KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO
Jln. KRT. dr. Soeradji Tirtonegoro No. 1 Klaten
Telp : (0272) 321020 Fax : (0272) 321104 E-mail : rsupsoeradji_klaten@yahoo.com
RSST

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT dr. SOERADJI TIRTONEGORO
NOMOR : HK.02.03/II.1/ 18527 /2018

TENTANG

PELAYANAN RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT dr. SOERADJI TIRTONEGORO

Menimbang :

a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro, maka dipandang perlu penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
b. bahwa agar pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dapat terlaksana dengan baik, maka perlu adanya suatu Kebijakan tentang Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagai landasan bagi penyelenggaraan seluruh pelayanan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam butir a dan b tersebut di atas, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Utama;

Mengingat :

1. Undang-Undang RI Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
2. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004, Tentang Praktek Kedokteran;
3. Undang-Undang Nomor :14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
4. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
6. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
7. Undang Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
8. Peraturan Presiden Nomor : 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1204/MENKES/SK/X/2004, Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1101/MENKES/SK/IX/2007 tanggal 26 September 2007 tentang Susunan dan Uraian serta Tata Hubungan Kerja RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;
14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit;
15. Keputusan Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal Nomor 5/1/10/KES/PMDN/2018 tanggal 26 Januari 2018 tentang Izin Operasional Rumah Sakit Umum Pusat dr. Soeradji Tirtonegoro Sebagai Rumah Sakit Umum Pusat Kelas A;

Memperhatikan : 1. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1 2018 oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
2. Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.03.06/II.1/13306/2014 tentang Kebijakan Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro;

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PELAYANAN RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO.

KESATU : Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum Menetapkan, sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

KEDUA : Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu, agar dilaksanakan dan digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KETIGA : Dengan diberlakukannya Keputusan ini, maka Keputusan Direktur Utama Nomor : HK.03.06/II.1/13306/2014 tentang Kebijakan Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro dinyatakan dicabut dan tidak berlaku lagi.

KEEMPAT : Segala biaya yang timbul terkait dengan Keputusan ini dibebankan pada DIPA RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

KELIMA : Keputusan ini berlaku 3 (tiga) tahun ke depan terhitung mulai tanggal ditetapkan, dengan catatan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penetapan ini, akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Klaten
Pada tanggal : 4 Oktober 2018

DIREKTUR UTAMA



ENDANG WIDYASWATI

Lampiran : Keputusan Direktur Utama RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro
Nomor : HK.02.03/II.1/ /2018
Tanggal : Oktober 2018
Tentang : Pelayanan RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro

PELAYANAN RSUP dr. SOERADJI TIRTONEGORO

A. PENGERTIAN

1. **Rumah Sakit** adalah Institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit).
2. **Rumah Sakit Umum** adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang dan jenis penyakit (Permenkes No. 56 Tahun 2014 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit).
3. **Pelayanan Kesehatan** adalah suatu sistem lembaga, orang, teknologi dan sumber daya yang dirancang untuk meningkatkan status kesehatan suatu populasi (Adikoesoemo, 1997).

B. TUJUAN

1. Sebagai acuan dalam memberikan pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
2. Sebagai acuan dalam penyusunan regulasi di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.
3. Untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro.

C. KEBIJAKAN

1. Kebijakan Pelayanan Kesehatan (Medis, Keperawatan, Penunjang)

a. Pelayanan kesehatan harus diberikan kepada pasien sesuai ilmu kedokteran, keperawatan, farmasi, nutrisi yang teruji paripurna dan terjangkau.
b. Pelayanan kesehatan dalam mengupayakan kesembuhan dilakukan secara optimal dan dapat dipertanggung jawabkan.
c. Pelayanan kesehatan dilakukan secara komprehensif dan holistik mulai dari promosi kesehatan, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
d. Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada panduan praktik klinis (PPK) yang telah ditetapkan di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten.
e. Dalammelakukan pelayanan kesehatan semua pihak harus selalu memperhatikan konsep keselamatan pasien dan berfokus pasien.
f. Program kebijakan pemerintah tentang SDGs (*Sustainable Development Goal's*)

2. **Jenis Pelayanan yang tersedia di RSUP dr. Soeradji Tirtonegoro Klaten :**

Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.

Jenis pelayanan yang tersedia :

a. Pelayanan Rawat Jalan

1) Waktu pelayanan

a) Poliklinik Reguler Pagi

- Senin s/d Kamis Pukul 07.30 – 16.00 wib
- Jum'at Pukul 07.30 – 14.00 wib

b) Poliklinik Rosela

Buka setiap hari Pukul 07.30 – 16.00 wib

Khusus Hari Minggu dan Hari Besar Tutup

2) Jenis Pelayanan yang Tersedia

a) Poliklinik Spesialis

(1) Klinik Bedah :

- Bedah Umum
- Bedah Digestif
- Bedah Anak
- Bedah Plastik.
- Bedah Saraf

(2) Klinik Ortopedi

(3) Klinik Bedah Urologi

(4) Klinik Penyakit Dalam :

- Penyakit dalam Umum
- Giriatri / Lansia
- Ginjal Hipertensi

(5) Klinik Anak

- Anak Umum
- Hemato Onkologi

(6) Klinik Bayi / Tumbuh Kembang

(7) Klinik Kebidanan dan Kandungan

(8) Klinik THT

(9) Klinik Mata

(10) Klinik Syaraf

(11) Klinik Paru

(12) Klinik Kulit dan Kelamin

(13) Klinik Rehabilitasi Medik

(14) Klinik Kesehatan Jiwa

(15) Klinik Jantung dan Pembuluh Darah

(16) Poli Rosela :

- Klinik Psikosomatik

- Klinik Estetik Medik
- Klinik Komplementer Alternatif
  - Jamu
  - Bekam
  - Akupunktur

(17) Klinik Gigi Mulut Spesialis
- Bedah Mulut
- Kesehatan Gigi Anak
- Periodontie

(18) Klinik VCT

(19) Klinik Narkoba

b) Poliklinik Umum

(1) Klinik Triase

(2) Klinik Laktasi

(3) Klinik Gigi dan Mulut

(4) Klinik Konsultasi Gizi

(5) Klinik Konsultasi Psikologi

(6) Klinik Pemeriksaan Kesehatan

b. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.

1) Gawat Darurat Bedah
2) Gawat Darurat Non Bedah
3) Gawat Darurat Kebidanan
4) Kamar Operasi

c. Pelayanan 24 jam

1) Instalasi Gawat Darurat
2) Instalasi Radiologi
3) Instalasi Patologi Klinik
4) Instalasi Farmasi / Apotek
5) Ambulance
6) Informasi (Telepon, 4 saluran Hunting)

d. Pelayanan Rawat Intensif

e. Pelayanan Kedokteran Forensik

f. Pelayanan Rawat Inap

Tersedia 19 ruang rawat inap dengan jumlah tempat tidur tercatat 411 TT.

Data Tempat Tidur Rawat Inap :

No	Klas	Ruang	Jml tempat tidur terpasang
1.	III	Anggrek	8
		Edelweis	10
		Melati I	16
		Melati II	32
		Melati III	38
		Melati IV	32
		Lily	21
		Teratai	13
		Jumlah	**170**
2.	II	Anggrek	3
		Aster	12
		Edelweis	2
		Melati I	4
		Lily	6
		Mawar	11
		Jumlah	**38**
3.	I	Angggrek	2
		Edelweis	
		Melati I	2
		Lily	6
		Dahlia 4	23
		Dahlia 3	23
		Dahlia 2	45
		Mawar	1
		Jumlah	**102**
4.	VIP	Dahlia 5	18
		Lily	3
		Jumlah	**21**
5.	Non Kelas	IRI	8
		HCU	8
		ICCU	6
		PICU/NICU	9
		Bakung	27
		Thalasemi	4
		Jumlah	**58**
6.	Bayi rawat gabung	Anggrek	13
		Melati I	5
		Jumlah	**18**
Jumlah Total Tempat Tidur Rumah Sakit			**411**

g. Pelayanan Penunjang yang terdiri :

1) Instalasi Bedah Sentral.
2) Instalasi Radiologi.
3) Pelayanan Diagnostik Elektromedik.
4) Pelayanan Hemodialisa.

5) Instalasi Rehabilitasi Medik.
6) Instalasi Farmasi Medik.
7) Laboratorium Patologi Klinik.
8) Instalasi Patologi Anatomi.
9) Laboratorium Mikrobiologi.
10) Instalasi sterilisasi.
11) Instalasi Gizi.
12) Instalasi Laundry
13) Pelayanan Ambulan :
    a) Antar Jemput
    b) Rujuk dan Jenazah
14) Pelayanan Administrasi :
    a) Surat Keterangan Lahir
    b) Surat Keterangan Kematian
    c) Legalisasi Surat Keterangan atau Dokumen yang dikeluarkan RSST
15) Pelayanan Umum dan Fasilitas :
    a) Parkir
    b) Kantin
    c) Masjid
16) Pelayanan Keuangan : Pembayaran Pelayanan Pasien

h. Pelayanan Kamar Operasi

Dilaksanakan dalam jam kerja untuk operasi elektif dilakukan di gedung Instalasi Bedah Sentral Lantai 1, dan operasi emergency dilaksanakan di gedung Instalasi Gawat Darurat Lantai 2.

i. Pelayanan di luar jam kerja khusus kamar operasi

1) Operasi Elektif hari Sabtu, hari libur dan atau di luar jam kerja bertanggung jawab langsung kepada Direktur Medik dan Keperawatan melalui Ka. Instalasi Bedah Sentral.
2) Sarana dan Prasarana serta SDM untuk Operasi Elektif hari Sabtu, hari libur dan atau di luar jam kerja disiapkan oleh Unit Layanan Operasi Sore / Malam berkoordinasi dengan Bagian Umum dan SDM.
3) Operasi Sore / Malam melayani pasien umum, BPJS-Kesehatan, asuransi lainnya yang rawat inap di bangsal VIP dan VVIP.
4) Operasi Elektif hari Sabtu, hari libur dan atau di luar jam kerja dilaksanakan mulai pukul 16.00 WIB s.d. 06.00 WIB hari berikutnya di Instalasi Bedah Sentral.
5) Dokter dalam melaksanakan operasi elektif pasien rawat inap VIP tetap memprioritaskan dilakukan pada pagi hari dibandingkan sore hari.

6) Operasi hari Jum'at dilaksanakan mulai pukul 14.00 WIB.
7) Pelayanan didokumentasikan dalam Rekam Medik.
8) Perhitungan jumlah pasien sebagai dasar perhitungan jasa bagi tenaga non dokter dihitung per hari, bukan rata-rata per hari yang dihitung dalam 1 (satu) bulan.
9) Waktu pelayanan operasi sore tidak diperkenankan sama dengan pelayanan poliklinik sore.
10) Sistem pemberian jasa bagi dokter dan tenaga non dokter diatur tersendiri masuk dalam pedoman remunerasi

3. Pelayanan yang tidak bisa dilayani di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro adalah :

a. Pelayanan penunjang untuk MRI.
b. Pelayanan Laboratorium canggih.
c. Pelayanan dengan tenaga ahli yang belum ada di Rumah sakit.

4. Kriteria staf Kesehatan

a. Seluruh staf RS harus berkompeten sesuai dengan kriteria kompetensinya dengan standar profesi, pedoman/ panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, etika RS dan peraturan perundangan yang berlaku.
b. Seluruh staf RS dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).

5. Peralatan Medik Canggih :

a. CT Scan 8 Slice
b. USG (*Ultrasonografi*)4 Dimensi
c. OAE (*Otto Accoustic Emission*)
d. ECT (*Electro Convultion Therapy*)
e. TUR (*Trans Urethra Resection*)& URS (*Urethro Resections*)
f. Arthroscopy
g. Endoscopy
h. Laparoscopy
i. Audiometri
j. Facial Electrocosmetik Equipment
k. EEG (Electroenchepalografi)
l. Treadmill
m. EKG (Elektrokardiografi)
n. FESS (alat endoscopy untuk rongga hidung)
o. Orthopantomografi (OPG/ Pemeriksaan Panoramik)

p. Kolposcopy
q. Cryosurgery

6. Skrining dan Triase

a. Skrining dilakukan pada kontak pertama di dalam atau di luar rumah sakit untuk menentukan kebutuhan layanan pasien.
b. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imajing sebelumnya.
c. Pasien diterima dan didaftar sebagai pasien rawat jalan atau rawat inap berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah di identifikasi pada misi serta sumber daya rumah sakit yang ada.
d. Berdasarkan hasil skrining, pasien yang harus rawat inap ditetapkan dulu kebutuhan pelayanan yang meliputi preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif dan ditempatkan di ruangan sesuai kebutuhan pelayanan.
e. Pasien tidak dirawat, dipindahkan atau dirujuk sebelum hasil tes yang dibutuhkan didapatkan sebagai dasar pengambilan keputusan.
f. Proses triase berbasis bukti bertujuan memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
g. Pasien diprioritaskan atas dasar urgensi kebutuhannya.
h. Jika rumah sakit tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi darurat pasien dirujuk ke rumah sakit lain yang fasilitas pelayanannya dapat memenuhi kebutuhan pasien.
i. Kondisi pasien distabilisasi sebelum ditransfer atau dirujuk dan didokumentasikan.

7. Penundaan dan kelambatan pelayanan

a. Dalam kondisi dimana terjadi penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap maka harus memperhatikan kebutuhan klinis pasien.
b. Pasien dan atau keluarganya diberikan informasi apabila akan terjadi penundaan atau kelambatan palayanan baik tindakan, pengobatan atau pemeriksaan penunjang diagnostik.
c. Pasien dan atau keluarganya diberi informasi alasan penundaan atau kelambatan pelayanan dan diberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik pasien.

8. Admisi Pasien

a. Proses pendaftaran pasien rawat jalan sesuai dengan standar prosedur pendaftaran pasien rawat jalan yang ditetapkan.
b. Proses admisi pasien rawat inap sesuai dengan standar prosedur admisi pasien rawat inap.
c. Proses penerimaan pasien gawat darurat ke rawat inap sesuai dengan prosedur.

d. Proses menahan pasien sesuai prosedur.
e. Proses mengelola pasien apabila tempat tidur ruang rawat inap penuh, dilakukan tatalaksana sesuai prosedur.
f. Sistem pendaftaran pasien rawat jalan bisa dilakukan dengan online.
g. Sebelum pasien memutuskan rawat inap pasien dan atau keluarganya diberikan informasi oleh DPJP tentang rencana asuhan yang diberikan termasuk hasil yang diharapkan. Dan diberikan informasi tentang biaya yang ditanggung selama di rawat oleh petugas pendaftaran rawat inap.
h. Semua informasi yang diberikan didokumentasikan dalam rekam medis.
i. Informasi tersebut (*general consent*) dilakukan oleh petugas pendaftaran rawat inap.

9. Kreteria Pasien Masuk Ruang Rawat Intensive

Kriteria pasien masuk dan keluar Instalasi Rawat Intensive, unit spesialistik lain diatur sesuai standar, berdasarkan atas area prioritas, diagnostik, parameter obyektif serta kriteria berbasis fisiologis dan kualitas hidup (*take of live*).

10. Kesinambungan Pelayanan

a. Bagi pasien rawat inap setelah dilakukan assesmen awal harus diberikan *discharge planning*.
b. Perencanaan pemulangan pasien bisa diberikan sejak dilakukan assesmen awal dan bisa dibutuhkan waktu maksimal 48 jam sejak pasien masuk.
c. Pasien dan atau keluarga bisa diberikan pendidikan/ pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan di luar rumah sakit.
d. Pasien yang memerlukan kesinambungan pelayanan setelah pulang dari rumah sakit yaitu pasien usia lanjut (geriatri), pasien dengan penyakit kronis, pasien AMI, pasien dengan pemasangan alat pacu jantung, pasien penyakit menular, pasien dengan gangguan imunitas, pasien dengan kelainan darah, pasien anak dengan gizi buruk, pasien PJB, pasien paska operasi dengan pemakaian alat bantu dan perlu perawatan luka di rumah, pasien paska melahirkan, pasien hamil dengan Pre eklamsi, pasien abortus, pasien keganasan, pasien yang dilakukan cuci darah rutin, pasien dengan gangguan mobilitas, pasien yang memerlukan bantuan medis dan keperawatan terus menerus dan pasien yang membutuhakan rehabilitasi setelah pulang dari rumah sakit , DPJP bisa berkolaborasi dengan PPA lain.
e. Proses perencanaan pemulangan pasien dicatat dalam rekam medis.

11. Manajer Pelayanan Pasien (*Case Manager*)

Manajer Pelayanan Pasien (*Case Manager*) adalah profesional dalam Rumah Sakit yang bekerja secara kolaboratif dengan PPA (Profesional Pemberi Asuhan),

memastikan bahwa pasien dirawat serta ditransisikan ke tingkat asuhan yang tepat. Dalam perencanaan asuhan yang efektif, menerima pengobatan yang ditentukan serta didukung pelayanan dan perencanaan yang dibutuhkan selama maupun sesudah perawatan Rumah Sakit.

Tugas daripada seorang case manajer adalah :

a. Konsep manajemen pelayanan pasien./ *Case manajemen consep*
b. Prinsip praktek MPP / *pricipel of practice*
c. Manajemen dan pelayana kesehatan / *Health Care manajemen an delivery*
d. *Reimbursement* pelayanan kesehatan
e. Aspek psikososial asuhan pasien
f. Rehabilitasi
g. Pengembangan dan kemajuan profesi.

Manajer Pelayanan Pasien harus bekerjasama dan berkomunikasi dengan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Fungsi dan petugas Manajer Pelayanan Pasien diuraikan secara rinci dalam Panduan Pelaksanaan Manajer Pelayanan Pasien (MPP).

12. DPJP Sebagai Leader

- Dalam semua fase pelayanan, staf yang kompeten sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien disebut Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), yang bertanggung jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan klinisnya, serta melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan. DPJP yang ditunjuk ini tercatat namanya di rekam medis pasien. DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di RS. DPJP membutuhkan kolaborasi dan komunikasi dengan PPA lain. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuan rekam medis CPPT.
- DPJP mengatur pelayanan pasien selama rawat inap, dalam rangka kontinuitas pelayanan, pengintegrasian asuhan dari para PPA (Profesional Pemberi Asuhan), penetapan DPJP utama, proses transfer tanggung jawab pasien dari satu DPJP ke DPJP lain pada masa libur, hari besar dan lain-lain seperti dokter konsulen, dokter *on call*, atau dokter pengganti yang bertanggungjawab diatur dalam Panduan Pelaksanaan DPJP.
- Dalam kondisi dimana pasien memerlukan perawatan oleh lebih dari satu dokter, maka harus ditentukan dokter penanggung jawab jawab utama pelayanan.
- DPJP yang yang ditetapkan harus mempunyai RKK dan SPK yang ditetapkan oleh Direktur Utama.

13. Perpindahan dari satu unit ke unit pelayanan lain dalam rumah sakit

a. Transfer pasien antar unit ke unit yang lainharus selalu ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klinis pasien.

b. Informasi penting terkait asuhan pasien asal unit harus disertakan ke unit penerima.
c. Bila pasien dalam pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP), maka kesinambungan proses tersebut dipantau sampai pasien pindah ke unit yang dituju.
d. Dalam proses transfer pasien antar unit ditetapkan kebutuhan transfer yang disi di dalam rekam medis.

14. Pemulangan Pasien

a. Pemulangan pasien ditetapkan oleh DPJP dengan kriteria sesuai PPK.
b. Rumah sakit memberikan izin kepada pasien untuk meninggalkan rumah sakit selama periode waktu tertentu sesuai dengan kriteria yang di tentukan oleh rumah sakit.
c. Pasien rawat inap setelah dilakukan assesmen oleh DPJP dan teridentifikasi pasien membutuhkan perencanaan pemulangan pasien maka perlu diberikan pendidikan/ pelatihan khusus yang melibatkan pasien/ keluarga untuk kesinambungan asuhan di luar rumah sakit.
d. Rencana pemulangan pasien untuk menjaga kontinuitas/ kesinambungan asuhan pasien setelah pulang dari rumah sakit.
e. Identifikasi fasilitas kesehatan baik perorangan maupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan bantuan pelayanan.

15. Resume Pasien Pulang Rawat Inap

a. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.
b. Resume pasien pulang berisi indikasi pasien dirawat, temuan fisik penting dan temuan lain, tindakan diagnosis dan prosedur terapi yang telah dikerjakan, obat yang diberikan selama dirawat inap dan semua obat yang harus digunakan di rumah, kondisi pasien dan instruksi tindak lanjut kapan harus kontrol dan kapan harus segera ke rumah sakit.
c. Salinan resume pasien pulang dijelaskan danditandatangani oleh pasien/keluarga dan didokumentasikan dalam rekam medis.
d. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada pasien dan bila diperlukan dapat diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan.
e. Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien.
f. Satu salinan ringkasan diberikan kepada penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit.

16. *Resume* Pasien Rawat Jalan / *Summary List*

a. Pada asuhan pasien rawat jalan dengan kriteria yang komplek atau yang diagnosisnya komplek, diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ).

b. Penulisan di RM PRMRJ mudah ditelusur dan mudah direview.
c. Informasi penting yang dimasukkan dalam PRMRJ di identifikasi oleh DPJP, proses tersebut dievaluasi untuk memenuhi kebutuhan para DPJP dan meningkatkan mutu keselamatan pasien.
d. Resume pasien dijaga kontinuitasnya oleh DPJP yang memberikan pelayanan pada kunjungan berikutnya, dengan menambahkan resume bila ditemukan hal–hal penting seperti ditemukan diagnosis baru,alergi terhadap obat yang ditemukan selanjutnya, medikamentosa yang sedang diberikan dan prosedur pembedahan dan perawatan/ hospitalisasi di rumah sakit yang dilakukan.

17. Menolak Nasehat Medis dan Melarikan Diri

a. Pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan pasien sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan harus diberikan edukasi secara jelas oleh DPJP.
b. Edukasi yang diberikan harus ditandatangani oleh pasien dan atau keluarga, dan terdokumentasi dalam rekam medis.
c. Pasien yang keluar rumah sakit atas permintan sendiri tetap mengikuti proses pemulangan pasien.
d. Mengingat risiko cedera berkenaan dengan pengobatan yang tidak adekuat yang dapat berakibat cacat permanen atau kematian maka bila pasien yang menolak nasihat medis mempunyai dokter keluarga maka rumah sakit memberitahukan dokter tersebut, sesuai prosedur yang berlaku.
e. Bukti edukasi yang telah diberikan didokumentasikan di rekam medis pasien.
f. Pasien melarikan diri dari rawat inap atau rawat jalan yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan diatur sesuai standar.
g. Rumah sakit melakukan identfikasi terhadap pasien melarikan diri yang menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan.
h. Rumah sakit melaporkankepada pihak yang berwenang apabila ada indikasi kondisi pasien melarikan diri yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan.

18. Transfer Keluar Rumah Sakit

a. Rujukan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien.
b. Rumah sakit yang merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk.
c. Rumah sakit merujuk pasien ke rumah sakit penerima yang telah menjalin kerja sama.
d. Selama proses merujuk, staf yang bertanggung jawab harus melakukan monitoring keadaan pasien dan hasil monitoring harus dicatat dalam rekam medis pasien.

e. Dalam rencana merujuk, lebih dahulu harus bisa ditetapkan bahwa rumah sakit dan atau sarana kesehatan lain yang dituju dapat memenuhi kebutuhan pasien.
a. Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien.
f. Ada proses serah terima antara staf pengantar dan yang menerima.
g. Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak bisa dilaksanakan.
h. Informasi tentang pasien yang dirujuk disertakan bersama dengan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan.
i. Dokumen rujukan berisi nama dari fasilitas fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima dan nama orang yang menyetujui menerima pasien, alasan pasien dirujuk, kondisi pasien, kebutuhan pasien lebih lanjut, prosedur dan intervensi yang telah dilakukan
j. Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.

19. Transportasi

a. Transportasi milik rumah sakit sesuai dengan kebutuhan pasien berdasarkan hasil assesmen kebutuhan trasportasi yang meliputi obat obatan, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan pasien.
b. Berdasar hasil assesmen alat transportasi yang digunakan untuk rujukan harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dan memenuhi ketentuan keselamatan transportasi termasuk memenuhi persyaratan PPI.
c. Bila alat transportasi yang digunakan terkontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dengan penyakit menular harus dilakukan proses dekontaminasi.
d. Mekanisme untuk menangani keluhan proses transportasi dalam rujukan, disediakan form keluhan.

20. Asesmen Pasien

a. Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses pengkajian oleh petugas yang kompeten yaitu pengkajian awal (*initial assessment*) dan pengkajian ulang (*reassessment*) secara periodik dan sesuai dengan kondisi pasien dan pengobatan.
b. Assessmen pasien dan rencana pelayanan dilakukan secara terintegrasi dan dikoordinasikan lintas antar pemberi asuhan.
c. Assessmen pasien rawat inap harus dapat memberikan informasi tentang awal setiap pasien meliputi evaluasi factor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan.
d. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan assessmen.
e. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau

lebih dini/ cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.

f. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumahsakit.
g. Asesmen awa medis yang dilakukan sebelum pasien dirawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.
h. Untuk asesmen yang berumur kurang dari 30 hari, apabila ada perubahan kondisi pasien yang signifikan, maka perubahan dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap.
i. Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien *(discharge planning)*.
j. Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu atas dasar kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.
k. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan.
l. Pasien dilakukan assesmen ulang dalam interval sesuai dengan kondisi pasien dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual.
m. Rumah Sakit menetapkan keadaan non akut, dan tipe pasien atau populasi pasien, dimana assesmen oleh dokter bisa kurang dari sekali sehari dan menetapkan interval minimum untuk jadwal assesmen ulang bagi kasus tersebut.
n. Assesmen ulang didokumentasikan dalam rekam medis pasien.
o. Petugas yang kompeten dalam melakukan assesmen pasien dan assesmen ulang ditetapkan oleh rumah sakit.

21. Hak Pasien dan Keluarga

a. Rumah Sakit bertanggungjawab untuk memberikan proses yang mendukung hak pasien dan keluarganya selama dalam pelayanan.
b. Setiap pasien dijelaskan mengenai hak mereka dengan cara dan bahasa yang dapat mereka pahami
c. Pelayanan dilaksanakan dengan penuh perhatian dan menghormati nilai – nilai pribadi dan kepercayaan pasien
d. Dalam memberikan pelayanan semua petugas wajib menghormati kebutuhan privasi pasien.
e. Rumah Sakit berkewajiban untuk melindungi barang milik pasien dari pencurian atau kehilangan.
f. Rumah Sakit bertanggung jawab melindungi pasien dari kekerasan fisik yang tiba – tiba oleh pengunjung, pasien lain dan staf rumah sakit. Tanggung jawab ini terutama bagi bayi, anak – anak, lanjut usia dan lainnya yang tidak mampu melindungi dirinya atau memberi tanda minta bantuan.

g. Informasi tentang pasien adalah rahasia. Rumah sakit wajib menghormati informasi pasien sebagai hal yang bersifat rahasia.
h. Rumah Sakit wajib mendukung hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam pelayanan. Pasien harus diberi informasi dan dibantu mencari second opinion dan kompromi dalam pelayanan didalam maupun diluar rumah sakit.
i. Rumah Sakit wajib memberitahu pasien dan keluarganya tentang bagaimana mereka akan dijelaskan tentang kondisi medis dan diagnose pasti, rencana pelayanan dan pengobatan, dan bagaimana mereka dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan pelayanan bila mereka memintanya, dan dijelaskan mengenai hasil pelayanan dan pengobatan yang diharapkan serta kemungkinan hasil yang tidak diharapkan
j. Rumah Sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya mengenai proses menerima dan bertindak terhadap keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien dan hak pasien untuk berpartisipasi dalam proses ini.
k. Persetujuan umum (*General Consent*) untuk pengobatan didapat pada waktu pasien masuk sebagai pasien rawat inap atau didaftar pertama kali sebagai pasien rawat jalan.
l. Pernyataan persetujuan (*Informed Consent*) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.
m. *Informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, sedasi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.
n. Rumah Sakit wajib menyusun daftar semua kategori dan jenis pengobatan dan prosedur yang memerlukan informed consent yang khusus.
o. Penelitian Klinik :
    1) Rumah Sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses pemulihan klinik, pemeriksaan/ investigasi atau *Clinical Trial* yang melibatkan manusia sebagai subyek.
    2) Rumah Sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana pasien yang berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan klinis atau percobaan klinis mendapatkan perlindungan.
    3) *Informed consent* diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan/ investigasi klinis dan percobaan klinis.
    4) Rumah Sakit memiliki komite/ tim untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian di rumah sakit yang melibatkan manusia sebagai subyeknya.

22. Penolakan Pelayanan dan Pengobatan

a. Rumah Sakit wajib memberitahukan pasien dan keluarga tentang hak dan tanggung jawab mereka yang berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan.

b. Rumah Sakit wajib memberitahukan tentang konsekuensi, tanggungjawab berkaitan dengan keputusan tersebut dan tersedianya alternative pelayanan dan pengobatan.
c. Rumah Sakit wajib menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar (*Do Not Resuscitate*)
d. Rumah sakit telah menetapkan posisinya pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi dan membatalkan atau mundur dari pengobatan bantuan hidup dasar.
e. Posisi rumah sakit sesuai dengan norma agama dan budaya masyarakat, serta persyaratan hukum dan peraturan.

23. Asuhan Pasien

a. Asuhan pasien yang seragam
   1) Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai, tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar.
   2) Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh praktisi yang kompeten tidak tergantung atas hari- hari tertentu atau waktu tertentu.
   3) Ketepatan (*acuity*) mengenali kondisi pasien menentukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien.
   4) Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien (misalnya pelayanan anestesia) sama diseluruh rumah sakit.
   5) Pasien menerima asuhan keperawatan yang sama.
b. Catatan terintegrasi

   Pendokumentasian perkembangan kondisi pasien yang mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat dan tenaga kesehatan profesional lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada pasien.
c. Rekam medis pasien memfasilitasi dan menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan, berupa catatan observasi, pengobatan praktisi pelayanan, tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan dan hasilnya.
d. Pada kasus yang complek dan memerlukan diskusi mendalam antar pemberi asuhan dilakukan rapat tim atau diskusi. Hasilnya dicatat direkam medis pada form diskusi.
e. Proses perencanaan menggunakan data dan menyusun prioritas pengobatan, prosedur, asuhan keperawatan, dan asuhan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien.
f. Pasien dan keluarga diikut sertakan dalam proses perencanaan.
g. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), perawat, pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 jam sesudah masuk rawat inap. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan

kondisi pasien rencana asuhan pasien harus individual berdasarkan assesmen awal, rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur (kwantitatif) dan direview dan diverifikasi oleh DPJP, DPJP sebagai leader dalam asuhan terintegrasi.

h. Kebutuhan pasien disusun skala prioritasnya berdasarkan hasil asesmen.
i. Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan dan hasilnya, dicatat dalam rekam medis pasien.
j. Aktifitas pemberian perintah dalam asuhan pasien
    1) Perintah sebaiknya tertulis, bila lisan atau melalui telpon tehnik Tulbakon (Tulis Baca Konfirmasi).
    2) Permintaan pemeriksaan diagnostik imaging, pemeriksaan laboratorium klinis dilengkapi indikasi klinis.
    3) Semua pasien yang akan dirawat inap harus dilakukan:
        a) Pemeriksaan darah.
        b) Item pemeriksaan dibedakan menjadi 2, yaitu pasien kurang 40 tahun, lebih 40 tahun (sesuai *clinical pathway*)
        c) Pasien dengan usia ≥ 40 tahun ditambah pemeriksaan EKG dan Rontgen Thorax.
    4) Yang menuliskan perintah adalah Dokter
    5) Perintah dicatat dalam rekam medis.

24. Manajemen Nyeri

a. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.
b. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif.
c. Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai pedoman dan protokol.
d. Komunikasi dengan dan mendidik pasien dan keluarga tentang pengelolaan nyeri dan gejala dalam konteks pribadi, budaya dan kepercayaan agama masing-masing.

25. Pelayanan Pasien Tahap Terminal

a. Mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.
b. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan.
c. Semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya yaitu meliputi pengobatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respon terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama dan budaya pasien dan keluarganya serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan.

26. Manajemen Obat

a. Elektrolit konsentrat tidak boleh berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan dengan kebijakan khusus.
b. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restricted access*).

27. Manajemen Nutrisi

a. Pasien di skrining untuk status gizi.
b. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
c. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
d. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
e. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.

28. *Surgical Safety Checklist*

a. Digunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan/ pemberian tanda.
b. Menggunakan suatu *checklist* untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/ benar, dan fungsional.
c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/ mendokumentasikan prosedur "sebelum insisi/ *time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.

29. *Hand Hygiene*

a. Mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang baru-baru ini diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).
b. Menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.

30. Risiko Jatuh

a. Penerapan asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukanasesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.
c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.

31. Komunikasi Efektif

a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
b. Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

32. Manajemen Di Instalasi

a. Semua petugas instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
b. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
c. Melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.
d. Setiap bulan Instalasi wajib membuat laporan.

33. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan RS

a. Peralatan di instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk menjamin semua peralatan tetap dalam kondisi yang baik dan akurat.
b. Perbaikan peralatan dilaksanakan dengan memperhatikan kontinuitas pelayanan RS terutama pada pelayanan yang menyangkut *emergency* dan bantuan hidup.
c. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja).

34. Panduan Pelayanan Berfokus Pasien

Adalah asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien, serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis.

Penyediaan pelayanan yang paling sesuai di suatu rumah sakit untuk mendukung dan merespon setiap kebutuhan pasien yang unik, memerlukan perencanaan dan koordinasi tingkat tinggi. Ada beberapa aktivitas tertentu yang bersifat dasar bagi pelayanan pasien.

Untuk semua disiplin yang memberikan pelayananpasien, aktivitas ini termasuk :

a. Perencanaan dan pemberian asuhan kepada setiap/ masing-masing pasien;
b. Pemantauan pasien untuk mengetahui hasil asuhan pasien;
c. Modifikasi asuhan pasien bila perlu;
d. Penuntasan asuhan pasien; dan
e. Perencanaan tindak lanjut.

Praktisi kesehatan yaitu ; dokter, perawat, apoteker, nutrisionis, terapis rehabilitasi, dan praktisi pelayanan kesehatan lain melaksanakan aktivitas tersebut.

Masing-masing praktisi pelayanan kesehatan mempunyai peran yang jelas dalam asuhan pasien. Peran tersebut ditentukan oleh lisensi, kredensial, sertifikat, undang - undang dan peraturan, ketrampilan (*skill*) khusus individu, pengetahuan, pengalaman, juga kebijakan rumah sakit atau uraian tugas. Sebagian pelayanan bisa dilaksanakan oleh pasien, keluarganya atau pembantu pelaksana asuhan lainnya yang terlatih.

Konsep dasar Pelayanan Berfokus Pasien :

a. Martabat dan rasa hormat.
    1) Pemberi pelayanan kesehatan mendengarkan & menghormati pandangan dan pilihan pasien & keluarga.
    2) Pengetahuan, nilai-nilai, kepercayaan, latar belakang kultural pasien & keluarga dimasukkan dalam perencanaan dan pemberian pelayanan kesehatan.
b. Berbagi informasi.
    1) Pemberi pelayanan kesehatan mengkomunikasikan dan berbagi informasi secara lengkap kepada pasien & keluarga.
    2) Pasien & keluarga menerima informasi tepat waktu, lengkap, dan akurat.
c. Partisipasi.
    Pasien & keluarga didorong dan didukung untuk berpartisipasi dalam asuhan dan pengambilan keputusan / pilihan mereka.
d. Kolaborasi / kerjasama.
    Pimpinan pelayanan kesehatan bekerjasama dengan pasien & keluarga dalam pengembangan, implementasi dan evaluasi kebijakan dan program.

35. Asuhan Pasien Terintegrasi

Rumah sakit menetapkan staf medis, keperawatan dan staf lain yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien, bekerja sama dalam menganalisis dan mengintegrasikan asesmen pasien.

Pasien mungkin menjalani banyak jenis pemeriksaan diluar dan didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja dan berbagai pelayanan. Akibatnya, terdapat berbagai informasi, hasil tes dan data lain di rekam medis pasien. Manfaatnya akan besar bagi pasien, apabila staf yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama menganalisis temuan pada asesmen dan mengkombinasikan informasi dalam suatu gambaran komprehensif dari kondisi pasien. Dari kerja sama ini, kebutuhan pasien di identifikasi, ditetapkan urutan kepentingannya, dan dibuat keputusan pelayanan. Integrasi dari temuan ini akan memfasilitasi koordinasi pemberian pelayanan.

Asuhan Pasien

Adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien oleh praktisi para Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang multi profesi yaitu : Dokter, Perawat, Ahli

Gizi, Fisioterapis, Radiografer, Analis Laboratorium, Apoteker/ Petugas Farmasi, Pekerja Sosial, dsb.

Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan semua PPA tersebut diatas, sehingga pengintegrasian dan koordinasi aktivitas asuhan pasien menjadi tujuan agar menghasilkan proses asuhan yang efisien, penggunaan yang lebih efektif sumber daya manusia dan sumber daya lain, dengan kemungkinan hasil asuhan pasien yang lebih baik, dimana Dokter (DPJP) bertindak sebagai Leader.

Rekam medis pasien memfasilitasi dan menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan, khususnya setiap catatan observasi dan pengobatan oleh praktisi pelayanan. Demikian juga, setiap hasil atau kesimpulan dari rapat tim atau diskusi tentang pasien dicatat dalam rekam medis pasien.

Perencanaan yang teliti diperlukan untuk proses asuhan pasien agar mendapat hasil yang optimal. Proses perencanaan menggunakan data dan asesmen awal pasien dan asesmen ulang periodik untuk menetapkan dan menyusun prioritas pengobatan, prosedur, asuhan keperawatan, dan asuhan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pasien dan keluarga diikut sertakan dalam proses perencanaan. Rencana asuhan dicantumkan dalam rekam medis pasien. Rencana asuhan dikembangkan dalam waktu paling lama 24 jam setelah pasien diterima di rawat inap. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi pasien. Rencana asuhan untuk seorang pasien harus terkait dengan kebutuhannya. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai akibat perbaikan klinis, informasi baru dari asesmen ulang yang rutin (contoh, hasil laboratorium atau radiografi yang abnormal), atau karena perubahan keadaan pasien yang tiba-tiba (contoh, penurunan kesadaran). Bila kebutuhan berubah, rencana asuhan pasien pun berubah. Perubahan ditulis dalam rekam medis sebagai catatan pada rencana awal, perbaikan atau sasaran asuhan yang baru, atau dapat menjadi suatu rencana yang baru. Jadi satu rencana asuhan tunggal dan terintegrasi yang mengukur pencapaian sasaran yang diharapkan setiap disiplin, lebih baik daripada rencana terpisah oleh masing-masing praktisi pelayanan.

Rencana pelayanan untuk setiap pasien harus mencerminkan tujuan yang bersifat individual, obyektif dan sasaran asuhan yang realistik untuk memungkinkan asesmen ulang dan revisi rencana pelayanan. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran. Kemajuan yang diantisipasi dicatat atau direvisi sesuai kebutuhan berdasarkan hasil asesmen ulang atas pasien oleh pemberi asuhan.

36. Asesmen Awal

Tujuan utama pembuatan asesmen awal pasien adalah untuk memahami kebutuhan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan dan pengobatan dapat dimulai. Untuk mencapai ini, rumah sakit menetapkan isi minimal

dari asesmen awal medis dan keperawatan serta asesmen lain. Juga ditetapkan kerangka waktu yang disyaratkan untuk menyelesaikan asesmen dan pendokumentasi asesmen awal tersebut. Selain asesmen medis dan keperawatan adalah penting untuk inisiasi pelayanan, kemungkinan diperlukan asesmen tambahan dari praktisi pelayanan kesehatan lain termasuk asesmen khusus dan asesmen individual. Semua asesmen ini harus terintegrasi dan kebutuhan pelayanan yang paling *urgent* harus diidentifikasi/ ditetapkan. Rencana asuhan pasien harus dibuat berdasarkan data asesmen awal ini.

Pada keadaan gawat darurat, asesmen awal medis dan keperawatan, dapat dibatasi pada kebutuhan dan kondisi yang nyata. Juga apabila tidak ada waktu untuk mencatat riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik yang lengkap dari seorang pasien gawat darurat yang perlu dioperasi, dibuat catatan pada diagnosis praoperatif sebelum tindakan dilaksanakan.

37. Asesmen Lanjut (Ulang)

Asesmen ulang atau asesmen lanjut atau biasa disebut dengan *follow up* perjalanan pasien adalah asesmen yang dilakukan sepanjang proses pelayanan pasien untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan akan perencanaan asuhan selanjutnya atau memodifikasi asuhan sesuai dengan respons yang diberikan oleh pasien. Asesmen ulang oleh para praktisi pelayanan kesehatan adalah kunci untuk memahami apakah keputusan pelayanan sudah tepat dan efektif.

Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen ulang ini baik medis, keperawatan dan asesmen lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi pasien. Hasil asesmen ulang dicatat dalam rekam medis pasien untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan. Tempat di rekam medis untuk mencatat asesmen ulang ini adalah pada Catatan Perkembangan Teritegrasi.

Interval Waktu untuk melakukan Asesmen Ulang.

Pasien dilakukan asesmen ulang selama proses pelayanan pada interval tertentu berdasarkan kebutuhan dan rencana pelayanan atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit.

Asesmen ulang oleh dokter terintegrasi dalam proses asuhan pasien yang sedang berlangsung. Dokter melakukan asesmen pasien gawat darurat setiap hari, termasuk akhir minggu, dan bila sudah ada perubahan yang signifikan pada kondisi pasien.

Asesmen ulang dilaksanakan dan hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien :

a. Pada interval yang reguler selama pelayanan (contoh, secara periodik perawat mencatat tanda-tanda vital sesuai kebutuhan berdasarkan kondisi pasien).

b. Setiap hari dokter melakukan kunjungan pada pasien akut sesuai kebijakan rumah sakit.
c. Sebagai respons terhadap perubahan kondisi pasien yang signifikan.
d. Bila diagnosis pasien telah berubah dan kebutuhan asuhan memerlukan perubahan rencana.
e. Untuk menetapkan apakah obat-obatan dan pengobatan lain telah berhasil dan pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.

38. Asessmen Lanjut Lainnya

Informasi yang didapat pada asesmen awal medis dan keperawatan, melalui penerapan kriteria skrining/ penyaringan, dapat memberi indikasi bahwa pasien membutuhkan asesmen lebih lanjut/ lebih mendalam tentang status gizi atau status fungsional, termasuk asesmen risiko jatuh. Asesmen lebih mendalam ini mungkin penting untuk mengidentifikasi pasien yang membutuhkan intervensi nutrisional, dan pasien yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medis atau pelayanan lain terkait dengan kemampuan fungsional yang independen atau pada kondisi potensial yang terbaik.

Cara yang paling efektif untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan gizi atau fungsional adalah melalui kriteria skrining, dimana formulir asesmen awal keperawatan dapat memuat kriteria ini. Pada setiap kasus kriteria skrining dikembangkan oleh staf yang kompeten yang mampu melakukan asesmen lanjutan, dan bila perlu, membuat persyaratan pengobatan pasien. Contoh, kriteria skrining untuk risiko nutrisional dapat dikembangkan oleh perawat yang akan menerapkan kriteria tersebut, ahli gizi yang akan menyediakan intervensi diet yang direkomendasikan dan nutrisionis yang mampu mengintegrasikan kebutuhan nutrisi dengan kebutuhan lain dari pasien, sedangkan skrining status fungsional dikembangkan kriterianya oleh staf medis rehabilitasi medis.

39. Assesmen Nyeri

Pada saat asesmen awal dan asesmen ulang, prosedur skrining dilakukan untuk mengidentifikasi pasien dengan rasa sakit, pasien dapat diobati di rumah sakit atau dirujuk untuk pengobatan. Lingkup pengobatan berdasarkan pelayanan yang tersedia di rumah sakit. Bila pasien diobati di rumah sakit, dilaksanakan asesmen yang lebih komprehensif. Asesmen disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakter rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan durasi. Asesmen ini dicatat sedemikian rupa agar memfasilitasi/ memudahkan asesmen ulang yang reguler dan *follow up* sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

40. Assesmen Tambahan

Asesmen awal dari tipe-tipe pasien atau populasi pasien tertentu memerlukan modifikasi proses asesmen. Modifikasi ini didasarkan atas karakteristik yang unik atau menentukan setiap populasi pasien. Rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien khususdan memodifikasi proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus ini. Secara khusus, apabila rumah sakit, melayani satu atau lebih pasien atau populasi dengan kebutuhan khusus seperti daftar di bawah ini, maka rumah sakit melakukan asesmen individual untuk :

a. Anak-anak
b. Dewasa Muda
c. Lanjut usia yang lemah
d. Sakit terminal
e. Pasien dengan rasa nyeri yang kronis dan intens
f. Wanita dalam proses melahirkan
g. Wanita dalam proses terminasi kehamilan
h. Pasien dengan kelainan emosional atau gangguan jiwa
i. Pasien diduga ketergantungan obat atau alkohol
j. Korban kekerasan atau terlantar
k. Pasien dengan infeksi atau penyakit menular
l. Pasien yang mendapatkan kemoterapi atau radiasi
m. Pasien yang daya imunnya rendah

Asesmen pasien yang diduga ketergantungan obat dan atau alkohol dan asesmen pasien korban kekerasan dan yang terlantar, dipengaruhi oleh budaya dari populasi dimana pasien berada. Asesmen disini tidak dimaksudkan untuk penemuan kasus secara proaktif. Tetapi asesmen pasien tersebut merupakan respons terhadap kebutuhan dan kondisi yang dapat diterima oleh budaya dan diperlakukan konfidensial. Proses asesmen dimodifikasi agar konsisten dengan undang-undang dan peraturan dan standar profesi terkait dengan populasi dan situasi dengan melibatkan keluarga bila perlu.

41. Assesmen Pasien Di Akhir Kehidupan/ Hayat

Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganyadilakukan asesmen dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka.

Asesmen dan asesmen ulang perlu dilaksanakan secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga apabila pasien mendekati kematian.

Asesmen dan asesmen ulang, sesuai kondisi pasien, harus mengevaluasi :

a. Gejala seperti mau muntah dari kesulitan pernapasan.
b. Faktor-faktor yang meningkatkan dan membangkitkan gejala fisik.
c. Manajemen gejala saat ini dan hasil respon pasien.

d. Orientasi spritual pasien dan keluarga dan kalau perlu keterlibatan kelompok agama.
e. Urusan dan kebutuhan spiritual pasien dan keluarga, seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan.
f. Status psikososial pasien dan keluarga seperti hubungan keluarga, lingkungan rumah yang memadai apabila diperlukan perawatan di rumah, cara mengatasi dan reaksi pasien dan keluarga atas penyakit pasien.
g. Kebutuhan dukungan atau kelonggaran pelayanan (*respite services*) bagi pasien, keluarga dan pemberi pelayanan lain.
h. Kebutuhan akan alternatif atau tingkat pelayanan lain.
i. Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

Asuhan pasien di akhir kehidupan yang diberikan rumah sakit :

a. Pemberian pengobatan yang sesuai dengan gejala dan keinginan pasien dan keluarga;
b. Menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ;
c. Menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya;
d. Mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan;
e. Memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya.

Untuk mencapai tujuan ini semua staf harus menyadari akan kebutuhan pasien yang unik pada akhir hidupnya. Rumah sakit mengevaluasi mutu asuhan akhir-kehidupan, berdasarkan evaluasi (serta persepsi) keluarga dan staf, terhadap asuhan yang diberikan. Rumah sakit perlu mengupayakan :

a. Semua staf harus diupayakan memahami kebutuhan pasien yang unik menjelang akhir kehidupan.
b. Asuhan akhir kehidupan oleh rumah sakit mengutamakan kebutuhan pasien menjelang akhir kehidupan dengan memperhatikansedikitnya termasuk 5 elemen tersebut diatas.
c. Kualitas asuhan akhir kehidupan dievaluasi oleh staf dan keluarga pasien.

42. Rencana Pemulangan (*discharge planning*)

a. Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*).
b. Kontinuitas pelayanan mempersyaratkan persiapan dan pertimbangan khusus untuk beberapa pasien tertentu seperti rencana pemulangan pasien.
c. Rumah sakit mengembangkan mekanisme seperti daftar criteria untuk mengidentifikasi pasien, yang rencana pemulangannya kritis, antara lain karena umur, kesulitan mobilitas/ gerak, kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan berkelanjutan atau bantuan dalam aktivitas hidup sehari- hari.

d. Karena perencanaan proses pemulangan pasien dapat membutuhkan waktu agak lama, maka proses asesmen dan perencanaan dapat dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap.

43. Pelayanan Yang Seragam bagi Semua Pasien

a. Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di rumah sakit.

b. Untuk melaksanakan prinsip "kualitas asuhan yang setingkat" mengharuskan pimpinan merencanakan dan mengkoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja, dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang menghasilkan pelayanan yang seragam.

c. Sebagai tambahan, pimpinan harus menjamin bahwa rumah sakit menyediakan tingkat kualitas asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap shift. Kebijakan dan prosedur tersebut harus sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif.

d. Asuhan pasien yang seragam terrefleksi sebagai berikut dalam :

   1) Akses untuk asuhan dan pengobatan, yang memadai, tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembiayaan.
   2) Akses untuk asuhan dan pengobatan, yang memadai, yang diberikan oleh praktisi yang kompeten tidak tergantung atas hari-hari tertentu atau waktu tertentu.
   3) Ketepatan (*acuity*) mengenali kondisi pasien menentukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien.
   4) Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien (misalnya pelayanan anestesia) sama di seluruh rumah sakit.
   5) Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat diseluruh rumah sakit.
   6) Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya yang efisien, sehingga mendapatkan evaluasi hasil (*outcome*) yang sama untuk asuhan di seluruh rumah sakit.

44. Catatan Perkembangan Terintegrasi (*Integrated Progress Note*)

Adalah lembar pada berkas rekam medis pasien dimana semua kondisi dan perkembangan penyakit pasien serta tindakan yang dialami pasien dicatat. Rumah sakit menetapkan bahwa mereka yang diizinkan memberikan perintah/ order menuliskan perintah ini dalam rekam medis pasien di lokasi yang seragam, dan lokasi itu adalah pada lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

Aktivitas asuhan pasien termasuk pemberian perintah, (misalnya, untuk pemeriksaan laboratorium, pemberian obat, pelayanan keperawatan dan terapi nutrisi). Prosedur diagnostik, operasi dan prosedur lain diperintahkan oleh mereka yang kompeten untuk hal tersebut. Perintah ini harus mudah diakses untuk dapat dilaksanakan tepat waktu. Penempatan perintah pada suatu lembar umum atau lokasi yang seragam di rekam medis pasien membantu terlaksananya perintah. Perintah tertulis membantu staf untuk mengerti kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan dan siapa yang harus melaksanakan. Perintah dapat ditulis pada suatu lembar perintah yang kemudian dimasukkan ke rekam medis pasien secara periodik atau pada waktu pemulangan pasien.

Setiap rumah sakit memutuskan :

a. Perintah mana yang harus tertulis daripada lisan;
b. Permintaan pemeriksaan diagnostik imajing dan pemeriksaan laboratorium klinik termasuk indikasi klinis/ rasional;
c. Tiap pengecualian di pelayanan khusus seperti IGD dan Unit Pelayanan Intesif;
d. Siapa yang diizinkan menuliskan perintah;
e. Dilokasi mana perintah tersebut dicatat dalam rekam medis pasien.

Jadi semua para PPA (dokter, perawat, nutrisionis, farmasis, fisioterapis, dll) akan mencatatkan semua perkembangan pasien yang dievaluasinya pada lembar yang sama yaitu CPPT, dengan ciri penulisan dan identitas masing masing.

45. Pemberian Informasi dan Edukasi pada Pasien dan Keluarga

Peraturan mengharuskan bahwa pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan termasuk kejadian tidak diharapkan. Serta rumah sakit menyediakan pendidikan/edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan.

Asuhan dalam proses pengobatan merupakan siklus berkelanjutan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan pemberian asuhan, serta asesmen hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil dari proses asesmen, tentang perencanaan asuhan, pengobatan yang diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Jadi untuk melengkapi siklus informasi dengan pasien, mereka perlu diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan, termasuk informasi tentang hasil asuhan yang tidak diharapkan.

Rumah sakit mendidik pasien dan keluarganya, sehingga mereka mendapat pengetahuan dan ketrampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Setiap rumah sakit mengembangkan/ memasukkan pendidikan kedalam proses asuhan berbasis misi, jenis pelayanan yang diberikan dan populasi pasien. Pendidikan direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan pendidikan sesuai kebutuhannya. Rumah sakit menetapkan bagaimana

mengorganisasikan sumber daya pendidikan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan koordinator pendidikan atau komite pendidikan, menciptakan pelayanan pendidikan, mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan pendidikan secara terkoordinasi. Semua kegiatan pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya, haruslah tercatat dalam berkas medis pasien. Oleh karenanya rumah sakit akan menyediakan lembar khusus dalam berkas rekam medis untuk mencatat kegiatan ini.

46. Sedasi

Tindakan Sedasi, Anestesi dan Pembedahan pada Pasien.

Sedasi baik sedasi yang moderat maupun dalam, menghadapkan risiko kepada pasien, karenanya perlu dilengkapi dengan definisi, kebijakan serta prosedur yang jelas. Derajat sedasi terjadi dalam suatu kontinuum, seorang pasien dapat bergerak dari satu derajat tertentu menuju derajat yang lain, berdasarkan medikasi yang diberikan, rute dan dosisnya. Pertimbangan penting mencakup kemampuan pasien untuk mempertahankan refleks protektif; saluran pernafasan yang paten-independen-berkesinambungan dan mampu berespon terhadap stimulasi fisik atau instruksi lisan.
Kebijakan dan prosedur sedasi memuat :

a. Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya;
b. Dokumentasi yang diperlukan tim pelayanan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi secara efektif;
c. Persyaratan persetujuan (*consent*) khusus, bila diperlukan;
d. Frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan;
e. Kualifikasi atau ketrampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi;
f. Ketersediaan dan penggunaan peralatan spesialistik.

Hal lain yang juga penting adalah kualifikasi para dokter, dokter gigi atau semua individu yang kompeten yang bertanggung jawab atas pasien yang menerima sedasi moderat maupun dalam. Setiap petugas harus kompeten dalam :

a. Teknik berbagai modus sedasi;
b. Monitoring yang tepat;
c. Respons terhadap komplikasi;
d. Penggunaan zat-zat reversal; dan
e. Sekurang-kurangnya bantuan hidup dasar.

Petugas yang kompeten bertanggung jawab melakukan asesmen prasedasi terhadap pasien untuk memastikan bahwa perencanaan sedasi dan tingkatannya adalah tepat dan aman bagi pasien. Sebagai tambahan, seorang petugas yang kompeten lain dibutuhkan untuk bertanggung jawab atas pelaksanaan monitoring berkesinambungan atas parameter fisiologis pasien, dan membantu tindakan suportif atau resusitasi. Kualifikasi petugas yang melaksanakan monitoring, dan monitoring

peralatan serta suplai nya adalah sama seperti pada pemberian sedasi di unit/tempat yang lain di rumah sakit, misalnya dalam kamar operasi dan dalam klinik rawat jalan. Sehingga terpelihara tingkatan mutu pelayanan yang sama.

47. Anestesi

Pelayanan anestesi direncanakan secara seksama dan didokumentasikan dalam catatan anestesi. Perencanaan mempertimbangkan informasi dari asesmen pasien dan mengidentifikasi anestesi yang akan digunakan, termasuk metode pemberiannya, pemberian medikasi dan cairan lain, serta prosedur monitoring dalam mengantisipasi pelayanan pasca anestesi.

Berhubung anestesi membawa risiko tinggi, maka pemberiannya harus direncanakan dengan seksama. Asesmen pra anestesi pasien merupakan basis untuk perencanaan tersebut dan untuk penggunaan analgesia pasca operatif. Asesmen pra anestesi memberikan informasi yang diperlukan bagi :

a. Pemilihan pelayanan anestesi dan merencanakan anestesi;
b. Pemberian layanan anestesi yang aman dan tepat;
c. Penafsiran temuan pada monitoring pasien.

Seorang spesialis anestesi atau petugas lain yang kompeten menjalankan asesmen pra anestesi. Proses perencanaan anestesi mencakup mengedukasi pasien, keluarganya, atau pembuat keputusan atas risiko, manfaat dan alternatif yang berhubungan dengan perencanaan anestesia dan analgesia pasca operatif. Diskusi ini terjadi sebagai bagian dari proses untuk memperoleh persetujuan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) sebagaimana disyaratkan dalam hak-hak pasien. Seorang anestesiolog atau petugas yang kompeten memberikan edukasi ini.

Proses asesmen pra anestesi dijalankan beberapa waktu sebelum rawat inap atau sebelum tindakan pembedahan atau sesaat sebelum operasi (khusus pada pasien emergensi atau obstetri)

Sedangkan asesmen pra induksi terpisah dari asesmen pra anestesi, karena fokusnya pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk anestesi dan terjadi sesaat sebelum induksi anestesi.

Bila tindakan anestesi harus dilakukan secara darurat, asesmen pra anestesi dan asesmen pra induksi dapat segera dilaksanakan secara berurutan atau secara serempak, tetapi masing- masing didokumentasikan sendiri. Jadi pada pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi harus dilakukan :

a. Asesmen pra anestesi dikerjakan pada setiap pasien.
b. Asesmenpra induksi dilaksanakan untuk re-evaluasi pasien segera sebelum induksi anestesi, sesaat sebelum diberikan induksi anestesi.

Kedua asesmen dikerjakan oleh staf yang kompeten untuk melakukannya dan kedua asesmen didokumentasikan dalam rekam medis.

48. Monitoring Selama Tindakan Anestesi

a. Selama pemberian anestesi, status fisiologis setiap pasien terus menerus dimonitor dan dituliskan dalam rekam medis pasien.
b. Monitoring fisiologis memberikan informasi yang dapat diandalkan tentang status pasien selama pemberian anestesi (umum, spinal dan regional) dan periode pemulihan.
c. Metode monitoring tergantung pada status pra anestesi pasien, anestesi yang dipilih dan kompleksitas dari pembedahan atau prosedur lain yang dikerjakan selama anestesi.
d. Proses monitoring dilakukan terus menerusdan hasilnya dituliskan ke dalam rekam medis pasien.

49. Masa Pemulihan pasca Anestesi

a. Setiap pasien pasca anestesi dimonitor dan didokumentasikan dan pasien dipindahkan dari ruang pemulihan oleh staf yang kompeten atau dengan menggunakan kriteria baku.
b. Monitoring selama anestesi adalah dasar dari monitoring selama periode pemulihan pasca anestesi.
c. Pengumpulan data secara sistematik dan analisis data yang berlangsung terhadap kondisi pasien yang dalam pemulihan, mendukung keputusan untuk memindahkan pasien ke *setting* pelayanan lain dengan pelayanan yang kurang intensif.
d. Pencatatan data monitoring merupakan dokumentasi untuk mendukung keputusan untuk memindahkan pasien.

50. Tindakan Pembedahan

a. Karena pembedahan membawa risiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama.
b. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur pembedahan yang tepat.
c. Asesmen memberikan informasi penting terhadap :
    1) Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal;
    2) Melaksanakan prosedur secara aman;
    3) Menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien
d. Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien.
e. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumberlain yang tersedia.
f. Proses asesmen dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan.

g. Asuhan bedah yang direncanakan bagi pasien didokumentasikan dalam status pasien, termasuk diagnosis pra operatif. Nama dari prosedur bedah saja tidak bisa untuk menegakkan suatu diagnosis.

51. Persetujuan Tindakan (*Informed Consent*)

a. Manfaat, risiko, dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien.
b. Pasien dan keluarganya atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian asuhan dan memberikan persetujuan (*informed consent*) yang diperlukan dalam pemenuhan hak pasien. Informasi termasuk :
    1) Risiko dari prosedur yang direncanakan;
    2) Manfaat prosedur yang direncanakan;
    3) Komplikasi yang potensial terjadi; dan
    4) Alternatif tindakan bedah dan nonbedah yang tersedia untuk mengobati pasien.
c. Sebagai tambahan, bila darah atau produk darah mungkin dibutuhkan, informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan.
d. Dokter bedah yang bersangkutan atau petugas yang kompeten lain memberikan informasi ini.

52. Laporan Operasi

a. Pada setiap pasien yang dioperasi ada laporan operasi yang berisi catatan operasi dalam rekam medis pasien untuk keperluan pelayanan berkesinambungan.
b. Pelayanan pasca bedah tergantung pada kejadian dan temuan dalam tindakan bedah. Jadi, status pasien termasuk diagnosis pasca bedah, deskripsi dari prosedur bedah dan temuan- temuan (termasuk spesimen bedah yang dikirim untuk pemeriksaan) dan nama ahli bedah dan asisten bedah.
c. Guna mendukung suatu kontinum dari pelayanan suportif pasca bedah, catatan laporan operasi tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anestesi.
d. Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi, suatu catatan singkat tindakan bedah bisa digunakan sebagai pengganti laporan tertulis tindakan bedah.
e. Laporan tertulis tindakan bedah atau catatan singkat operasi tersebut minimum memuat:
    1) Diagnosa pasca operasi;
    2) Nama dokter bedah dan asisten-asisten;
    3) Nama prosedur;
    4) Spesimen bedah untuk pemeriksaan;

5) Catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah; dan
6) Tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.

53. Penatalaksanaan Pasca bedah

a. Pada setiap pasien yang dilakukan pembedahan, asuhan pasien pasca pembedahan direncanakan dan didokumentasikan.
b. Asuhan medis dan perawatan pasca bedah setiap pasien perlu dibedakan. Oleh karenanya, penting untuk merencanakan asuhan tersebut, termasuk tingkatan asuhan, serta tempat (*setting*) asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat.
c. Perencanaan asuhan pasca bedah dapat dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien.
d. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan dalam status pasien untuk memastikan kelanjutan pelayanan selama periode pemulihan atau rehabilitasi.

54. Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Pelayanan Risiko Tinggi

a. Rumah sakit memberi pelayanan bagi berbagai variasi pasien dengan berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan.
b. Beberapa pasien yang digolongkan risiko-tinggi karena umur, kondisi, atau kebutuhan yang bersifat kritis.
    1) Anak dan lanjut usia umumnya dimasukkan dalam kelompok ini karena mereka sering tidak dapat menyampaikan pendapatnya, tidak mengerti proses asuhan dan tidak dapat ikut memberi keputusan tentang asuhannya.
    2) Demikian pula, pasien yang ketakutan, bingung atau koma tidak mampu memahami proses asuhan bila asuhan harus diberikan secara cepat dan efisien.
c. Rumah sakit juga menyediakan berbagai variasi pelayanan, sebagian termasuk yang berisiko tinggi karena memerlukan peralatan yang kompleks, yang diperlukan untuk pengobatan penyakit yang mengancam jiwa (pasien dialisis), sifat pengobatan (penggunaan darah atau produk darah), potensi yang membahayakan pasien atau efek toksik dari obat berisiko tinggi (misalnya kemoterapi).
d. Kebijakan dan prosedur merupakan alat yang sangat penting bagi staf untuk memahami pasien tersebut dan pelayanannya dan memberi respon yang cermat, kompeten dan dengan cara yang seragam.
e. Pimpinan bertanggung jawab untuk :
    1) Mengidentifikasi pasien dan pelayanan yang dianggap berisiko tinggi di rumah sakit;
    2) Menggunakan proses kerjasama (kolaborasi) untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai;

3) Melaksanakan pelatihan staf dalam mengimplementasikan kebijakan dan prosedur.

f. Pasien dan pelayanan yang diidentifikasikan sebagai kelompok pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi, apabila ada di dalam rumah sakit maka dimasukkan dalam daftar prosedur.

g. Rumah sakit dapat pula melakukan identifikasi risiko sampingan sebagai akibat dari suatu prosedur atau rencana asuhan (contoh, perlunya pencegahan trombosis vena dalam, ulkus dekubitus dan jatuh). Bila ada risiko tersebut, maka dapat dicegah dengan cara melakukan pelatihan staf dan mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai.

h. Yang termasuk pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi :
   1) Pasien gawat darurat
   2) Pelayanan resusitasi di seluruh unit rumah sakit
   3) Pemberian darah dan produk darah.
   4) Pasien yang menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma.
   5) Pasien dengan penyakit menular dan mereka yang daya tahannya menurun .
   6) Pasien dialisis (cuci darah)
   7) Penggunaan alat pengekang (*restraint*) dan pasien yang diberi pengekang/ penghalang.
   8) Pasien lanjut usia, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko diperlakukan kasar/ kejam.
   9) Pasien yang mendapat kemoterapi atau terapi lain yang berisiko tinggi.

55. Pelayanan gizi bagi Pasien di RS

a. Makanan dan nutrisi yang memadai penting bagi kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien.

b. Makanan yang sesuai dengan umur pasien, budaya pasien dan preferensi diet, rencana pelayanan, harus tersedia secara rutin.

c. Pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan seleksi makanan, dan keluarga pasien dapat, bila sesuai, berpartisipasi dalam menyediakan makanan, konsisten dengan budaya, agama, dan tradisi dan praktik lain.

d. Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan, DPJP atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrien lain yang sesuai bagi pasien.

e. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang/ kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan.

f. Bila mungkin, pasien ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya.

g. Pada asesmen awal, pasien diperiksa/ ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisional. Pasien ini akan dikonsulkan ke nutrisionis untuk asesmen lebih lanjut.
h. Bila ternyata ada risiko nutrisional, dibuat rencana terapi gizi.
i. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter, perawat dan ahli diet dan kalau perlu keluarga pasien, bekerjasama merencanakan dan memberikan terapi gizi.
j. Hal yang harus dipenuhi oleh rumah sakit terkait nutrisi pasien adalah :
    1) Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara regular.
    2) Sebelum memberi makan pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat.
    3) Pesanan didasarkan atas status gizi, latar belakang agama dan budaya serta kebutuhan pasien.
    4) Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan pelayanannya.
    5) Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien.
    6) Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
    7) Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
    8) Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
    9) Distribusi makanan dilakukan tepat waktu, dan memenuhi sesuai permintaan khusus pasien terkait waktu.
    10) Praktik penanganan memenuhi peraturan dan perundangan yang berlaku.
    11) Pasien, termasuk pasien anak dan balita yang pada asesmen berada pada risiko nutrisional, mendapat terapi gizi.
    12) Suatu proses kerjasama dipakai untuk merencanakan, memberikan dan memonitor terapi gizi.
    13) Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
    14) Respon pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya.

56. Pelayanan Obat untuk Pasien di RumahSakit

a. Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.
b. Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik.
c. Rumah sakit bertanggungjawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

d. Rumah sakit dapat menentukan batas-batas untuk penulisan resep maupun pemesanan oleh perseorangan, misalnya untuk bahan yang dikendalikan, bahan-bahan kemoterapi, atau radioaktif serta obat investigatif.
e. Petugas-petugas yang diperkenankan untuk penulisan resep dan pemesanan obat dikenal oleh bagian pelayanan farmasi atau orang-orang lain yang mengeluarkan obat.
f. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk penulisan resep atau pemesanan obat.
g. Hal yang harus dipatuhi terkait obat :
    1) Hanya orang yang diijinkan oleh rumah sakit dan peraturan perundangan yang dapat menuliskan resep atau memesan obat
    2) Ada proses untuk menetapkan batas bagi petugas, bila perlu, untuk praktek penulisan resep atau pemesanan obat.
    3) Petugas-petugas yang diijinkan untuk menuliskan resep dan memesan obat dikenal oleh unit pelayanan farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat-obat.

57. Pendokumentasian Obat

a. Obat-obatan yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien
b. Pencatatan setiap pasien yang menerima obat, rekam medisnya berisi daftar obat yang diresepkan atau dipesan untuk pasien beserta dosis dan berapa kali obat diberikan. Termasuk pula obat yang diberikan "bila perlu".
c. Bila informasi ini dicatat pada lembaran obat yang terpisah, maka lembaran tersebut diselipkan dalam rekam medis pasien saat dipulangkan atau dipindahkan.
d. Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian.
e. Ketika suatu obat dikeluarkan dari kemasannya yang asli atau disiapkan dan disalurkan dalam bentuk/ wadah (*container)* yang berbeda – dan tidak segera diberikan – obat harus diberi label dengan nama obat, dosis/ konsentrasi obat, tanggal penyiapan dan tanggal kadaluwarsa.
f. Farmasi sentral dan titik distribusi obat yang lain di seluruh rumah sakit menggunakan sistem yang sama. Sistem menunjang pengeluaran obat secara akurat dan tepat waktu.
g. Dalam kaitan ini maka rumah sakit harus menetapkan sistem yang baku berupa :
    1) Ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat
    2) Setelah disiapkan, obat diberi label secara tepat, dengan nama obat, dosis/ konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien.

3) Obat disalurkan dengan bentuk yang-paling-siap-diberikan
4) Sistem mendukung penyaluran obat secara akurat.
5) Sistem mendukung penyaluran obat tepat waktu

58. Siapa Yang Berhak Memberikan Obat

Pemberian obat untuk mengobati seorang pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas dengan pengetahuan dan pengalaman sesuai persyaratan dan yang juga diijinkan berdasarkan lisensi, sertifikasi, undang-undang atau peraturan untuk pemberian obat. Suatu rumah sakit bisa membuat batasan bagi petugas dalam pemberian obat, seperti bahan yang diawasi atau radioaktif dan obat investigatif. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk memberikan obat. Apa yang harus dilakukan rumah sakit adalah :

a. Rumah sakit mengidentifikasi petugas, melalui uraian jabatannya atau proses pemberian kewenangan, mendapatkan otorisasi untuk memberikan obat.
b. Hanya mereka yang mempunyai ijin dari rumah sakit dan pemberi lisensi yang terkait, undang-undang dan peraturan bisa memberikan obat.
c. Ada proses untuk menetapkan batasan, bila perlu, terhadap pemberian obat oleh petugas.

59. Obat Yang Dibawa Pasien Dari Rumah

a. Kebijakan dan prosedur mengatur obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*).
b. Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan atau dipesan di rumah sakit.
c. Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya harus diketahui oleh DPJP dan dicatat di rekam medis pasien.
d. Penggunaan obat tersebut dikendalikan oleh staf rumah sakit.

60. Monitoring Efek Obat Dan Efek Samping Obat

a. Pasien, dokter, perawat dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat.
b. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung leukosit, erytrosit, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD.
c. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, bila perlu. Monitoring dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapetik yang diantisipasi

maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain.

d. Memonitor efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi semua KTD yang harus dicatat dan yang harus dilaporkan. Rumah sakit membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD bila perlu dan kerangka waktu untuk pelaporan.Hal yang perlu diperhatikan :
   1) Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (*adverse effect*).
   2) Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif
   3) Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit.

61. Pembuatan Catatan Asuhan Pasien Terintegrasi

a. Semua proses asuhan pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) harus dicatat dalam berkas rekam medis pasien secara runtut sesuai dengan perjalanan asuhan yang dialami pasien di RS, mulai dari Assesmen Awal sampai pada Resume Pulang.

b. Pencatatan dalam berkas rekam medis mengikuti kaidah *Problem Oriented Medical record* (POMR) yaitu dengan pola S (subyektif, keterangan/ keluhan pasien), O (objektif, fakta yang ditemukan pada pasien melalui pemeriksaan fisik dan penunjang), A (analisis, merupakan kesimpulan/ diagnose yang dibuat berdasarkan S dan O) dan P *(plan*, rencana asuhan yang akan diterapkan pada pasien).

62. Standar Pelayanan Dan Standar Prosedur Operasional

a. Dalam melaksanakan tugas profesionalnya staf medis mengacu pada buku PPK medis dan SOP-AP tindakan medis.

b. Staf Keperawatan juga dalam melaksanakan tugas profesional mengacu pada PPK keperawatan dan SOP-AP tindakan keperawatan.

DIREKTUR UTAMA

ENDANG WIDYASWATI