher ampul dengan alcohol swab
 6. Tarik sediaan elektrolit konsentrat sesuai order dpjp campurkan kedalam pelarut lalu kocok dengan gerakan J-Motion
 7. Seka mulut sampai leher pelarut dengan alcohol swab dan tutup dengan menggunakan parafilm sebelum diberikan ke ps
 8. Tuliskan pada label obat tambahan: Kcl , dosis dan tanggal pencampuran.
 9. Bersihkan tangan
 10. Lepaskan dan buang APD pada tempat sampah infeksius.

11. BAGAIMAN PENYIMPANAN ELEKTROLIT KONSENTRAT ATAU OBAT HIGH ALERT DILUAR FARMASI ?

- Jawab: disimpan di tempat terpisah dari obat lain dengan memakai box yang diberi dengan list warna merah.
- 12. JELASKAN PELAKSANAAN TENTANG PENERAPAN PROTOCOL KOREKSI HYPOKALEMIA DAN HYPONATREMIA?
- Jawab: Baca SPO yang sudah diberikan ke setiap unit perawatan

13. BAGAIMANA CARA PELAKSANAAN TENTANG PROSES VERIFIKASI PRA OPERASI DAN BUKTI DOKUMENTASINYA DALAM REKAM MEDIS PASIEN?

- Jawab: saya mengisi form cek list pre operatif atau daftar tilik

14. PENANDAAN SISI OPERASI HANYA DITANDAI PADA SEMUA KASUS YANG MEMILIKI DUA SISI KIRI DAN KANAN (LATERALISASI), STRUKTUR MULTIPLE (JARI TANGAN, JARI KAKI, LESI), ATAU MULTIPLE LEVEL (TULANG BELAKANG) DENGAN MENGGUNAKAN TANDA?

Jawab: garis panah yang mengarah ke lokasi operasi

Penandaan dilakukan oleh dokter operator yang melakukan operasi



15, BAGAIMANA PELAKSANAAN TENTANG ADANYA PROSES TIME OUT, MENGGUNAKAN SURGICAL CHEK LIST DAN DOKUMENTASI DI REKAM MEDIS PASIEN?

- Jawab: mengisi formulir surgical check list
- Sign in dilakukan oleh perawat dan ahli anastesi di ruang penerimaan sebelum induksi Anastesi
- Time out dilakukan oleh perawat, ahli anastesi dan operator sebelum incisi kulit
- Sing out dilakukan oleh perawat, Ahli Anastesi dan operator sebelum pasien meninggalkan kamar operasi
- Formulir Surgical check List di simpan dalam rekam medis pasien

17. JELASKAN PELAKSANAAN SKRINING PASIEN RAWAT JALAN ?

- Jawab: dilakukan secara visual oleh satpam seperti pasien –pasien geriatri , ps yang cara berjalan tampak sempoyongan, pasien yang datang sudah pakai alat bantu jalan maka akan di tempel stiker risiko jatuh warna kuning pada dada atau lengan dan diberi edukasi. Bila tidak ada keluarga yang mendampingi maka petugas akan mengantar ke poli yang dituju dan mengoverkan kondisi pasien kepada petugas poli.

18. JELASKAN PELAKSANAAN TINDAKAN HASIL SKRINING RISIKO JATUH PADA PASIEN RAWAT JALAN.

- Jawab: saya melakukan skrining risiko jatuh rawat jalan dengan skala Time Up and Go dan bila didapati berisiko jatuh maka tindakan yang saya lakukan adalah menempelkan stiker kuning risiko jatuh serta memberi edukasi

19. JELASKAN TENTANG PENGKAJIAN RISIKO JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP?

- Jawab: saya akan melakukan asesmen risiko jatuh untuk pasien anak menggunakan skala Humpty dumpty (skoring tinggi pasang gelang kuning dan label kuning pada tempat tidur)
- untuk pasien dewasa skala Morse (skoring sedang – tinggi pakai gelang kuning)
- untuk pasien geriatic skala Ontario (skoring rendah – tinggi pakai gelang kuning)
- Pengkajian ulang risiko jatuh dilakukan setiap hari dan bila ada perubahan kondisi pasien



20. JELASKAN TENTANG PELAKSANAAN TINDAKAN HASIL SKRINING RISIKO JATUH PADA PASIEN RAWAT INAP

- Jawab: saya akan memasang gelang kuning berdasarkan hasil skoring dan memberikan edukasi kepada pasien/ keluarga dan menuliskannya di form edukasi terintegrasi serta ditanda tangani oleh petugas dan keluarga/pasien.

KUALIFIKASI PENDIDIKAN DAN STAF (KPS)

KPS

No	Pertanyaan	Jawaban
TENAGA KLINIS DAN NON KLINIS		
1	Coba sebutkan visi misi rumah sakit	<p><u>VISI</u> : MENJADI RUMAH SAKIT YANG MEMENUHI RENCANA TUHAN DAN PILIHAN PERTAMA DI KOTA BANDAR LAMPUNG</p> <p><u>MISI</u> :</p> <ol style="list-style-type: none">Menyediakan sdm yang bertobat, berserah, bersatu, berintegritas, berbudaya, berusaha, dan kompeten. <p>Berserah = 1.Berdoa, 2.berpuasa, 3.beribadah, 4.belajar firman Tuhan</p> <p>Integritas = orang yang dapat dipercaya</p> <p>Berbudaya = melaksanakan senyum, sapa, sahabat</p> <ol style="list-style-type: none">Memberikan pelayanan yang cepat, ramah, dan berkualitasMenyediakan teknologi informasi yang terintegrasiMenyediakan peralatan yang memenuhi standar rumah sakit tipe cMenciptakan lingkungan dan fasilitas yang bersih, indah, & nyamanMemiliki marketing internal dan eksternal yang kuatMemiliki kinerja keuangan yang handal
2	Apakah anda diterima di RS melalui kepala unit anda?	Tidak, Semua penerimaan karyawan terpusat melalui bagian SDM dan melewati proses penerimaan karyawan yaitu wawancara, test tertulis, psikotest dan test kesehatan
3	Bagaimana anda diterima bekerja di RS ini?	Melalui proses penerimaan karyawan: <ol style="list-style-type: none">Memasukkan surat lamaran kerjaDipanggil untuk mengikuti seleksi karyawan berupa: wawancara, test pengetahuan/kemampuan akademis, psikotest, test kesehatanSetelah dinyatakan lulus mulai bekerja dengan mengikuti orientasi karyawan

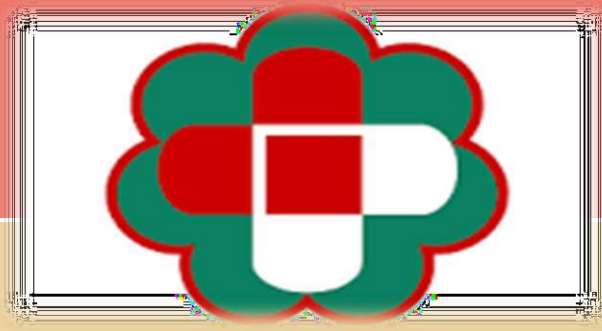
No	Pertanyaan	Jawaban
----	------------	---------

TENAGA KLINIS DAN NON KLINIS

4	Apakah anda mempunyai uraian tugas, coba sebutkan uraian tugas anda	Ya, (semua karyawan memiliki uraian tugas) Silahkan sebutkan uraian tugas masing-masing
5	Apakah anda di evaluasi, berapa kali evaluasi dilakukan?	Ya, (semua karyawan dilakukan evaluasi) Evaluasi dilakukan triwulan dan tahunan
6	Apakah anda memiliki surat pengangkatan karyawan? dan apakah pernah di rotasi? apakah diberikan SK rotasi?	1. Ya, (semua karyawan memiliki surat pengangkatan karyawan) 2. Sebutkan kalau anda pernah / belum pernah di rotasi 3. Ya, diberikan SK oleh manajemen (bagi yg pernah dirotasi)

No	Pertanyaan	Jawaban
TENAGA KLINIS DAN NON KLINIS		
7	Apakah anda diberikan pelatihan oleh RS?	<p>Ya (semua karyawan wajib mengikuti pelatihan wajib sesuai standar akreditasi)</p> <p>(6 PELATIHAN WAJIB yang HARUS DIKETAHUI SEMUA KARYAWAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BHD (PELATIHAN BHD DILAKUKAN RESERTIFIKASI SETIAP 2 TAHUN) 2. APAR 3. PPI 4. PMKP 5. Komunikasi Yang Efektif 6. Budaya Dan Etos Kerja
8	Bagaimana pelatihan di RS dilakukan dan berapa jam pelatihan wajib bagi karyawan per tahun?	<p>Dapat secara Online atau offline diselenggarakan oleh Penyelenggara dari PIHAK internal atau eksternal RSABL.</p> <p>Jam Pelatihan Wajib Karyawan:</p> <p>Karyawan non Klinis 10 jam</p> <p>Karyawan Klinis 20 jam</p>
9	Apakah anda memiliki STR & SIP?	Ya (semua tenaga klinis wajib memiliki STR & SIP)

No	Pertanyaan	Jawaban
TENAGA KLINIS		
10	Apakah anda memiliki SPK & RKK	<p>Ya (semua tenaga klinis memiliki SPK & RKK)</p> <p>SPK: Surat Penugasan Klinis</p> <p>RKK: Rincian Kewenangan Klinis</p> <p>(Bacalah RKK anda, wajib tahu)</p>
11	Panduan alur kredensi dan re-kredensi bagi dokter, keperawatan dan tenaga kesehatan lain (TKL)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemohon mengajukan permohonan Klinis kepada Direktur (Formulir ada di Komite Medik, Keperawatan dan TKL). 2. Direktur menugaskan komite (Medik, Keperawatan, TKL) untuk Dilakukan Kredensial/rekredensial. 3. Ketua komite (medik, Keperawatan, TKL) membuat surat kepada subkomite kredensial untuk melakukan kredensial/rekredensial bagi pemohon. 4. Dilakukan Kredensial/rekredensial oleh SubKomite Kredensial. 5. SubKomite Kredensial membuat surat rekomendasi ke ketua Komite (Medik, Keperawatan, TKL). 6. Ketua Komite membuat rekomendasi hasil kredensi atau rekredensi ke Direktur. 7. Direktur mengeluarkan SPK (Surat Penugasan Klinis) dan RKK (Rincian Kewenangan Klinis). 8. RKK diupload ke SIRS.



MRRMIK

Manajemen Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan



FOKUS STANDAR MRMK

MANAJEMEN INFORMASI

PENGELOLAAN DOKUMEN

REKAM MEDIS PASIEN

TEKNOLOGI INFORMASI DI PELAYANAN KESEHATAN

SIKLUS PENGELOLAAN DATA

INPUT

PROSES

OUTPUT

Data

ANGKA DAN FAKTA
BERUPA
KETERANGAN DAN
TANDA TANDA YANG
BELUM BERMAKNA.

Informasi

DATA KESEHATAN
YANG TELAH
DIOLAH ATAU
DIPROSES
MENJADI BENTUK
YANG
MENGANDUNG
NILAI DAN MAKNA.

Knowledge

INFORMASI YANG
TELAH DIOLAH DARI
BERBAGAI DISIPLIN
ILMU YANG
BERGUNA UNTUK
MENINGKATKAN
PENGETAHUAN DAN
PENGAMBILAN
KEPUTUSAN DALAM
MENDUKUNG
PEMBANGUNAN
KESEHATAN.

REGULASI MRMK



Permenkes No. 36 tahun 2012
tentang Rahasia Kedokteran



Permenkes RI No.
269/Menkes/Per/2008 tentang
Rekam Medis



Permenkes RI No. 55 tahun 2013
tentang Penyelenggaraan Pekerjaan
Perekam Medis



KMK RI No
Hk.01.07/Menkes/1128/2022 tentang
Standar Akreditasi Rumah Sakit



Permenkes RI No. 82 tahun 2013
tentang Sistem Informasi
Manajemen Rumah Sakit



Peraturan Pemerintah RI No. 46
tahun 2014 tentang Sistem Informasi
Kesehatan



Permenkes RI No. 92 tahun 2014
tentang Penyelenggaraan
Komunikasi Data Dalam Sistem
Informasi Kesehatan Terintegrasi



Permenkes RI
1171/Menkes/PER/VI/2011 tentang
Sistem Informasi Rumah Sakit

PEDOMAN TATA NASKAH

- ◇ Tata dokumen di rumah sakit
- ◇ Kebijakan, pedoman, prosedur, dan program kerja
- ◇ Konsisten dan seragam

TINGKATAN DOKUMEN

1. Dokumen tingkat pemilik (Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga)
2. Dokumen tingkat rumah sakit (SOTK, Peraturan Internal RS, RENSTRA)
3. Dokumen tingkat unit klinis/non klinis (Pedoman Pelayanan dan Pengorganisasian, SOP, Program Kerja)

FORMAT TATA NASKAH SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR

	
<i>Rumah Sakit Advent Bandar Lampung</i>	
<small>Jl. Teuku Umar No. 48 Bandar Lampung 35145 Telp. 0721 - 703409 (Pusat) Fax. 0721 - 706349</small>	
KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT ADVENT BANDAR LAMPUNG	
NOMOR.....	
TENTANG	
JUDUL KEPUTUSAN DITULIS DENGAN HURUF KAPITAL	
DIREKTUR RUMAH SAKIT ADVENT BANDAR LAMPUNG	
Menimbang	: a. isii..... b. isii.....
Mengingat	: 1. isii..... 2. isii..... 3. dst.
Memperhatikan	:
MEMUTUSKAN	
Menetapkan :	
Pertama	: Isii.....
Kedua	: Isii.....
Ketiga	: Isii.....
Ditetapkan di..... Pada tanggal..... Direktur,	
NAMA JELAS	

Pengisian Rekam Medis

Undang-Undang Nomor 29 tahun 2004
tentang Praktik Kedokteran Pasal 46

Setiap dokter diwajibkan untuk membuat rekam medis dan rekam medis harus segera dibuat **atau dilengkapi setelah pasien selesai mendapat pelayanan kesehatan**. Hal-hal yang harus direkam yaitu :

1. Nama yang memberikan tindakan
2. Waktu (tanggal dan jam) melakukan tindakan
3. Proses tindakan medisnya
4. Tanda tangan petugas yang melakukan tindakan

Otoritas Pengisian Rekam Medis

1. Dokter umum, dokter spesialis dan dokter gigi yang melayani pasien di RS. Advent Bandar Lampung.
2. Dokter Tamu yang merawat pasien di RS. Advent Bandar Lampung.
3. Tenaga para medis perawatan dan non perawatan yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lain : Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anestesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medis, Rekam Medis dan tenaga kesehatan lainnya yang terkait langsung dalam pelayanan pasien.
4. Dalam hal dokter ke luar negeri maka yang melakukan tindakan/konsultasi kepada pasien dan mengisi rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh Direktur RS. Advent Bandar Lampung.

Hak Akses Informasi

1. Komite Medis dan Sub Komite Medik dalam hal Audit Medis.
2. Komite Etik dalam hal Audit Rekam Medis yang berhubungan dengan etik.
3. Komite Keperawatan dalam hal melakukan Audit Asuhan Keperawatan.
4. Komite mutu dan Keselamatan Pasien dalam hal Audit Mutu.
5. PPI dalam hal sumber data pelaporan PPI.
6. Komite/Panitia Rekam Medis dalam hal Audit Rekam Medis.
7. Kepala Instalasi Rekam Medis dan Staff terkait layanan administrasi Medikolegal.
8. Dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang merawat dalam hal pelayanan dan perawatan yang diberikan.
9. Dokter lain dan tenaga kesehatan lainnya yang tidak merawat pasien dalam hal penelitian atas persetujuan Direktur atau Direktur Pelayanan Medis.
10. Internship dan Mahasiswa dalam hal pendidikan atas persetujuan Direktur.
11. Pasien dan keluarga yang dicantumkan dalam *general consent* yang diberikan hak akses dalam hal mendapatkan resume medis dan hasil-hasil penunjang.

Informasi Rekam Medis Berdasarkan Hak Akses

1. Dokter memiliki hak akses informasi serta hak akses berkas rekam medis pasien yang pernah dirawat terkait kelengkapan serta kepentingan perawatan kesehatan pasien.
2. Perawat memiliki hak akses terhadap berkas rekam medis pasien yang saat itu sedang dirawat dan yang telah dipulangkan untuk kepentingan kelengkapan berkas
3. Tenaga medis lain selain perawat hanya dapat mengakses berkas rekam medis pasien yang saat itu dalam asuhannya atau untuk kelengkapan pengisian berkas rekam medis pasien yang telah dipulangkan
4. Internship yang sedang melaksanakan kepanitran klinik dan mahasiswa tenaga kesehatan yang melakukan praktek di RS. Advent Bandar Lampung memiliki hak akses terhadap informasi rekam medis dalam hal pendidikan atas persetujuan Direktur.
5. Pasien :
 - a. Permintaan informasi medis terkait dengan data rekam medis pasien diatur sesuai dengan SPO permintaan resume medis
 - b. Rekam medis pasien hanya dapat oleh pasien sendiri dan/atau orang yang telah diberi kuasa oleh pasien untuk mengetahui isi rekam medis (seperti orang tua kandung pasien, orang tua adopsi dan/atau wali yang sah)
6. Aparatur penegak hukum
 - a. Aparatur penegak hukum atas dasar pendapat memperoleh informasi medis pasien dengan mengajukan Visum et Repertum. Permintaan Visum et Repertum diatur secara khusus dalam SPO permintaan Visum et Repertum
 - b. Pengadilan dapat meminta berkas rekam medis yang asli dalam hal pembuktian hukum. Permintaan berkas rekam medis untuk kepentingan pengadilan ini diatur dalam SPO peminjaman berkas rekam medis.

7. Permintaan data medis oleh institusi atau lembaga tertentu :
 - a. Permintaan data medis oleh institusi atau lembaga tertentu dapat dipenuhi sesuai dengan perjanjian antara pihak rumah sakit dan instansi yang terkait dan untuk pemberian resume medis tetap didasarkan pada persetujuan pasien atas pelepasan informasi medisnya.
8. Petugas non kesehatan di RS. Advent Bandar Lampung
 - Bagian kerohanian memiliki hak akses informasi terkait kondisi pasien untuk dilakukan bimbingan kerohanian dengan tetap menjaga kerahasiaan pasien.
 - Bagian keuangan mengakses berkas rekam medis terkait kepentingan pembiayaan perawatan pasien di rumah sakit dan pemenuhan persyaratan klaim asuransi atau perusahaan rekanan.
 - Bagian Elektro Data Prosesing (EDP) memiliki wewenang dalam akses data rekam medis elektronik dalam upaya pengembangan program sistem informasi manajemen RS. Advent Bandar Lampung
 - Hak akses informasi rekam medis setiap petugas terkait dengan pelaksanaan rekam medis elektronik dibatasi sesuai dengan kewenangannya. Bagian SIRS memfasilitasi hak akses tersebut dengan mengaplikasikan sistem *user* dan *password* dalam setiap program

PENYIMPANAN REKAM MEDIS

➤ Permenkes 269 tahun 2008 Pasal 8 ayat 1:

Rekam medis pasien wajib disimpan sekurang-kurangnya untuk jangka waktu lima tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat.

➤ Formulir rekam medis yang tidak boleh dimusnahkan :

1. Resume medis
2. Lembaran operasi
3. Identifikasi bayi baru lahir
4. Surat persetujuan tindakan/*Informed consent*
5. Surat kematian

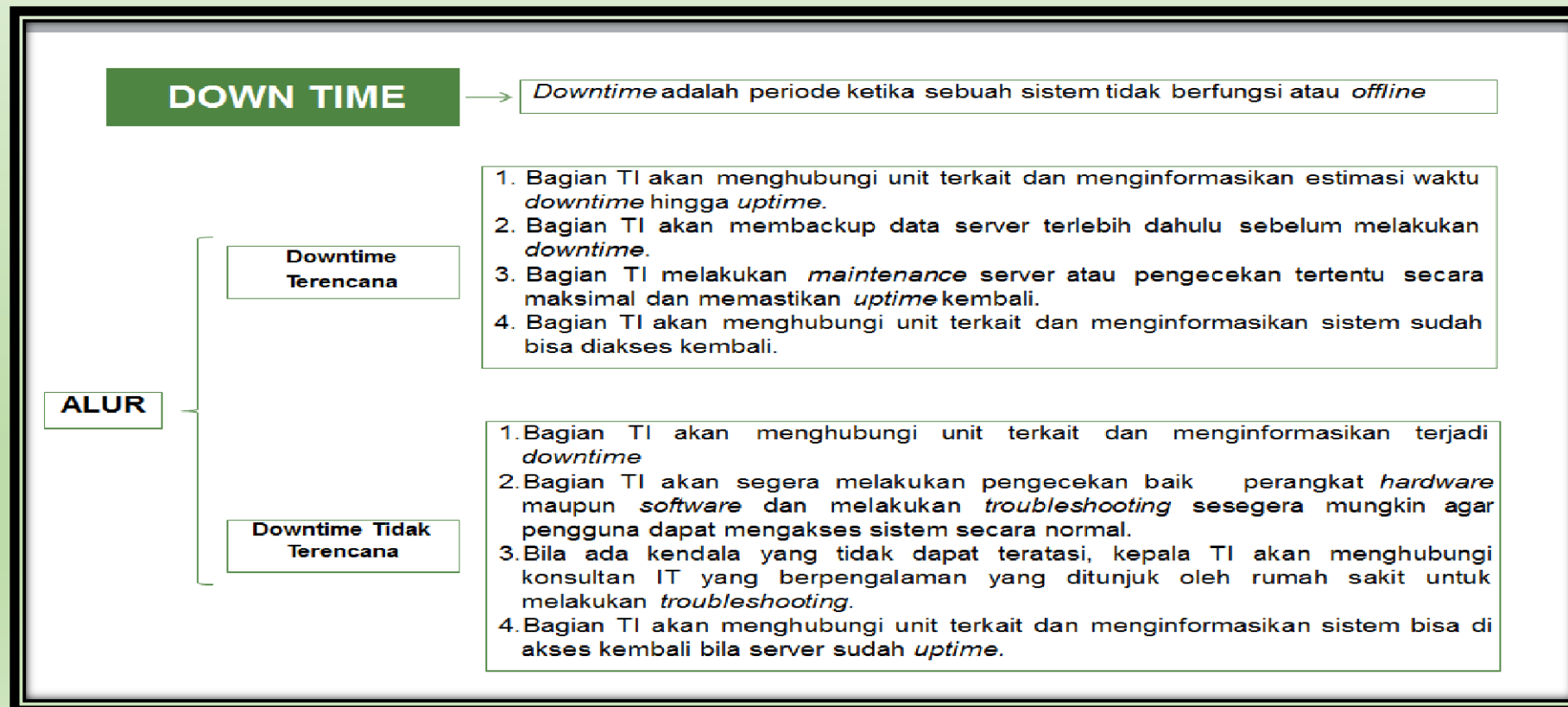
BACK UP DATA RS ADVENT BANDAR LAMPUNG

Back up data merupakan proses membuat data cadangan dengan cara menyalin atau membuat arsip data sehingga dapat digunakan kembali apabila data mengalami kerusakan atau kehilangan.

Back up data RS Advent Bandar Lampung :


1. Ruang IT
2. Clouds

**Ruang back up
server *on process***



AKP

(AKSES KESINAMBUNGAN PASIEN)



SKRINING, TRIASE, PENUNDAAN PELAYANAN

Skrining di luar RS (Penjemputan pasien diluar RS dan melalui sistrute, telepon, serta whatsapp)

Skrining di dalam RS (skrining visual yang dilakukan petugas pendaftaran dan petugas keamanan serta skrining pasien rawat jalan di IGD)

TRIASE : Canadian Triase Scale yang terbagi dalam:

-Non urgent, Urgent, Emergency dan Resusitasi

Resiko jatuh : skala morse untuk dewasa, Ontario untuk Geriatri dan skala Humpti dumpti untuk anak-anak

Penundaan Pelayanan wajib diinformasikan dan diedukasi ke pasien serta di tandatangani oleh pasien/keluarga pada form penundaan pelayanan



PENDAFTARAN DAN PROSES ADMISI

Pendaftaran online rawat jalan dan rawat inap baik pasien rujukan / non rujukan

Pada saat mendaftar Pengisian General consent harus lengkap .

Petugas rawat inap (DOKTER/PERAWAT/BIDAN) harus mengisi dan melengkapi Formulir Pemberian Informasi Pelayanan dan WAJIB di ttd Oleh pasien/Keluarga pasien

Setelah pasien mendapatkan kamar sambil menunggu pasien akan di pasangkan gelang identitas pasien sesuai jenis kelamin, resiko jatuh, alergi, DNR.

IGD

Penanganan pasien maksimal di IGD selama 6 jam untuk OBSERVASI

Ada Prosedur untuk mengatur apabila tidak tersedia tempat tidur yaitu bila bersedia menunggu akan mengisi form penundaan pelayanan karena kamar penuh atau pasien di rujuk ke rs lain.

- SPO penumpukan pasien di IGD
- SPO penundaan pelayanan

DPJP Utama/rawat bersama ditentukan dan di lengkapi di form DPJP. Apabila ada perubahan DPJP, maka dilengkapi form DPJP dan di isi di CPPT.

- SPO DPJP
-
-

TRANSFER

- Transfer pasien antar unit (Pengisian Formulir Transfer dengan lengkap)
 - **WAJIB** Diisi tanda tangan dan tanggal/jam di Formulir Transfer
- Pendamping transfer pasien ditentukan berdasarkan derajat kondisi pasien
 - Derajat 0 : Satpam, Petugas Keliling, Pekarya
 - Derajat 1 : Perawat
 - Derajat 2 : Perawat terlatih / dokter
 - Derajat 3 : Perawat terlatih dan dokter umum / dokter anestesi

RUJUKAN

- Rujukan pasien keluar RS harus sesuai dengan SPO (menghubungi RS rujukan dengan menggunakan sistrute, mencatatkan nama yang menerima pesanan rujukan, mengisi Formulir Rujukan dengan Lengkap, dan Menentukan Ambulance yang akan digunakan)
- Formulir Rujukan diisi lengkap
- Observasi Pasien selama Rujukan
- Tanda tangan dan cap RS yang menerima telepon (RS Rujukan)
- Pengisian Form edukasi pasien yang dirujuk





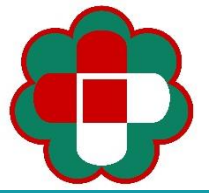
TRANSPORTASI

- Jenis ambulance: Ambulance Jenasah, Ambulance transportasi dan Ambulance Gawat Darurat (Harus ada Monitor EKG dan TENSI, defibrillator, dan ventilator portable)

Penggunaan Ambulance harus disesuaikan dengan kebutuhan pasien, NAMUN , RSABL saat ini belum memiliki ambulance gawat darurat.

Evaluasi proses transportasi saat rujukan (drivernya, pendampingnya, atau hal2 yang terjadi selama proses transportasi)





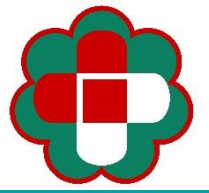
JENIS APAR DI RSABL

Serbuk Kimia Kering/ Dry Chemical Powder

- Untuk kebakaran kelas A,B dan C
- Berisi serbuk kimia kering
- Memiliki indikator tekanan (pressure gauge)

Gas CO2

- Untuk Kebakaran kelas B dan C
- Berisi Gas CO2



PROSEDUR “CODE RED”

1. Aktivasi Code Red

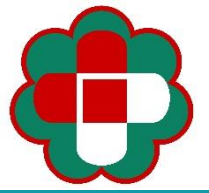
- ❖ Berteriak **CODE RED...CODE RED...CODE RED**
- ❖ Telp Darurat ke No **114**

2. Prinsip 3A

- ❖ **Aman Lingkungan** (Jalur evakuasi petugas & Posisi berdiri searah angin)
- ❖ **Aman Diri** (Jarak aman ke sumber api, 2 meter (api kecil) & 3 meter (api besar))
- ❖ **Aman APAR** (Cek segel, expired date & indicator tekanan)

3. PASS

- ❖ **Pull** the Pin (Tarik kunci pengaman)
- ❖ **Aim** at base of fire (Arahkan corong ke sumber api)
- ❖ **Squeeze** the lever (Tekan tuas)
- ❖ **Sweep** side to side (Sapukan dari sisi ke sisi)



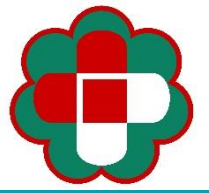
PAPAN JADWAL SIAGA BENCANA (CODE RED)

JADWAL SIAGA BENCANA

UNIT KERJA : PERKANTORAN LT 2
TANGGAL : 17 JUNI 2021

TIM SIAGA (CODE RED)	TIMI PEMADAM	TIMII EVAKUASI PASIEN	TIM III PENYELAMATAN DOKUMEN	TIM IV PENYELAMATAN ASET
PAGI	JEFFRY	JAKA	NAOMI	JULIUS
SORE				
MALAM				

Wajib Update
Tanggal &
Nama Petugas



TIM CODE RED

Petugas Pemadam Api (Topi Merah) - Leader

- Memadamkan api
- Memberi instruksi evakuasi



Petugas Evakuasi (Topi Kuning)

- Memantau kondisi api dan mendengarkan instruksi evakuasi
- Mengevakuasi pasien ke titik kumpul
- Mendata ulang pasien di titik kumpul



Petugas Penyelamat Dokumen (Topi Putih)

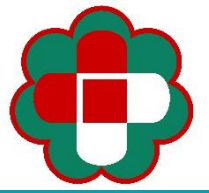
- Menyelamatkan Rekam medis/ kartu pasien
- Membantu evakuasi



Petugas Penyelamat Aset (Topi Biru)

- Menyelamatkan Alkes supporting
- Menonaktifkan peralatan elektronik
- Membantu evakuasi



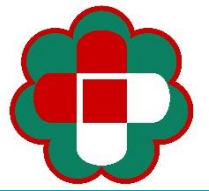


CODE GREEN & TITIK KUMPUL

Code Green (Darurat Evakuasi) dilakukan saat :


- 1. Kebakaran Besar
- 2. Gempa Bumi intens dan kuat
- 3. Ancaman Bom
- 4. Darurat Internal

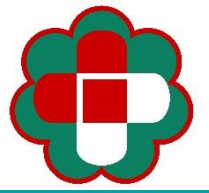
- Titik Kumpul Evakuasi Gempa Bumi di Lantai 1 (Depan IGD)
- Titik Kumpul Evakuasi Kebakaran di Lantai 1 (Depan IGD) untuk Unit Kerja di Lantai 2 & 1
- Titik Kumpul Evakuasi Kebakaran di Lantai 3 (Parkir Lt 3) untuk Unit Kerja di Lantai 5,4 & 3



KODE & TELEPON DARURAT

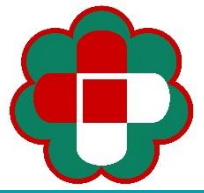


	Pengertian	Informasi Darurat	Telp Darurat
	Darurat kebakaran	Code Red...Nama Ruang...Lantai	114
		Code Red...Nama Ruang...Lantai	
		Code Red...Nama Ruang...Lantai	



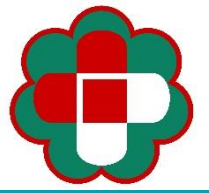
Hlrarki komunikasi darurat/ bencana



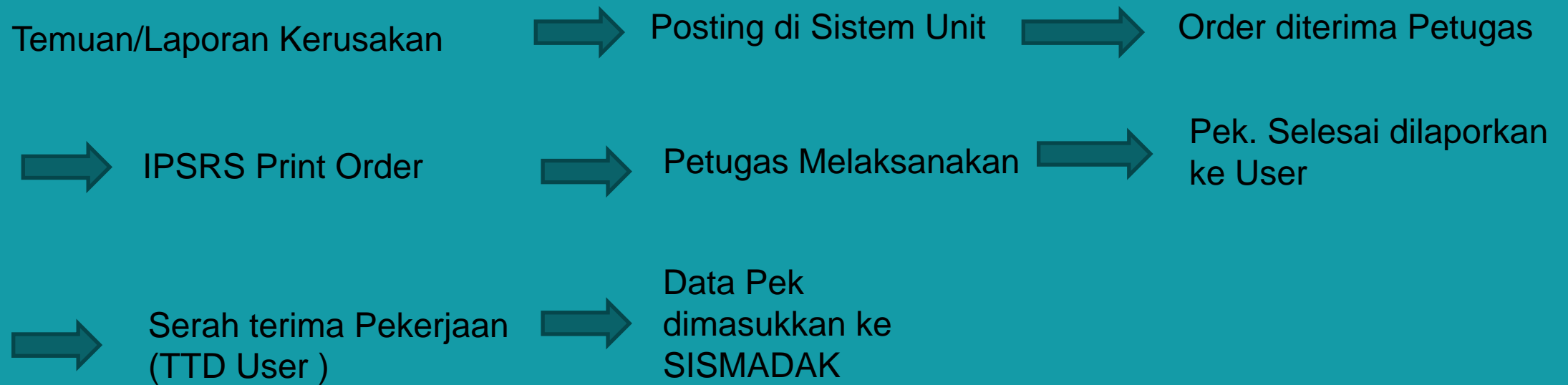


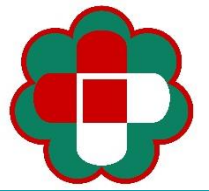
tim siaga bencana RUANGAN/LANTAI

- Tim Siaga Bencana Ruangan merupakan bagian dari Tim Tanggap Darurat RSABL yang mewakili ruangan / lantai masing-masing.
- Tiap instalasi / unit kerja / ruangan memiliki 1 tim Siaga Bencana Ruangan yang terdiri dari 4 Penanggung Jawab yaitu :
 1. Penanggung Jawab Pemadam Api (Leader)
 2. Penanggung Jawab Evakuasi
 3. Penanggung Jawab Dokumen
 4. Penanggung Jawab Aset

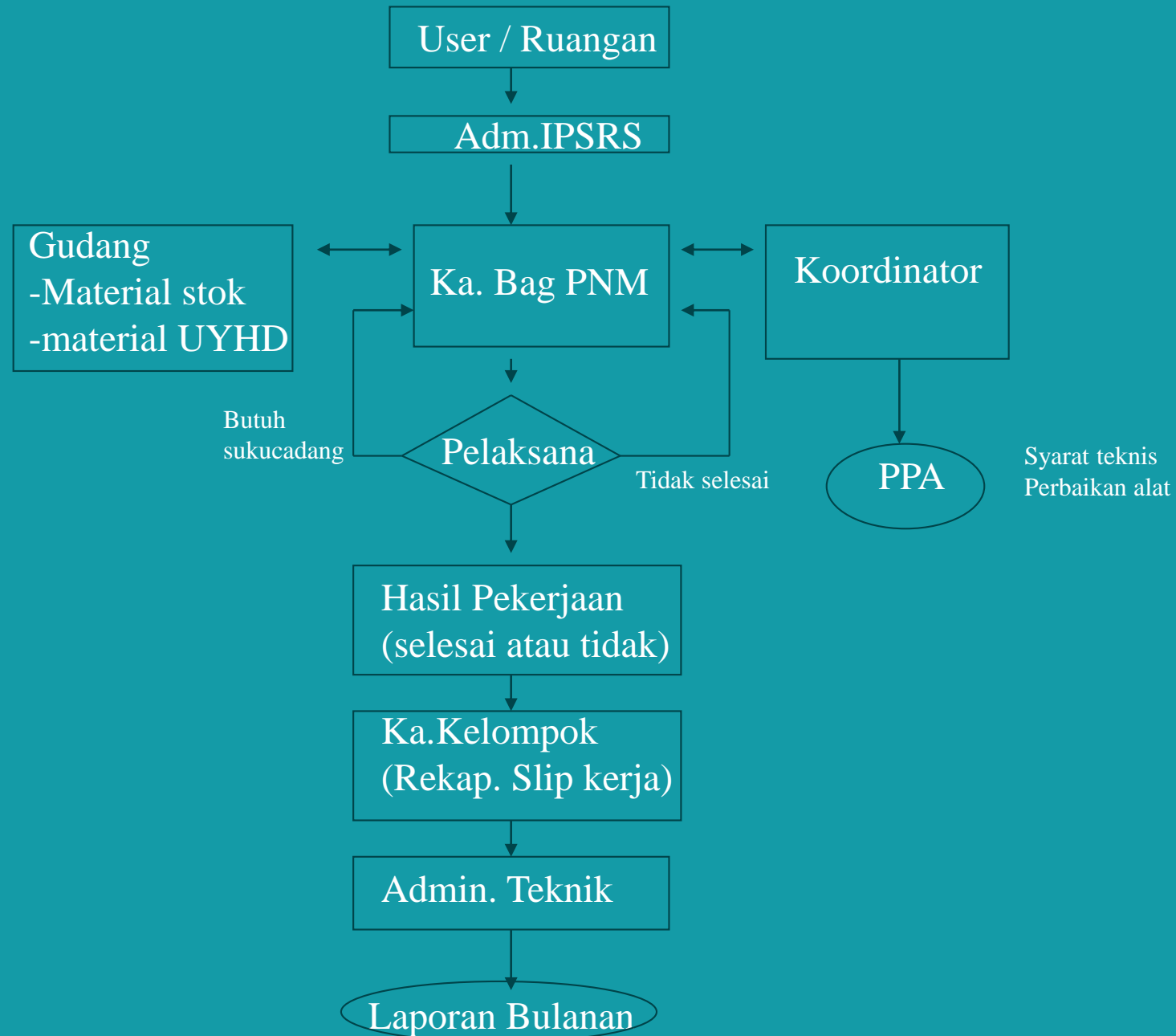


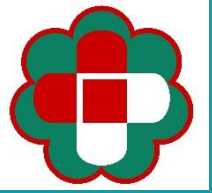
ALUR PELAYANAN RESIKO KESELAMATAN FASILITAS





Alur Pelaksanaan Pekerjaan





Kalibrasi Alat Medis

- **Definisi Kalibrasi** Menurut ISO/IEC Guide 17025:2005 dan *Vocabulary of International Metrology* (VIM) adalah serangkaian kegiatan yang membentuk hubungan antara nilai yang ditunjukkan oleh instrumen ukur atau sistem pengukuran, atau nilai yang diwakili oleh bahan ukur, dengan nilai-nilai yang sudah diketahui yang berkaitan dari besaran yang diukur dalam kondisi tertentu. Dengan kata lain kalibrasi adalah kegiatan untuk menentukan kebenaran konvensional nilai penunjukkan alat ukur dan bahan ukur dengan cara membandingkan terhadap standar ukur yang mampu telusur (*traceable*) ke Standar Nasional maupun internasional untuk satuan ukuran dan/atau internasional dan bahan-bahan acuan tersertifikasi yang dilakukan minimal 1(satu) tahun sekali, setelah alat diperbaiki, dan untuk alat besar yang baru dipindahkan.
 - *Peraturan Pemerintah No. 43 tahun 2001, tentang Tarif Pengujian BPFK*
 - *Kepmenkes No. 394 tahun 2001, tentang Instistusi Penguji Swasta*
 - *Permenkes No. 1184 tahun 2001, tentang Pengamanan Alat Kesehatan dan Perbekalan Kesehatan RT.*
 - *Akreditasi Rumah Sakit dan ISO 9001*
 - *Peraturan Bapeten, Batan, dan Depnakertrans.*