

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : **Senin/29 Februari 2016**
Tempat : **Ruang Sekretariat Akreditasi**
Topik : **Bimbingan Pokja APK (Akses Pelayanan dan**
Kontinuitas Pelayanan)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Pada Pokja APK ada 23 standar dan 85 elemen penilaian
4. Admisi RS : (Pembuatan SPO)
 - IGD
 - Poliklinik
 - Ponek/Kebidanan
 - OK
5. Skrining/ triase : kuning, merah
Saat pasien masuk ada panduan/pedoman dan bagaimana cara pendaftaran pasien rawat jalan, gelang pasien, rawat inap, penundaan pelayanan pengobatan, pemulangan pasien, transfer pasien dibuat SPO nya oleh sasaran keselamatan pasien (SKP).
6. SPO yang lama atau yang utuh akan direvisi
7. Membuat panduan secara umum alur pasien yang datang ke loket mulai urutan pasien BPJS yang kalau datang berobat harus membawa persyaratannya dan menunjukkan kartu BPJS
8. Pembuatan SK direktur tentang sreaning pasien
9. Pembuatan SOP terdiri dari : Pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, unit terkait
10. Pembagian tugas pokja APK :
 1. Screaning pasien oleh karmila
 2. Pasien rawat inap/jalan oleh irma
 3. SPO pemulangan pasien oleh ibu paido
 4. Informasi pelayanan oleh dr. Emma
 5. Penundaan pasien oleh dr. Louise
 6. Transportasi RS oleh henra
11. Didalam SPO apa yang kita lakukan itu yang kita tulis
12. APK berkaitan dengan : TKP, APK, PP, MKI, HPK, PPK
- 13.

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Senin/14 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja APK (Akses Pelayanan dan
Kontinuitas Pelayanan)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik dokter
4. Permenkse No 290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran
5. UU No.29 Thn 2004 tentang praktik kedokteran
6. UU No.36 Thn 2009 tentang kesehatan
7. UU No.44 Thn 2009 tentang rumah sakit
8. Peraturan Pemerintah No.32 Thn 1996 tentang tenaga kesehatan Membuat alur masuk pasien rawat inap dan rawat jalan secara umum
9. Alur rawat jalan mulai pasien datang sampai pasien pulang
10. Alur rawat jalan mulai dari pasien poli atau rujukan dari luar Rumah Sakit atau pasien datang langsung ke IGD dan sampai pasien pulang
11. SK kebijakan direktur tentang screaning pasien
12. Skrining/ triase : kuning, merah
Saat pasien masuk ada panduan/pedoman dan bagaimana cara pendaftaran pasien rawat jalan, gelang pasien, rawat inap, penundaan pelayanan pengobatan, pemulangan pasien, transfer pasien dibuat SPO nya oleh sasaran keselamatan pasien (SKP).
13. SPO yang lama atau yang utuh akan direvisi
14. Membuat panduan secara umum alur pasien yang datang ke loket mulai urutan pasien BPJS yang kalau datang berobat harus membawa persyaratannya dan menunjukkan kartu BPJS
15. Pembuatan SK direktur tentang sreaning pasien
16. Pembuatan SOP terdiri dari : Pengertian, tujuan, kebijakan, prosedur, unit terkait

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Rabu/23 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi

Topik : Bimbingan Pokja APK (Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. SPO yang lama akan di revisi
4. Pelatihan : transper Pasien, diklat pemakaian gelang, triase
5. Mencari contoh panduan secara umum, alur penerimaan pasien rawat jalan/inap, contoh: mulai pasien datang keloket dan pasien BPJS menunjukkan kartu BPJS dll
6. Kebijakan dibuat yaitu pendaftaran rawat jalan/inap
7. APK saling terkait dengan : TKP, AP, PP, MKI, HPK, PPK
8. Revisi SK kebijakan dan prosedur triase dan prodesur penanganan triase
9. Perlu pelatihan : Triase, BHD, BTCLS, EKG, Transfer pasien
10. Kebijakan screening pasien dibuat untuk menentukan kebutuhan pelayanan dan kebijakan pemeriksaan Lab yang rawat inap juga harus dibuat dan penunjang medis
11. Buku saku panduan komunikasi efektif, komunikasi antar dokter dengan perawat disebutkan menyeluruh
12. Dalam komunikasi yang paling penting diperhatikan adalah komunikasi S-B-A-R
13. Pemeriksaan yang dianjurkan misalnya HIV
14. CT.Scan biayanya di informasikan berapa tarifnya pada pasien
15. Di IGD harus disosialisasikan mana diaknosa yang bisa diklaim dan mana yang tidak
16. Perincian biaya penunjang medis harus dibuat
17. Dalam APK 2 harus membuat kebijakan direktur tentang DPJP
18. Dalam APK 3 yaitu pemulangan pasien, RM, kriteria pasien yang dipulangkan
19. Formulir keinginan pasien memilih DPJP rawat inap
20. Formulir laporan serah terima pasien pindah ruangan
21. Surat pendelegasian tugas
22. Panduan triase
23. Screening pasien dibuat kebijakannya bahwa setiap pasien melakukan sceraning contoh dari rumah sakit subroto
24. Alur pelayanan rawat jalan dan rawat inap dicocokkan dengan BLUD
25. Triase disesuaikan dengan alur IGD

26.

Gelang pasien

warna merah tandanya gawat darurat, warna kuning tidak darurat, warna hijau tidak gawat tidak darurat dan warna hitam meninggal

27. Panduan untuk transfer pasien : moderat 1, kebijakan, surat rujukan, derajat pasien ada

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Selasa/01 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja AP (Asesmen Pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Pada Pokja AP ada 22 standar dan 74 elemen penilaian
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/ Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medik
5. Undang-undang RI No. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
6. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 375/ Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi radiografer
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 369/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi bidan
8. Permenkes RI No. 1438/Menkes/PER/IX/2010 tentang standar pelayanan kedokteran
9. Pembuatan SPO :
 - Asesmen gizi
 - Asesmen nyeri
 - Asesmen risiko jatuh
 - Asesmen pasien tahap terminal
 - Asesmen rencana pemulangan pasien
 - Asesmen ulang
10. Pembuatan kebijakan RS tentang pelayanan laboratorium, pengorganisasiannya, pedoman pelayanan laboratorium
11. Pembuatan kebijakan RS tentang pelayanan radiologi, pengorganisasiannya, pedoman pelayanan radiologi.
12. Sebaiknya pengelola makanan pakai tudung kepala dan minimal 2 menu/hari
13. Istilah dalam Akreditasi IAR : informasi, analisa, rencana
14. Istilah dalam akreditasi CPPT : catatan perkembangan pasien terintegrasi
15. Istilah PPA : profesional pemberi asuhan
16. Istilah SOAP : subjek, objektif, asesmen, planning
17. Fokus area ada 5 : pemberi pelayanan, rencana pelayanan, pelayanan pasien resti
18. Seharusnya gizi klinis ada keliling pada saat pertama masuk dan pertengahan pasien masuk
19. Permenkes RI No. 83 tahun 2014 tentang unit transfusi darah, bank darah RS dan jejaring pelayanan transfusi darah
20. AP berkaitan dengan : MPO, KPS, APK, PP, PAB, MKI. TKP, MFK, HPK, PPI, SKP

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Selasa/15 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja AP (Asesmen Pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Membuat panduan asesmen pasien yang meliputi :
 - a. Asesmen pasien medis, keperawatan dan gizi
 - b. Asesmen awal pasien rawat inap
 - c. Asesmen pasien rawat jalan
 - d. Asesmen ulang pasien
 - e. Asesmen individual
 - f. DPJP
 - g. Rekam medik
 - h. Case manager
4. Membuat alur masuk pasien rawat inap
5. Membuat alur masuk pasien rawat jalan
6. Alur rawat jalan mulai dari pasien datang ke poli, rujukan dari luar, pasien datang langsung ke IGD sampai pasien pulang
7. Membuat catatan keperawatan
8. Asesmen nyeri / skala nyeri / tabel comport scale
9. Kebijakan direktur tentang pengelolaan pasien yang mengalami nyeri
10. UU No.29 Thn 2004 tentang praktik kedokteran
11. UU No.36 Thn 2009 tentang kesehatan
12. UU No.44 Thn 2009 tentang rumah sakit
13. Peraturan Pemerintah No.32 Thn 1996 tentang tenaga kesehatan
14. Form surat pernyataan pulang APS
15. Surat persetujuan umum / General consent tentang persetujuan untuk perawatan dan perobatan
16. Form penyimpanan barang berharga milik pasien
17. Form surgical safety checklist
18. Form asesmen nyeri / asesmen ulang nyeri

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Kamis/24 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja AP (Asesmen Pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Keputusan Menteri Kesehatan RI No.375/Menkes/SK/III/2007 tentang standar profesi radio grafer
4. Keputusan Menteri Kesehatan No.369/Menkse/SK/III/2007 tentang standar prifesi bidan
5. Istilah dalam akreditasi CPPT (catatan perkembangan pasien terintegrasi) dimana dalam CPPT ini meliputi identitas pasien dan hasil pemeriksaan, analisis, rencana penatalaksanaan pasien dan ditulis dengan format S-O-A-P
6. Dalam membuat suatu panduan acuannya Permenkes, UU
7. Asesmen awal dilakukan tidak boleh lebih dari 24 jam, dibuat kebijakannya lalu S-O-P
8. Sebaiknya pengelola makanan harus memakai tudung kepala dan minimal 2 menu per hari
9. Panduan praktik klinis (PPK), IAR (Informasi Analisa Rencana), PPA (Profesional Pemberi Asuan, SOAP (Subjek Objektif Asesmen Planning)
10. Dalam pokja PP ada 22 standar dan 74 elemen
11. Gizi klinis diperhatikan saat pasien pertama masuk serta pertengahan pasien dirawat
12. Pelayanan darah diatur dalam Permenkes No.7 Thn 2011
13. Tim medis reaksi cepat yaitu anestesi dan perawat yang dilatih
14. Permenkes RI No. 83 tahun 2014 tentang unit transfusi darah, Bank Darah RS dan jejaring pelayanan transfusi darah
15. Membuat pedoman/kebijakan pelayanan pada tahap pasien terminal (akhir hidup) yang memuat asesmen pasien, bahwa pasien dengan penyakit terminal dilayani dengan hormat dan respek dan juga mengikutsertakan keluarga pasien dalam semua aspek pelayanan

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Kamis/03 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja PP (Pelayanan pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes RI No.812/Menkes/Per/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan
4. UU RI No. 44 Thn 2009 tentang Rumah Sakit
5. UU RI No. 29 Thn 2004 Tentang praktik kedokteran
6. UU No. 36 Thn 2009 tentang kesehatan
7. Permenkes RI No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran
8. Permenkes RI No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang standar pelayanan kedokteran
9. Permenkes RI No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan pratik kedokteran
10. Permenkes RI No. 26 tahun 2013 tentang penyelenggaraan pekerjaan dan praktik tenaga gizi
11. Peraturan Pemerintah No. 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 374/Menkes/SK/III/2007 standar profesi Gizi
13. Daftar menu makanan harus ada 2 pilihan selama ini hanya satu pilihan
14. Bimbingan dengan direktur setiap pokja harus sudah ada dokumen
15. Panduan klinik pathway
16. Mendidik pasien tahap terminal
17. Pelatihan yang diperlukan : Pelayanan pada pasien tahap terminal dan pelatihan nyeri
18. Panduan nutrisi harus dibuat
19. PP berkaitan dengan : MPO, KPS, APK, AP, PP, PAB, MKI, HPK, PPK
20. Membuat kebijakan dan panduan manajemen nyeri
21. Form pengkajian nyeri dalam rekam medis

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Rabu/16 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja PP (Pelayanan pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes RI No.812/Menkes/Per/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan
4. Membuat kebijakan mengidentifikasi pasien yang pelayanan resiko tinggi mis : pasien dialisis, penggunaan darah
5. Kebijakan dan prosedur harus dibuat secara khusus untuk kelompok pasien yang beresiko tinggi, agar tepat dan efektif dalam mengurangi risiko terkait
6. Pedoman klinis dan clinical pathway untuk menyusun kebijakan dan SOP
7. Kebijakan asuhan pasien gawat darurat dan panduan prosedur pelayanan pasien gawat darurat
8. Kebijakan/panduan /SOP pelayanan resusitasi
9. Asuhan pasien dengan penyakit menular diarahkan oleh kebijakan dan prosedur yang sesuai
10. Kebijakan/panduan/ SOP pasien dialisis, pelayanan pasien yang mendapat kemoterapi atau pengobatan risiko tinggi lain
11. Membuat panduan dan kebijakan pelayanan gizi
12. SPO pemberian edukasi
13. Pembuatan formulir edukasi
14. Membuat daftar menu makanan pasien rawat inap
15. Membuat form pengkajian status gizi dalam rekam medis
16. Membuat jadwal pemberian makanan
17. Membuat Kebijakan dan pedoman pelayanan gizi
18. Prosedur penyiapan makanan, penyimpanan makanan dan penyaluran makanan
19. Pada asesmen awal pasien diperiksa untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi dan pasien tersebut akan dikonsulkan ke nutrisisionis untuk asesmen lebih lanjut bila ternyata ada risiko nutrisi dibuat rencana terapi gizi

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Senin/28 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi

Topik : Bimbingan Pokja PP (Pelayanan pasien)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes RI No.812/Menkes/Per/VII/2010 tentang penyelenggaraan pelayanan dialisis pada fasilitas pelayanan kesehatan
4. UU RI No. 44 Thn 2009 tentang Rumah Sakit
5. UU RI No. 29 Thn 2004 Tentang praktik kedokteran
6. UU No. 36 Thn 2009 tentang kesehatan
7. Permenkes RI No.290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran
8. Permenkes RI No. 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang standar pelayanan kedokteran
9. Permenkes RI No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan pratik kedokteran
10. Daftar menu makanan harus ada 2 pilihan selama ini hanya satu pilihan
11. Bimbingan dengan direktur setiap pokja harus sudah ada dokumen
12. Panduan klinik pathway
13. Mendidik pasien tahap terminal
14. Pelatihan yang diperlukan : tahap - tahap pasien terminal dan pelatihan nyeri
15. Panduan nutrisi harus dibuat

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Senin/7 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja PAB (Pelayanan Anastesi dan Bedah)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Pada Pokja PAB ada 14 standar dan 51 elemen penilaian
4. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 519/MENKES/PER/III/2011 TENTANG PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN TERAPI INTENSIF DI RUMAH SAKIT
5. Membuat MOU ke pandan tentang pergantian dr. Anestesi
6. Pembagian tugas dari BAB 1-6 dr. Anestesi dan BAB 7 dr. Didong
7. Membuat pernyataan persetujuan tindakan OPS Dicantumkan
dalam bentuk RM
Membuat pernyataan penolakan tindakan pembiusan biar di
plenokan nanti
8. Membuat laporan operasi
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.519/Menkes/SK/VIII/2008 tentang standar pelayanan anestesiologi dan reanimasi di Rumah Sakit
9. Permenkes No.512/Menkes/Per/IV/2007 tentang izin praktik dan pelaksanaan praktik kedokteran
10. Permenkes No.290/Menkes/Per/II/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran
11. Membuat SOP : kunjungan pra anestesi, pemantauan anestesi lokal, penilaian pra induksi, laporan operasi, perencanaan pembedahan, pemastian pasien pra pembedahan di kamar operasi, tepat prosedur pembedahan di kamar operasi, cara menjahit luka, transportasi pasien pasca bedah, manajemen nyeri pasien operasi dan penilaian nyeri operasi
12. Alur pasien pra operasi mulai dari pasien poli, luar rumah sakit, registerasi, IGD, pasien rawat inap, OK (1 jam sebelum operasi), RR, ICU
13. PAB berkaitan dengan : MPO, TKP, AP, PP, MKI, HPK
14. Membuat panduan daftar pelayanan anestesi, sedasi moderat/dalam
15. Regulasi tentang pelayanan anestesi di RS
16. Daftar PPK sedasi, surat kewenangan klinis, asesmen prasedasi dalam rekam medis pasien, hasil pemantauan pasien selama sedasi dan kriteria untuk pemulihan dari sedasi
17. Ada bukti pencatatan asesmen praanestesi dan prainduksi dalam rekam medis dan bukti pencatatan perencanaan pelayanan anestesi dalam RM
18. Regulasi pemberian informasi dan persetujuan tindakan kedokteran
19. Regulasi pelayanan bedah tentang kewenangan klinis, dan asesmen pra operasi dalam RM
20. Formulir informed consent
21. Formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran
22. SOP prosedur bedah dan tentang laporan operasi dalam RM pasien

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : **Jumat/18 Maret 2016**
Tempat : **Ruang Sekretariat Akreditasi**
Topik : **Bimbingan Pokja PAB (Pelayanan Anestesi dan Bedah)**

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati

2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Pada Pokja PAB ada 14 standar dan 51 elemen penilaian
4. Membuat panduan pelayanan anestesi yang mengacu pada PMK 519/Menkes/Per/III/2011 tentang pedoman penyelenggaraan pelayanan anesthesiologi dan terapi intensif di RS
5. SOP meliputi : prosedur penandaan sisi operasi, pengelolaan pasca anestesi dan sedasi, dan layanan anestesi untuk kedaruratan
6. UU RI No.44 Thn 2009 tentang rumah sakit
7. Pedoman penjabaran kewenangan klinis anesthesiologi dan terapi intensif Indonesia
8. Pelatihan BHD
9. PAB mempunyai 51 elemen dan 14 standar
10. Membuat MOU antara RSUD dengan Pemerintah Sibolga tentang pergantian dokter anestesi
11. IAR (Informasi Analisa Rencana) : menetapkan diagnosa, asuhan pasien dan monitoring
12. Selama pasien belum sadar masih ditangani dr anestesi
13. SOP meliputi : prosedur penandaan sisi operasi, pengelolaan pasca anestesi dan sedasi, dan layanan anestesi untuk kedaruratan
14. UU RI No.44 Thn 2009 tentang rumah sakit
15. Pedoman penjabaran kewenangan klinis anesthesiologi dan terapi intensif Indonesia
16. Pelatihan BHD
17. PAB mempunyai 51 elemen dan 14 standar
18. Membuat MOU antara RSUD dengan Pemerintah Sibolga tentang pergantian dokter anestesi
19. IAR (Informasi Analisa Rencana) : menetapkan diagnosa, asuhan pasien dan monitoring
20. Selama pasien belum sadar masih ditangani dr anestesi

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Rabu/30 Maret 2016

Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi

Topik : Bimbingan Pokja PAB (Pelayanan Anastesi dan Bedah)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. PAB 1 s/d 6 dr anestesi dan PAB 7 dr didong

4. Rencana perawat / nursing planning
5. Pembuatan formulir pasca operasi dengan sebaiknya meliputi nama prosedur / diaknosa pasca bedah, nama dokter, nama asisten di dalam dan cacatan singkat setelah operasi dari dr THT, Mata, Kebidanan, Bedah
6. Direvisi RM anestesi yang sekarang karena banyak yang tidak penting dimasukkan
7. Mencari SK peraturan mutu dan etika dari hukum
8. Pedoman dulu dicari baru SOP
9. PAB 2 mengenai persyaratan ketua tim anestesi dan uraian tugas dibuat panduan dan kebijakannya
10. Kunci dalam komunikasi yaitu SBAR
11. Dibuat kebijakan / panduan siapa-siapa yang boleh melaksanakan operasi lokal
12. Kebijakan sedasi
13. Kompetensi kewenangan klinis anestesi berupa batasan yang boleh di kerjakan di RS
14. Kapan asesmen sedasi yaitu bahwa selama pelaksanaan operasi harus ada pemantauan
15. Pra induksi siapa yang bisa melakukannya
16. Memonitoring selama proses pembedahan
17. Masalah yang ada terjadi di ruang OK :
 - Wondeker tidak sinkron dengan BJPS / Bedah sehari
 - Persiapan operasi yang terjadi dilapangan yaitu masih ada pasien yang masih memakai gigi palsu, pasien tidak klisma, pasien tidak puasa
 - Membuat standar ruang OK yang sebenarnya
 - Sarana / prasarana harus dirubah
 - Wondeker / bedah sehari biar membicarakannya ke BPJS karena unit bedah sehari untuk kendali mutu dan biaya
 - Moderat sedasi harus diobservasi beberapa jam / dibuat SOP nya
 - Panduan praktik klinis / klinical pathway yang ditanda tangani direktur
 - Rancang keluar masuk pasien operasi diruang kamar operasi
 - RR harus ada pegawai lagi
 - SOP transfer pasien dari Ponak ke OK dan ke Melati
 - SOP Epidural : kebijakan tentang epidural dibuat

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Jumat/11 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja MKI (Manajemen Komunikasi dan Informasi)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes No. 269/Menkes/Per/II/2008 tentang RM
4. Standar promosi kesehatan di rumah sakit (PKRS)
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI no. 1426/Menkes/SK/XII/2006 tentang petunjuk teknis promosi kesehatan rumah sakit (PKRS)
6. Formulir penolakan tindakan kedokteran
7. Formulir penerima informasi kondisi pasien
8. Penyimpanan / retensi berkas RM

9. Perlindungan RM dari kehilangan dan kerusakan
10. Perlindungan Rm dari akses penggunaan tidak sah
11. Program kerja PKRS / SK PKRS harus dibentuk
12. Bahan materi edukasi dan program kerja edukasi serta program kerja RM harus dibuat
13. Daftar simbol dan singkatan termasuk yang tidak boleh digunakan
14. Mengadakan pelatihan manajemen dan komunikasi efektif
15. Membuat pedoman pengorganisasian RM, PKRS, Pelayanan PKRS, Pelayanan RM
16. Membuat panduan tentang komunikasi yang efektif dalam pemberian informasi dan edukasi
17. SPO : pemberian informasi dan pelaporan data cakupan rumah sakit
18. Membuat leaflet tentang pelayanan yang ada di rumah sakit dan alur biaya secara umum seperti harga CT.Scan, foto thorax, dll (biayanya diinformasikan berapa)
19. Perencanaan RS sebaiknya menyediakan ahli gizi
20. Banyak pasien yang kolesterol tinggi kita bisa membuat leaflet
21. Medikak Check-up harganya dibuat
22. MKI berkaitan dengan : MPO, PMKP, TKP, APK, AP, PP, PAB, HPK, PPI, SKP

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Selasa/22 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja MKI (Manajemen Komunikasi dan Informasi)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. Permenkes RI No.004 Thn 2012 tentang petunjuk teknis PKRS
4. Alur berkas RM mulai pasien registrasi
5. Komunikasi SBAR (Subjek Background Asesmen Reagen)
6. Perincian biaya dibuat
7. Formulir keinginan pasien memilih DPJP rawat inap
8. Rintangan dalam komunikasi dalam pelayanan pada pasien apabila pasiennya suku nias jadi harus dipanggil pasien yang suku nias jika keluarga pasien tidak ada
9. Semua RM akan dikumpulkan mana yang dipakai untuk pasien itu yang akan diplenokan

10. Form surat pendelegasian tugas
11. Form laporan serah terima pasien pindah ruangan
12. SK Direktur tentang peningkatan komunikasi yang efektif di RSU
13. Permenkes No 012/Menkes/Per/III/2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit
14. Kebijakan peningkatan komunikasi yang efektif dibuat
15. Buat panduan komunikasi lisan melalui via telepon
16. Buku saku komunikasi efektif RS Sulaiman dicari di internet
17. Buat SK Direktur tentang kebijakan kerahasiaan RM di RS
18. Panduan pelayanan Rekam Medik
19. Cari buku saku komunikasi efektif
20. SPO penyimpanan RM
21. SPO pemberian informasi
22. Pemberian kode diagnosa mis : 2.1 kode hipertensi
23. Membuat leaflet tentang biaya secara umum/secara garis besar tentang biaya CT.Scan, USG, Thorax Foto dll
24. Membuat kebijakan jam poliklinik
25. Membuat kode biru/SOP (gawat darurat)
26. Membuat kode merah/SOP (kebakaran)
27. Panduan praktek klinik (PPK)

NOTULEN RAPAT

Hari / Tanggal : Kamis/31 Maret 2016
Tempat : Ruang Sekretariat Akreditasi
Topik : Bimbingan Pokja MKI (Manajemen Komunikasi dan Informasi)

1. Rapat dibuka oleh Ketua Akreditasi oleh dr. Ratnawati
2. Bimbingan dan arahan telah disampaikan oleh Ketua Akreditasi dan Wakil Ketua III oleh dr. Hotma Nauli Hutagalung, M.Kes
3. SOP komunikasi via telepon
4. Membuat kode Hitam Mis : penculikan bayi untuk itu agar semua gerbang ditutup
5. MKI 8 mengenai isi RM
6. Membuat daftar nama dokter, daftar pelayanan, jam besuk, jam poliklinik, brosur, proses pelayanan
7. Membuat Visi Misi Rumah Sakit , keunggulan RS yaitu poliklinik DM
8. MKI 2 : tentang denah RS
9. Membuat rapat penyuluhan, daftar direktur, daftar rapat karu, dan notulennya harus ada
10. Memperpanjang kerja sama yang sudah berakhir dimana ada yang masih aktif dan ada yang masih di proses
11. Apakah rujukan parsial diteruskan
12. Jam visite dokter diruangan dibuat surat edaran
13. Merevisi SK PMKP (peningkatan mutu dan keselamatan pasien), SK Etika RS dan Hukum, SK PKRS, Tim Ponek
14. UU No 7 tahun 1971 tentang ketentuan -ketentuan pokok kearsipan
15. Peraturan pemerintah No 10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran
16. Pedoman pelayanan unit kerja pemberi informasi
17. Regulasi RS, kode diagnosis, kode prosedur/tindakan

18. SPO pemusnahan dokumen RM
19. Dibuat 2 hari ketentuan memulangkan status pasien tetapi sudah di isi dibuat kebijakannya
20. MOU hanya bisa melihat resume tidak semua bisa dilihat di status
21. Dibuat formulir peminjaman status
22. Ada surat dan soft copy baru di musnahkan dan ada ketentuan berapa lama di simpan status pasien
23. MKI 3 tentang profil pelayanan berkaitan dengan PPK
24. PKRS perlu dibentuk ketua/ panitiannya
25. PPA (profesional pemberi asuhan) mulai dari dokter, perawat dll
26. Asesmen dulu baru pelayanan
27. IAR (informasi analisa rencana)
28. Berkas RM transfer pasien dirujuk keluar, laporan serah terima pasien