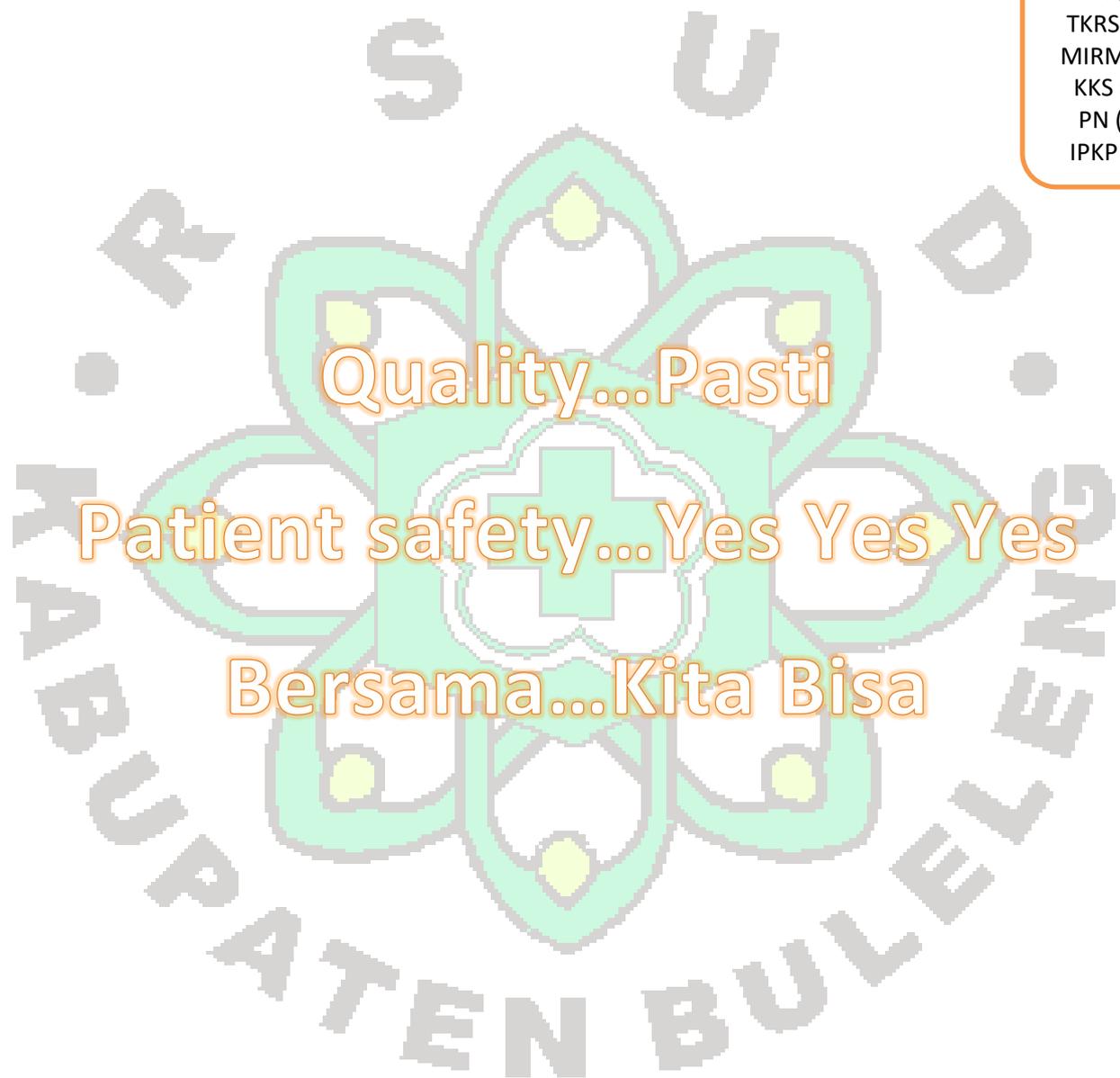


2020

TIM AKREDITASI RSUD
BULELENG

SKP (1)
ARK (10)
HPK (26)
AP (41)
PAP (61)
PAB (75)
PKPO (87)
MFK (99)
MKE (122)
PMKP (128)
PPI (138)
TKRS (152)
MIRM (178)
KKS (187)
PN (204)
IPKP (210)



[BELAJAR SNARS VER 1.1.]

Dokumen ini digunakan untuk pembelajaran internal seluruh komponen RSUD Kabupaten Buleleng dalam memahami maksud dan tujuan dari seluruh elemen penilaian SNARS edisi 1.1

SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

GAMBARAN UMUM

Bab ini membahas Sasaran Keselamatan Pasien yang wajib diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Pemerintah.

Maksud dan tujuan

Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien.

SASARAN 1 : MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

Standar SKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

Maksud dan Tujuan SKP 1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

Ada 2 (dua) maksud dan tujuan standar ini: pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) bentuk identifikasi, yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medik, nomor induk kependudukan atau bentuk lainnya (misalnya, barcode/QR code). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.

Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

SASARAN 2: MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Standar SKP2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA).

Maksud dan Tujuan SKP 2 sampai SKP 2.2

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksendan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (look alike, sound alike), seperti phenobarbital dan phentobarbital, serta lainnya.

Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada

- a) pemeriksaan laboratorium
- b) pemeriksaan radiologi;
- c) pemeriksaan kedokteran nuklir;
- d) prosedur ultrasonografi
- e) magnetic resonance imaging;
- f) diagnostik jantung;
- g) pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, portable radiographs, bedside ultrasound, atau transesophageal echocardiograms.

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara mencolok akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan tounang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

- 1) pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari
- 2) dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasielektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepadasiapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;

- 3) prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang (lihat juga MIRM 12 EP 1)

Serah terima asuhan pasien (hand over) di dalam rumah sakit terjadi:

- a) antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift
- b) antar berbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan
- c) dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (adverse event) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi layanan dapat memperbaiki secara signifikan proses asuhan pasien.

SASARAN 3: MENINGKATNYA KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (HIGH ALERT MEDICATIONS)

Standar SKP 3

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

Maksud dan Tujuan SKP 3 dan SKP 3.1

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

- obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinis tampak/kelihatan sama (look alike), bunyi ucapan sama (sound alike), seperti Xanax dan Zantac atau hydralazine dan hydroxyzine atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- elektrolit konsentrat: potasium fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml dan natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 50% atau lebih
- elektrolit dengan konsentrasi tertentu: potasium klorida dengan konsentrasi 1mEq/ml atau lebih dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi medication error di seluruh dunia.

Penyebab hal ini adalah

- 1) pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
- 2) ada produk baru;
- 3) kemasan dan label sama;
- 4) indikasi klinis sama;
- 5) bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
- 6) terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (high alert medication) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti the World Health Organization (WHO) dan Institute for Safe Medication Practices (ISMP), di berbagai kepustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel.

Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (high alert medication) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi (lihat juga PKPO 3.2).

Rumah sakit membuat daftar semua obat high alert dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang "kejadian yang tidak diharapkan" (adverse event) atau "kejadian nyaris cedera" (near miss) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Informasi dari kepustakaan seperti dari Institute for Safe Medication Practices (ISMP), Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat high alert.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek peresepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat high alert harus disimpan di instalasi farmasi. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di unit/depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

SASARAN 4: TERLAKSANANYA PROSES TEPAT-LOKASI, TEPAT-PROSEDUR, TEPAT-PASIENT YANG MENJALANI TINDAKAN DAN PROSEDUR

Standar SKP 4

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur dan Tepat-Pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

Maksud dan Tujuan SKP 4

Salah-Lokasi, Salah-Prosedur, dan Salah-Pasien yang menjalani tindakan serta prosedur merupakan kejadian sangat mengkhawatirkan dan dapat terjadi. Kesalahan ini terjadi antara lain akibat

- 1) komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antaranggota tim;
- 2) tidak ada keterlibatan pasien untuk memastikan ketepatan lokasi operasi dan tidak ada prosedur untuk verifikasi;
- 3) asesmen pasien tidak lengkap;
- 4) catatan rekam medik tidak lengkap;
- 5) budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antaranggota tim;
- 6) masalah yang terkait dengan tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap;
- 7) penggunaan singkatan yang tidak terstandardisasi dan dilarang.

Tindakan bedah dan prosedur invasif memuat semua prosedur investigasi dan atau memeriksa penyakit serta kelainan dari tubuh manusia melalui mengiris, mengangkat, memindahkan, mengubah atau memasukkan alat laparaskopi/endoskopi ke dalam tubuh untuk keperluan diagnostik dan terapeutik.

Rumah sakit harus menentukan area-area di dalam rumah sakit yang melakukan tindakan bedah dan prosedur invasif. Sebagai contoh, kateterisasi jantung, radiologi intervensi, laparaskopi, endoskopi, pemeriksaan laboratorium, dan lainnya. Ketentuan rumah sakit tentang Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien berlaku di semua area rumah sakit di lokasi tindakan bedah dan invasif dilakukan.

Rumah sakit diminta untuk menetapkan prosedur yang seragam sebagai berikut:

1. beri tanda di tempat operasi;
2. dilakukan verifikasi praoperasi;
3. melakukan Time Out sebelum insisi kulit dimulai.

Pemberian tanda di tempat dilakukan operasi atau prosedur invasif melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang tepat serta dapat dikenali. Tanda yang dipakai harus konsisten digunakan di semua tempat di rumah sakit, harus dilakukan oleh individu yang melakukan prosedur operasi, saat melakukan pasien sadar dan terjaga jika mungkin, serta harus masih terlihat jelas setelah pasien sadar. Pada semua kasus, lokasi tempat operasi harus diberi tanda, termasuk pada sisi lateral (laterality), daerah struktur multipel (multiple structure), jari tangan, jari kaki, lesi, atau tulang belakang.

Tujuan proses verifikasi praoperasi adalah

- 1) memastikan ketepatan tempat, prosedur, dan pasien;
- 2) memastikan bahwa semua dokumen yang terkait, foto (imaging), dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji;

3) memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan.

Beberapa elemen proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan sebelum pasien tiba di tempat praoperasi, seperti memastikan dokumen, imaging, hasil pemeriksaan, dokumen lain diberi label yang benar, dan memberi tanda di tempat (lokasi) operasi

Time-Out yang dilakukan sebelum dimulainya insisi kulit dengan semua anggota tim hadir dan memberi kesempatan untuk menyelesaikan pertanyaan yang belum terjawab atau ada hal yang meragukan yang perlu diselesaikan. Time-Out dilakukan di lokasi tempat dilakukan operasi sesaat sebelum prosedur dimulai dan melibatkan semua anggota tim bedah. Rumah sakit harus menetapkan prosedur bagaimana proses Time-Out berlangsung.

Salah-lokasi, salah-prosedur, dan salah-pasien operasi adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu, juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan penulisan di instruksi pengobatan/ resep yang tidak terbaca (illegible handwriting), serta pemakaian singkatan yang tidak terstandarisasi atau yang dilarang merupakan faktor-faktor yang sering terjadi.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko ini. Kebijakan ini termasuk definisi tindakan operasi yang lengkap sesuai dengan cakupan pelayanan rumah sakit (lihat juga PAB 7). Kebijakan ini berlaku di setiap lokasi rumah sakit dimana prosedur ini dijalankan.

Praktik berbasis bukti ini diuraikan dalam Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety terkini.

SASARAN 5: DIKURANGINYA RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN

Standar SKP 5

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan "evidence-based hand hygiene guidelines" untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan SKP 5

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.

Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) tersedia dari World Health Organization (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (towel), tersedia dilokasi sesuai dengan pedoman (lihat juga PPI 9).

SASARAN 6: MENGURANGI RISIKO CEDERA KARENA PASIEN JATUH

Standar SKP 6

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko pasien jatuh.

Maksud dan Tujuan SKP 6

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- a) kondisi pasien;
- b) gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
- c) lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
- d) riwayat jatuh pasien;
- e) konsumsi obat tertentu;
- f) konsumsi alkohol.

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh.

Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat periksa radiologi

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti parallel bars di unit rehabilitasi medik, freestanding staircases (tangga tanpa pegangan tangan, dan peralatan lain untuk latihan).

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau cart), tipe pasien, serta gangguan fungsional pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh.

Rumah sakit menjalankan program pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan regulasi yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau ketidak-sengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (restrain) atau pembatasan intake cairan.

AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)

GAMBARAN UMUM

Rumah sakit mempertimbangkan bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional pemberi asuhan dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan. Dimulai dengan skrining, yang tidak lain adalah memeriksa pasien secara cepat untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Melakukan pemeriksaan pasien pada dasarnya menggunakan langkah-langkah IAR : pengumpulan informasi, analisis informasi, membuat rencana.

Tujuan sistem pelayanan yang terintegrasi tsb adalah menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di Rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya

Hasil yang diharapkan dari proses asuhan di Rumah Sakit adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. Beberapa informasi dibutuhkan dalam memberikan asuhan pasien di Rumah Sakit terkait dengan

- Kebutuhan pasien yang dapat dilayani Rumah sakit.
- Pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien.
- Rujukan ke pelayanan lain, baik di dalam maupun keluar Rumah sakit.
- Pemulangan pasien yang tepat dan aman ke rumah.

Sistem pendaftaran ranap dan rawat jalan secara online memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit yang memadai dan merupakan aspek keterbukaan kepada publik.

Dalam proses pelayanan dan asuhan pasien, Manajer Pelayanan Pasien (MPP/ Case Manager) berperan menjaga kontinuitas pelayanan. Kehadiran MPP di rumah sakit penting sebagai bagian dari penerapan pelayanan berfokus pada pasien (Patient Centered Care) dan berperan dalam membantu meningkatkan kolaborasi interprofessional. (Panduan Praktik Manajer Pelayanan Pasien - MPP, KARS, 2016).

PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN

Standar ARK 1

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang penerimaan pasien dirawat inap atau pemeriksaan pasien di rawat jalan sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah diidentifikasi sesuai misi serta sumber daya rumah sakit yang ada.

Maksud dan Tujuan ARK 1

Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya rumah sakit bergantung pada informasi yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya melalui skrining pada saat kontak pertama.

Skrining di dalam Rumah Sakit dapat dilaksanakan melalui jalur cepat (fast track), kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging.

Skrining di luar Rumah Sakit dapat dilakukan di tempat pasien, atau di ambulans. Keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk dibuat setelah ada evaluasi hasil skrining. Bila Rumah sakit mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya, maka dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.

Rumah sakit dapat menentukan tes atau bentuk penyaringan tertentu untuk populasi pasien tertentu sebelum ditetapkan pasien dapat dilayani. Rumah Sakit dapat menetapkan untuk skrining terhadap kasus tertentu misalnya pasien curiga TB Paru harus diperiksa tes MDR (Multi Drug Resistance), contoh lain pasien diare aktif harus diperiksa *Clostridium difficile*, atau pasien tertentu diperiksa *Staphylococcus aureus* yang resisten terhadap methicillin. Tes spesifik tertentu atau evaluasi tertentu dilakukan jika Rumah sakit mengharuskannya, sebelum diputuskan dapat dilayani di rawat inap atau di unit rawat jalan (lihat juga AP 1).

Standar ARK 1.1

Pasien dengan kebutuhan gawat dan/atau darurat, atau yang membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk asesmen dan tindakan.

Maksud dan Tujuan ARK 1.1

Pasien dengan kebutuhan gawat dan/atau darurat, atau pasien yang membutuhkan pertolongan segera diidentifikasi menggunakan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan kebutuhan pasien, dengan mendahulukan dari pasien yang lain. Pada kondisi bencana, dapat menggunakan triase bencana. Sesudah dinyatakan pasien darurat, mendesak dan membutuhkan pertolongan segera, dilakukan asesmen dan menerima pelayanan secepat mungkin. Kriteria psikologis berbasis bukti dibutuhkan dalam proses triase untuk kasus kegawatdaruratan psikiatri. Pelatihan bagi staf diadakan agar staf mampu menerapkan kriteria triase berbasis bukti dan memutuskan pasien - pasien yang membutuhkan pertolongan segera serta pelayanan yang dibutuhkan.

Jika Rumah sakit tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien dengan kondisi darurat, pasien dirujuk ke rumah sakit lain yang fasilitas pelayanannya dapat memenuhi kebutuhan pasien. Sebelum ditransfer atau dirujuk pasien harus dalam keadaan stabil dan dilengkapi dengan dokumen pencatatan.

Standar ARK 1.2

Pada proses admisi pasien rawat inap, dilakukan skrining kebutuhan pasien untuk menetapkan prioritas pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif yang didasarkan atas kondisi pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 1.2

Pada waktu skrining dan pasien diputuskan diterima untuk rawat inap, maka proses asesmen akan membantu staf mengetahui prioritas kebutuhan pasien untuk pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif, paliatif dan dapat menentukan pelayanan yang sesuai dengan prioritas kebutuhan pasien, terutama pada keadaan keterbatasan fasilitas.

Yang dimaksudkan dengan pelayanan preventif (dalam proses admisi) adalah untuk mencegah perburukan/komplikasi pasien tersebut, misalnya antara lain, kasus luka tusuk dalam dan kotor diberikan

ATS, kasus luka bakar derajat berat dimasukkan ke unit luka bakar, pada kasus lain harus ditetapkan pelayanan preventif untuk mencegah penularan.

Contoh pada prioritas pelayanan kuratif antara lain pasien datang dengan kehamilan misalnya 36 minggu dan dengan nyeri dada kiri, agar ditetapkan penanganannya apakah prioritasnya untuk obstetri atau untuk kardiologi.

Standar ARK 1.3

Rumah sakit mempertimbangkan kebutuhan klinis pasien dan memberi tahu pasien jika terjadi penundaan dan kelambatan pelaksanaan tindakan/pengobatan dan/atau pemeriksaan penunjang diagnostik.

Maksud dan Tujuan ARK 1.3

Pasien diberitahu jika ada penundaan dan kelambatan pelayanan antara lain akibat kondisi pasien atau jika pasien harus masuk dalam daftar tunggu. Kelambatan adalah kondisi dimana suatu pelayanan/tindakan melebihi durasi yang normatif, misalnya operasi yang normatif satu jam tetapi berlangsung lebih dari satu jam.

Pasien diberi informasi alasan dan sebab mengapa terjadi penundaan/kelambatan atau harus menunggu serta diberi tahu tentang alternatif yang tersedia, ketentuan ini berlaku bagi pasien rawat inap dan rawat jalan.

Untuk beberapa pelayanan, seperti onkologi atau transplan tidak berlaku ketentuan tentang penundaan/kelambatan pelayanan atau tes.

PENDAFTARAN

Standar ARK 2

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur proses pasien masuk rumah sakit untuk rawat inap dan proses pendaftaran rawat jalan, dan rumah sakit berusaha mengurangi kendala antara lain pada pasien disabilitas, bahasa dan budaya serta hambatan lainnya dalam memberikan pelayanan.

Maksud dan Tujuan ARK 2

Ditetapkan regulasi untuk proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan sesuai peraturan perundang-undangan. Staf memahami dan mampu melaksanakan proses penerimaan pasien.

Proses tersebut antara lain meliputi:

- Pendaftaran pasien rawat jalan
- Pendaftaran pasien rawat inap
- Pendaftaran pasien gawat darurat
- Penerimaan langsung dari unit darurat ke unit rawat inap
- Menahan pasien untuk observasi
- Mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur
- Sistem pendaftaran rawat jalan dan rawat inap secara online

Rumah Sakit sering melayani berbagai populasi pasien antara lain pasien lansia, disabilitas (fisik, mental, intelektual), menggunakan berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau hambatan yang lainnya, sehingga membuat proses pelayanan lebih sulit. Rumah Sakit mengidentifikasi kesulitan tersebut dan melaksanakan proses mengurangi hambatan tersebut pada saat penerimaan pasien.

Dalam rangka keterbukaan kepada publik tersedia sistem pendaftaran rawat inap dan rawat jalan secara online.

Standar ARK 2.1

Saat admisi, pasien dan keluarga pasien dijelaskan tentang rencana asuhan, hasil yang diharapkan dari asuhan, dan perkiraan biayanya.

Maksud dan Tujuan ARK 2.1

Saat diputuskan rawat inap, dokter yang memutuskan rawat inap memberi informasi tentang rencana asuhan yang diberikan, hasil asuhan yang diharapkan, termasuk penjelasan oleh petugas pendaftaran tentang perkiraan biaya yang harus dibayarkan oleh pasien / keluarga.

Pemberian informasi didokumentasikan. Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan, hal ini merupakan implementasi pelayanan berfokus pada pasien (PCC), dan suatu bentuk integrasi PPA dengan pasien/keluarga.

Standar ARK 2.2

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola alur pasien di seluruh bagian rumah sakit

Maksud dan Tujuan ARK 2.2

Banyaknya pasien yang datang ke unit gawat darurat dan meningkatnya hunian Rs dapat menyebabkan pasien menumpuk di unit gawat darurat sehingga unit gawat darurat digunakan sebagai tempat menunggu sementara pasien rawat inap. Untuk mengatasi penumpukan pasien, maka RS harus berupaya mencegah terjadinya penumpukan tersebut karena akan berpengaruh pada pelayanan dan keselamatan pasien. Penumpukan di UGD dapat berkurang bila situasi tempat tidur di rawat inap lebih mudah tersedia.

Pengelolaan yang efektif terhadap alur pasien dirawat inap (seperti penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, dan pemulangan) dapat mengurangi penundaan asuhan kepada pasien. Komponen dari pengelolaan alur pasien terutama di rawat inap termasuk:

- a) ketersediaan tempat tidur rawat inap;
- b) perencanaan alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
- c) perencanaan SDM untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit gawat darurat;
- d) alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi);
- e) efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahtanggaan dan transportasi);
- f) pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien;
- g) akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).

Monitoring dan perbaikan proses ini merupakan strategi yang tepat dan bermanfaat untuk mengatasi masalah. Semua staf rumah sakit, mulai dari unit rawat inap, unit gawat darurat, staf medik, keperawatan, administrasi, lingkungan, manajemen risiko, dapat ikut berperan serta menyelesaikan masalah arus pasien ini. Koordinasi ini dapat dilakukan oleh seorang Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/Case manager.

Alur pasien menuju dan penempatannya di unit gawat darurat berpotensi membuat pasien bertumpuk. Ada penempatan pasien di unit gawat darurat yang merupakan jalan keluar sementara mengatasi penumpukan pasien rawat inap rumah sakit. Maka Rumah sakit harus menetapkan standar waktu berapa lama pasien di unit gawat darurat, di unit intermediate, kemudian selanjutnya harus ditransfer ke unit rawat inap Rumah sakit. Yang diharapkan disini adalah agar rumah sakit mengatur dan menyediakan tempat aman bagi pasien.

Standar ARK 2.3

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang kriteria pasien yang ditetapkan untuk masuk/keluar rawat pelayanan spesialistik atau pelayanan intensif.

Maksud dan Tujuan ARK 2.3

Unit yang memberikan pelayanan intensif (misalnya antara lain ICU, ICCU, pasca operasi) atau unit pelayanan spesialistik (misalnya unit luka bakar atau transplantasi organ) merupakan unit yang mahal dan

biasanya menempati ruangan dengan staf terbatas. Setiap rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk menentukan pasien yang membutuhkan tingkat pelayanan yang tersedia di unit-unit tersebut.

Dengan mempertimbangkan bahwa pelayanan di unit spesialisik menghabiskan banyak sumber daya, rumah sakit mungkin membatasi hanya pasien dengan kondisi medik yang reversibel saja yang dapat diterima masuk dan pasien kondisi khusus termasuk menjelang akhir kehidupan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Agar konsisten, kriteria menggunakan prioritas atau parameter diagnostik dan atau parameter obyektif termasuk kriteria berbasis fisiologis.

Mereka yang berasal dari unit-unit gawat darurat, intensif atau layanan spesialisik berpartisipasi menentukan kriteria. Kriteria digunakan untuk menentukan penerimaan langsung di unit, misalnya masuk dari unit gawat darurat.

Kriteria juga digunakan untuk masuk dari unit-unit di dalam atau dari luar rumah sakit, seperti halnya pasien dipindah dari rumah sakit lain. Pasien yang diterima masuk di unit khusus memerlukan asesmen dan evaluasi ulang untuk menentukan apakah kondisi pasien berubah sehingga tidak memerlukan lagi pelayanan spesialisik. Misalnya, jika status fisiologis sudah stabil dan monitoring intensif baik, tindakan lain tidak diperlukan lagi. Ataupun jika kondisi pasien menjadi buruk sampai pada titik pelayanan intensif atau tindakan khusus tidak diperlukan lagi, pasien kemudian dapat dipindah ke unit layanan lebih rendah (seperti unit pelayanan medik atau bedah, rumah penampungan, atau unit pelayanan paliatif).

Kriteria untuk memindahkan pasien dari unit khusus ke unit pelayanan lebih rendah harus sama dengan kriteria yang dipakai untuk memindahkan pasien ke unit pelayanan berikutnya. Misalnya, jika keadaan pasien menjadi buruk sehingga pelayanan intensif dianggap tidak dapat menolong lagi, maka pasien masuk ke rumah penampungan (hospices) atau ke masuk ke unit pelayanan paliatif dengan menggunakan kriteria.

Apabila rumah sakit melakukan riset atau menyediakan pelayanan spesialisik atau melaksanakan program, penerimaan pasien di program tersebut harus melalui kriteria tertentu. Mereka yang terlibat dalam riset atau program lain harus terlibat dalam menentukan kriteria yang diberlakukan terhadap pasien yang diterima masuk.

KESINAMBUNGAN PELAYANAN

Standar ARK 3

Asesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 3

Kesinambungan asuhan pasien setelah di rawat inap memerlukan persiapan dan pertimbangan khusus bagi sebagian pasien termasuk kebutuhan biopsikososial, seperti perencanaan pemulangan pasien (P3) discharge planning. Penyusunan P3 diawali saat proses asesmen awal rawat inap, membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemutakhiran/updating. Untuk identifikasi pasien yang membutuhkan P3, Rumah sakit menetapkan kriteria misalnya antara lain: umur, tidak adanya mobilitas, perlu bantuan medik dan keperawatan terus menerus, bantuan melakukan kegiatan sehari-hari, bantuan pelayanan psikososial.

Pasien yang memerlukan perencanaan pemulangan pasien (Discharge Planning), maka rumah sakit mulai merencanakan hal tersebut sedini mungkin yang sebaiknya untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua PPA terkait/relevan serta difasilitasi oleh MPP. Keluarga dilibatkan dalam proses ini sesuai kebutuhan.

Rencana pulang termasuk edukasi dan latihan keterampilan khusus yang mungkin dibutuhkan pasien dan keluarga untuk kontinuitas (kesinambungan) asuhan diluar rumah sakit. Sebagai contoh, pasien yang baru didiagnosis Tipe 1 diabetes akan membutuhkan edukasi terkait diet dan nutrisi, termasuk keterampilan cara memberikan suntikan insulin. Pasien yang dirawat inap karena infark miokardial membutuhkan rehabilitasi dan pengaturan makanannya.

Kesinambungan asuhan pasca rawat inap akan berhasil bila penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antar PPA terkait/relevan dan difasilitasi MPP (Manajer Pelayanan Pasien) (lihat juga, ARK 4.1).

Standar ARK 3.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan koordinasi diantara profesional pemberi asuhan (PPA) dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP)/Case Manager.

Maksud dan Tujuan ARK 3.1

Alur pasien di Rumah sakit mulai dari admisi, keluar pulang atau pindah, melibatkan berbagai PPA, unit kerja dan MPP (Manajer Pelayanan Pasien). Selama dalam berbagai tahap pelayanan, kebutuhan pasien dipenuhi dari sumber daya yang tersedia di rumah sakit dan kalau perlu sumber daya dari luar. Kesinambungan pelayanan berjalan baik jika semua pemberi pelayanan mempunyai informasi yang dibutuhkan tentang kondisi kesehatan pasien terkini dan sebelumnya, agar dapat dibuat keputusan yang tepat.

Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan dengan pola Pelayanan berfokus pada pasien (Patient/Person Centered Care - PCC). Pola ini dipayungi oleh konsep WHO Conceptual framework integrated people-centred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015).

Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal kontribusi profesi masing-masing PPA adalah sama pentingnya, karena mempunyai peran masing-masing. Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ketingkat pelayanan yang berbeda, disini peran MPP penting untuk integrasi tersebut, dengan komunikasi yang memadai terhadap PPA.

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien, mencakup elemen sebagai berikut:

- Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga (lihat AP 4, PAP 2, PAP 5)
- DPIP sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh PPA (Clinical Leader) (lihat juga PAP 2.1.EP 4)
- PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain: dengan PPK (Panduan Praktik Klinis), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/Clinical Pathway terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi).
- Perencanaan Pemulangan Pasien(P3)/ Discharge Planning terintegrasi
- Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5)
- Manajer Pelayanan Pasien / Case Manager

Agar kesinambungan asuhan pasien tidak terputus, rumah sakit harus menciptakan proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan diantara PPA, MPP, Pimpinan unit dan staf lain sesuai regulasi Rumah sakit mencakup:

- a) Pelayanan darurat dan rawat inap
- b) Pelayanan diagnostik dan tindakan
- c) Pelayanan bedah dan non-bedah
- d) Pelayanan rawat jalan
- e) Ke Organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya di luar RS

Proses koordinasi dan kesinambungan pelayanan dibantu dengan penunjang lain seperti panduan praktik klinik, alur klinis/clinical pathways, rencana asuhan, format rujukan, daftartilik/check list lain dan sebagainya.

Diperlukan regulasi untuk proses koordinasi tersebut (lihat juga PAP 2).

Manajer pelayanan pasien (MPP), bukan merupakan PPA aktif, dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai:

Peran minimal adalah sebagai berikut:

- a) memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien
- b) mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien
- c) mengoptimalkan proses reimbursemenh)

dengan Fungsi sebagai berikut:

- a) Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien,
- b) Perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien
- c) Komunikasi dan koordinasi
- d) Edukasi dan advokasi

e) Kendali mutu dan biaya pelayanan pasien

Keluaran dan dampak yang diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan pasien antara lain, adalah:

- Pasien mendapat asuhan sesuai kebutuhannya
- Terpeliharanya kesinambungan pelayanan
- Meningkatnya pemahaman pasien dan kepatuhannya terhadap asuhan, serta meningkatnya kemandirian pasien
- Meningkatnya kemampuan pasien mengambil keputusan
- Meningkatnya keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
- Optimalisasi sistem pendukung pasien
- Pemulangan yang aman
- Meningkatnya kualitas hidup dan kepuasan pasien

MPP membantu proses kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan. Rekam medik pasien merupakan sumber informasi utama tentang proses pelayanan dan kemajuannya sehingga merupakan alat komunikasi penting. Rekam medik selama rawat inap, rawat jalan, dengan catatan terkini tersedia agar dapat mendukung dan bermanfaat untuk kesinambungan pelayanan pasien. PPA melakukan asesmen pasien berbasis IAR, sehingga informasi MPP juga dibutuhkan.

Oleh karenanya dalam pelaksanaan manajemen pelayanan pasien, MPP mencatat pada lembar form A yang merupakan evaluasi awal manajemen pelayanan pasien dan form B yang merupakan catatan implementasi manajemen pelayanan pasien. Kedua form tersebut merupakan bagian rekam medis.

Pada form A dicatat antara lain: identifikasi/skrining pasien untuk kebutuhan pengelolaan MPP, asesmen untuk manajemen pelayanan pasien termasuk rencana, identifikasi masalah – risiko -kesempatan, perencanaan manajemen pelayanan pasien, termasuk memfasilitasi proses perencanaan pemulangan pasien (discharge planning).

Pada form B dicatat antara lain: pelaksanaan rencana manajemen pelayanan pasien, monitoring, fasilitasi, koordinasi, komunikasi dan kolaborasi, advokasi, hasil pelayanan, terminasi manajemen pelayanan pasien

Diperlukan regulasi untuk proses koordinasi tersebut (lihat juga PAP 2).

Standar ARK 3.2

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa setiap pasien harus dikelola oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk memberikan asuhan kepada pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 3.2

Asuhan Pasien diberikan oleh PPA yang bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dan DPJP berperan sebagai Ketua tim asuhan pasien oleh PPA (Clinical Leader).

Untuk mengatur kesinambungan asuhan selama pasien berada di rumah sakit, harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai individu yang bertanggung-jawab mengelola pasien sesuai dengan kewenangan kliniknya, juga melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan. DPJP yang ditunjuk ini tercatat namanya di rekam medis pasien. DPJP/para DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di Rumah sakit dapat meningkatkan antara lain kesinambungan, koordinasi,

kepuasan pasien, mutu, keselamatan, termasuk hasil asuhan. Individu ini membutuhkan kolaborasi dan komunikasi dengan PPA lainnya.

Bila seorang pasien dikelola oleh lebih dari satu DPJP, maka harus ditetapkan DPJP Utama yang berasal dari para DPJP ybs. Sebagai tambahan, Rumah sakit menetapkan kebijakan dan proses perpindahan tanggung-jawab dari satu DPJP ke DPJP lain, juga pergantian DPJP Utama.

Standar ARK 3.3

Rumah sakit menetapkan informasi tentang pasien disertakan pada proses transfer.

Maksud dan Tujuan ARK 3.3

Selama di rawat inap di Rumah sakit, pasien mungkin dipindah dari satu pelayanan atau dari satu unit rawat inap ke berbagai unit pelayanan lain atau unit rawat inap lain. Jika PPA berubah akibat perpindahan ini, informasi penting terkait asuhan harus mengikuti pasien. Pemberian obat dan tindakan lain dapat berlangsung tanpa halangan, kondisi pasien dapat dimonitor. Untuk memastikan setiap tim asuhan menerima informasi yang diperlukan, rekam medik pasien ikut pindah atau ringkasan informasi yang ada di rekam medik disertakan waktu pasien pindah dan menyerahkan kepada tim asuhan yang menerima pasien. Ringkasan memuat sebab pasien masuk dirawat, temuan penting, diagnosis, prosedur atau tindakan, obat yang diberikan, keadaan pasien waktu pindah.

Bila pasien dalam pengelolaan MPP, maka kesinambungan proses tersebut diatas dipantau, diikuti dan transfernya disupervisi oleh MPP.

PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT DAN TINDAK LANJUT

Standar ARK 4

Rumah sakit menetapkan regulasi melaksanakan proses pemulangan pasien dari rumahsakit berdasar atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan atau tindakan.

Maksud dan Tujuan ARK 4:

Memulangkan pasien ke rumah atau keluarga, didasarkan atas kondisi kesehatan pasien dan kebutuhannya untuk memperoleh kesinambungan asuhan. Dapat juga pasien dirujuk atau dikirim ke praktisi kesehatan di luar rumah sakit. DPJP dan PPA lainnya yang bertanggung-jawab atas asuhan pasien menentukan kesiapan pasien keluar Rumah sakit berdasar kebijakan, kriteria dan indikasi rujukan yang ditetapkan Rumah sakit. Kebutuhan kesinambungan asuhan berarti rujukan ke dokter spesialis, rehabilitasi fisik, atau bahkan kebutuhan upaya preventif di rumah yang dikoordinasikan oleh keluarga pasien. Diperlukan proses yang terorganisir dengan baik untuk memastikan bahwa kesinambungan asuhan dikelola olehpraktisi kesehatan atau oleh sebuah organisasi di luar Rumah sakit.

Rumah sakit dapat menetapkan regulasi tentang kemungkinan pasien diijinkan keluar Rumah sakit dalam jangka waktu tertentu untuk keperluan penting.

Standar ARK 4.1

Rumah sakit bekerja sama/berkoordinasi dengan praktisi kesehatan di luar rumah sakittentang tindak lanjut pemulangan.

Maksud dan Tujuan ARK 4.1

Dibutuhkan perencanaan untuk mengatur tindak lanjut pemulangan pasien ke praktisi kesehatan atau organisasi lain yang dapat memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. Bila diperlukan rumah sakit yang berada di komunitas dimana praktisi kesehatanjuga berada didalamnya dapat membuat kerjasama formal dan informal. Jika pasien berasal dari komunitas/daerah lain, rumah sakit akan merujuk pasien ke praktisi kesehatan yangberasal dari komunitas dimana pasien tinggal.

Mungkin juga, pasien membutuhkan pelayanan dukungan dan pelayanan kesehatan pada waktu pasien keluar dari rumah sakit. Misalnya, pasien mungkin membutuhkan bantuan psikososial, nutrisi, ekonomi atau bantuan lain pada waktu pasien keluar Rumah sakit. Proses pemulangan pasien dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, memuat bentuk bantuan pelayanan yang dibutuhkan danketersediaannya bantuan yang dimaksud.

Standar ARK 4.2

Ringkasan pasien pulang dibuat untuk semua pasien rawat inap.

Maksud dan Tujuan ARK 4.2

Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal di Rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggung-jawab memberikan tindak lanjut asuhan. Ringkasan memuat hal-hal sebagai berikut (lihat MIRM 15):

- Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis dan komorbiditas lain
- Temuan fisik penting dan temuan-temuan lain
- Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan
- Obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah
- Kondisi pasien (status present)
- Ringkasan memuat instruksi tindak lanjut, agar dihindari istilah anjuran.

Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga karena memuat instruksi.

Maksud dan Tujuan ARK 4.2.1

Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari Rumah sakit oleh DPJP.

- 1) Satu salinan/copy dari ringkasan diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung-jawab memberikan tindak lanjut asuhan kepada pasien
- 2) Satu salinan diberikan kepada pasien sesuai regulasi Rumah sakit yang mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku
- 3) Satu salinan diberikan kepada penjamin
- 4) Salinan ringkasan berada di rekam medik pasien

Standar ARK 4.3

Untuk pasien rawat jalan yang membutuhkan asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks dibuat catatan tersendiri Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) dan tersedia untuk PPA.

Maksud dan Tujuan ARK 4.3

Jika Rumah sakit memberikan asuhan dan tindakan berlanjut kepada pasien dengan diagnosis kompleks dan atau yang membutuhkan asuhan kompleks (misalnya, pasien yang datang beberapa kali dengan masalah kompleks, menjalani tindakan beberapa kali, datang di beberapa unit klinik, dan sebagainya), maka kemungkinan dapat bertambahnya diagnosis dan obat, perkembangan riwayat penyakit, temuan pada pemeriksaan fisiknya. Karena itu untuk kasus seperti ini, harus dibuat ringkasannya. Sangat penting bagi setiap PPA yang berada di berbagai unit yang memberikan asuhan kepada pasien ini mendapat akses ke informasi Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) tersebut.

Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) memuat informasi, termasuk:

- Identifikasi pasien yang menerima asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks (seperti pasien di klinik jantung dengan berbagai komorbiditas antara lain DM tipe 2, Total Knee Replacement, Gagal ginjal tahap akhir dan sebagainya. Atau pasien di klinik neurologik dengan berbagai komorbiditas).
- Identifikasi informasi yang dibutuhkan oleh para DPJP yang menangani pasien tersebut.
- Menentukan proses yang digunakan untuk memastikan bahwa informasi medis yang dibutuhkan DPIP tersedia dalam format mudah ditelusur ("easy-to-retrieve") dan mudah direview.
- Evaluasi dari hasil implementasi proses untuk mengkaji bahwa informasi dan proses memenuhi kebutuhan DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien

Standar ARK 4.4

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola dan melakukan tindak lanjut pasien dan memberitahu staf rumah sakit bahwa mereka berniat keluar rumah sakit serta menolak rencana asuhan medis.

Maksud dan Tujuan ARK 4.4 dan ARK 4.4.1

Jika seorang pasien, rawat inap atau rawat jalan telah selesai menjalani pemeriksaan lengkap dan sudah ada rekomendasi tindakan yang perlu dilakukan, kemudian pasien ini menolak tindakan tsb dan memutuskan meninggalkan Rumah sakit, maka pasien ini dianggap sebagai pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Pasien rawat inap dan rawat jalan (termasuk pasien dari unit Gawar Darurat) berhak menolak tindakan medik dan kemudian keluar Rumah sakit. Pasien ini menghadapi risiko karena menerima pelayanan atau tindakan yang tidak lengkap yang dapat berakibat terjadi kerusakan permanen atau kematian. Dengan demikian pasien harus diberi tahu tentang risiko medis oleh dokter yang membuat rencana asuhan atau tindakan dan proses keluarnya pasien sesuai dengan regulasi Rumah sakit. Jika pasien mempunyai dokter keluarga, dokter keluarga tersebut harus diberitahu tentang keputusan pasien. Bila tidak ada dokter keluarga, maka pasien dimotivasi untuk mendapat/mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut.

Harus diupayakan agar mengetahui alasan mengapa pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Rumah sakit perlu mengetahui alasan ini agar dapat melakukan komunikasi lebih baik dengan pasien dan atau keluarga pasien dalam rangka memperbaiki proses.

Jika pasien menolak rencana asuhan medis tanpa memberi tahu siapapun di dalam Rumah sakit, atau ada pasien rawat jalan yang menerima pelayanan kompleks atau pelayanan untuk menyelamatkan jiwa, seperti kemoterapi atau terapi radiasi, tidak kembali ke Rumah sakit, maka Rumah sakit harus berusaha menghubungi pasien untuk memberi tahu tentang potensi risiko bahaya yang ada.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses ini sesuai dengan peraturan perundang - undangan yang berlaku, termasuk Rumah sakit membuat laporan ke dinas kesehatan/kementerian kesehatan tentang kasus infeksi dan memberi informasi tentang pasien yang mungkin mencelakakan dirinya atau orang lain.

Standar ARK 4.4.1

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola pasien yang menolak rencana asuhan medis yang melarikan diri.

RUJUKAN PASIEN

Standar ARK 5

Pasien dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasar atas kondisi pasien, untuk memenuhi kebutuhan asuhan berkesinambungan dan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan penerima untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 5

Pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan lain didasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan untuk memperoleh asuhan berkesinambungan. Rujukan pasien antara lain untuk memenuhi kebutuhan pasien atau konsultasi spesialistik dan tindakan, serta penunjang diagnostik. Jika pasien dirujuk ke rumah sakit lain, yang merujuk harus memastikan fasilitas kesehatan penerima menyediakan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas menerima pasien.

Diperoleh kepastian terlebih dahulu dan kesediaan menerima pasien serta persyaratan rujukan diuraikan dalam kerjasama formal atau dalam bentuk perjanjian. Ketentuan seperti ini dapat memastikan adanya kesinambungan asuhan tercapai dan kebutuhan pasien terpenuhi. Rujukan terjadi juga ke fasilitas kesehatan lain dengan atau tanpa ada perjanjian formal.

Standar ARK 5.1

Rumah sakit menetapkan proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman.

Maksud dan Tujuan ARK 5.1

Rujukan pasien sesuai kondisi pasien menentukan kualifikasi dari staf pendamping yang memonitor dan menentukan jenis peralatan medis khusus.

Selain itu harus dipastikan fasilitas pelayanan kesehatan penerima menyediakan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas pasien dan jenis teknologi medik.

Diperlukan proses konsisten melakukan rujukan pasien untuk memastikan keselamatan pasien

Proses ini menangani:

- Ada staf yang bertanggung-jawab dalam pengelolaan rujukan, termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- Selama dalam proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis.
- Dilakukan identifikasi kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis yang dibutuhkan selama proses rujukan.
- Dalam proses pelaksanaan rujukan, ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima

Rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keamanan dari proses rujukan untuk memastikan pasien telah ditransfer dengan staf yang kompeten dan dengan peralatan medis yang tepat.

Standar ARK 5.2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengatur proses rujukan dan dicatat di rekam medis pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 5.2

Informasi tentang pasien dirujuk disertakan bersama dengan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan

Dokumen rujukan berisi:

- a) Identitas pasien
- b) Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan
- c) Diagnosis kerja
- d) Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan
- e) Tujuan rujukan
- f) Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan

Dokumentasi juga memuat nama fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes) dan nama orang di fasyankes yang menyetujui menerima pasien, kondisi khusus untuk rujukan (seperti kalau ruangan tersedia di penerima rujukan, atau tentang status pasien). Juga dicatat jika kondisi pasien atau kondisi pasien berubah selama ditransfer (misalnya, pasien meninggal atau membutuhkan resusitasi).

Dokumen lain yang diminta sesuai kebijakan Rumah sakit (misalnya, tanda tangan perawat atau dokter yang menerima, nama orang yang memonitor pasien dalam perjalanan rujukan) masuk dalam catatan.

Dokumen rujukan diberikan kepada fasyankes penerima bersama dengan pasien.

Catatan setiap pasien yang dirujuk ke fasyankes lainnya memuat juga dokumentasi selama proses rujukan.

TRANSPORTASI

Standar ARK 6

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang transportasi dalam proses merujuk, memindahkan atau pemulangan, serta pasien rawat inap dan rawat jalan untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Maksud dan Tujuan ARK 6

Proses merujuk, memindahkan, memulangkan pasien membutuhkan pemahaman tentang kebutuhan transpor pasien. Misalnya, pasien dari unit pelayanan kronik atau pusat rehabilitasi yang membutuhkan pelayanan rawat jalan atau evaluasi asuhan di unit gawat darurat mungkin tiba dengan ambulans atau transportasi lainnya. Setelah selesai, pasien mungkin minta bantuan transpor untuk kembali ke rumahnya atau fasilitas lain. Pada situasi lain, misalnya pasien mengemudi sendiri kendaraan menuju rumah sakit untuk mendapatkan tindakan yang kemudian karena tindakan tadi mengganggu kemampuannya mengemudi sendiri untuk pulang (seperti, operasi mata, prosedur yang memerlukan sedasi dan sebagainya). Adalah tanggung-jawab rumah sakit melakukan asesmen kebutuhan transpor pasien dan memastikan pasien mendapat transportasi aman. Tergantung dari kebijakan Rumah sakit dan peraturan perUUan, ongkos transpor dapat atau tidak menjadi tanggung-jawab rumah sakit.

Jenis kendaraan untuk transportasi berbagai macam, mungkin ambulans atau lain kendaraan milik Rumah sakit atau berasal dari sumber yang diatur oleh keluarga atau teman. Jenis kendaraan yang diperlukan tergantung kondisi dan status pasien.

Kendaraan transportasi milik rumah sakit, harus tunduk pada peraturan perundang-undangan yang mengatur tentang kegiatan operasionalnya, kondisi, dan perawatan kendaraan. Rumah sakit mengidentifikasi kegiatan transportasi yang berisiko terkena infeksi dan menentukan strategi mengurangi risiko infeksi. Persediaan obat, perbekalan medik yang harus tersedia dalam kendaraan tergantung pasien yang dibawa. Misalnya, membawa pasien geriatri dari unit rawat jalan pulang ke rumahnya sangat berbeda dengan jika harus transfer pasien dengan penyakit menular atau transpor pasien luka bakar ke rumah sakitlain.

Jika Rumah sakit membuat kontrak layanan transportasi, rumah sakit harus dapat menjamin bahwa kontraktor harus memenuhi standar untuk mutu dan keselamatan pasien dan kendaraan. Jika layanan transpor diberikan oleh Kementerian Kesehatan/Dinas Kesehatan, perusahaan asuransi, atau organisasi lain yang tidak berada dalam pengawasan rumah sakit, masukan dari rumah sakit tentang keselamatan dan mutu transpor dapat memperbaiki kinerja penyedia pelayanan transpor

Dalam semua hal, rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keselamatan pelayanan transportasi. Hal ini termasuk penerimaan, evaluasi, tindak lanjut keluhan terkait pelayanan transportasi.

HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)

GAMBARAN UMUM

Pasien dan keluarganya adalah pribadi yang unik dengan sifat, sikap, perilaku yang berbeda-beda, kebutuhan pribadi, agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi.

Rumah sakit membangun kepercayaan dan komunikasi terbuka dengan pasien untuk memahami dan melindungi nilai budaya, psikososial, serta nilai spiritual setiap pasien.

Hasil pelayanan pada pasien akan meningkat bila pasien dan keluarga yang tepat atau mereka yang berhak mengambil keputusan diikutsertakan dalam pengambilan keputusan pelayanan dan proses yang sesuai dengan harapan, nilai, serta budaya.

Untuk mengoptimalkan hak pasien dalam pemberian pelayanan yang berfokus pada pasien dimulai dengan menetapkan hak tersebut, kemudian melakukan edukasi pada pasien serta staf tentang hak dan kewajiban tersebut. Para pasien diberi informasi tentang hak dan kewajiban mereka dan bagaimana harus bersikap. Para staf dididik untuk mengerti dan menghormati kepercayaan, nilai-nilai pasien, dan memberikan pelayanan dengan penuh perhatian serta hormat guna menjaga martabat dan nilai diri pasien.

Pada bab ini dikemukakan proses-proses untuk:

1. melakukan identifikasi, melindungi, dan mengoptimalkan hak pasien;
2. memberitahu pasien tentang hak mereka;
3. melibatkan keluarga pasien bila kondisi memungkinkan dalam pengambilan keputusan tentang pelayanan pasien;
4. mendapatkan persetujuan tindakan (informed consent);
5. mendidik staf tentang hak dan kewajiban pasien.

Bagaimana proses asuhan dilaksanakan di rumah sakit sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, konvensi internasional, dan perjanjian atau persetujuan tentang hak asasi manusia yang disahkan oleh pemerintah.

Proses ini berkaitan dengan bagaimana rumah sakit menyediakan pelayanan kesehatan dengan cara yang wajar yang sesuai dengan kerangka pelayanan kesehatan dan mekanisme pembiayaan pelayanan kesehatan yang berlaku. Bab ini juga berisi hak dan kewajiban pasien dan keluarganya serta berkaitan dengan penelitian klinis (clinical trial) dan donasi, juga transplantasi organ serta jaringan tubuh.

Standar HPK 1

Ada regulasi bahwa rumah sakit bertanggung jawab dan mendukung hatakukankeluarga selama dalam asuhan.

Maksud dan Tujuan HPK1

Kepemimpinan (leadership) rumah sakit bertanggung jawab bagaimana memperlakukan pasiennya dan pimpinan perlu mengetahui serta memahami hak pasien dan keluarga juga tanggung jawabnya seperti yang ditentukan dalam peraturan perundang-undangan.

Pimpinan rumah sakit memberikan arahan kepada kelompok staf medis (KSM), dan staf klinis lainnya di unit pelayanan untuk memastikan semua staf di rumah sakit ikut bertanggung jawab melindungi hak-hak ini.

Rumah sakit menghormati hak dan kewajiban, pasien, serta dalam banyak hal menghormati keluarga pasien, terutama hak untuk menentukan informasi apa saja yang dapat disampaikan kepada keluarga atau pihak lain terkait asuhan pasien. Sebagai contoh, pasien tidak ingin diagnosis dirinya disampaikan kepada keluarga.

Hak serta kewajiban pasien dan keluarga merupakan elemen dasar dari semua interaksi di rumah sakit, staf rumah sakit, pasien, dan keluarga. Oleh karena itu, harus ada regulasi yang memastikan semua staf sadar dan tanggap terhadap isu hak serta kewajiban pasien dan keluarga pada waktu berinteraksi saat memberikan asuhan kepada pasien.

Standar HPK 1.1

Rumah sakit memberikan asuhan dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien serta merespon permintaan yang berkaitan dengan bimbingan kerohanian.

Maksud dan Tujuan HPK 1.1

Pasien dengan populasi yang beragam dalam memeluk agama, keyakinan, dan memiliki nilai-nilai pribadi maka beragam pula dalam menerima proses asuhan. Beberapa agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi berlaku umum bagi semua pasien serta biasanya berasal dari budaya dan agama. Ada keyakinan yang bersifat individual. Rumah sakit melakukan identifikasi agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi pasien agar dalam memberikan asuhan selaras dengan agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi.

Asuhan pasien yang menghargai agama, keyakinan, dan nilai-nilai pribadi akan membantu kelancaran proses asuhan serta memberikan hasil asuhan yang lebih baik. Setiap profesional pemberi asuhan (PPA) harus melakukan identifikasi agama dan memahami agama, keyakinan, nilai-nilai pribadi pasien, serta menerapkan dalam asuhan pasien yang diberikan.

Jika pasien atau keluarga ingin berbicara dengan seseorang terkait kebutuhan agama dan spiritualnya maka rumah sakit menetapkan proses untuk menjawab permintaan ini. Proses ini dilaksanakan melalui staf kerohanian di rumah sakit. Proses ini menjadi kompleks bila rumah sakit atau negara tidak mengakui secara resmi atau mempunyai sumber terkait sebuah agama, tetapi bila ada permintaan ini maka rumah sakit dapat mengambil sumber di luar rumah sakit atau dari keluarga.

Standar HPK 1.2

Informasi tentang pasien adalah rahasia dan rumah sakit diminta menjaga kerahasiaan informasi pasien serta menghormati kebutuhan privasinya.

Maksud dan Tujuan HPK 1.2

Staf wajib menjaga dan menghargai informasi tentang pasien sebagai suatu kerahasiaan, di samping itu juga menghormati kebutuhan privasi pasien. Pada implementasinya rumah sakit diminta tidak mencantumkan informasi rahasia pasien pada pintu pasien, lobby atau ruang perawat (nurse station), dan tidak mengadakan diskusi yang terkait dengan pasien di ruang publik.

Staf menyadari peraturan perundang-undangan yang mengatur kerahasiaan informasi serta memberitahukan pasien bagaimana rumah sakit menghargai kerahasiaan informasi dan privasi mereka. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) memberitahu pada pasien atau keluarga tentang informasi kondisi pasien di setiap terjadi perubahan.

Rumah sakit memiliki kebijakan yang menunjukkan apakah pasien memiliki akses terhadap informasi kesehatan mereka dan proses untuk mendapatkan akses jika diizinkan.

Rumah sakit diminta menghormati hak privasi pasien terutama ketika diwawancara, diperiksa, dirawat, dan dipindahkan. Pasien mungkin menginginkan privasinya terlindung dari para karyawan, pasien lain, masyarakat, dan bahkan dari anggota keluarga. Di samping itu, pasien mungkin tidak ingin diambil fotonya, direkam, atau diikutsertakan dalam survei, wawancara tentang penelitian dan lainnya. Meskipun ada beberapa cara pendekatan umum untuk memberikan privasi bagi seluruh pasien, setiap pasien memiliki harapan privasi yang berbeda atau tambahan privasi sesuai dengan kebutuhan privasi pasien.

Harapan akan kebutuhan ini mungkin saja berubah seiring dengan waktu dan kondisi. Oleh karena itu, rumah sakit mengidentifikasi kebutuhan privasi pasien terkait dengan asuhan pasien. Informasi medis dan kesehatan lainnya ketika didokumentasikan dan dikumpulkan bersifat penting guna memahami pasien dan kebutuhannya serta memberikan perawatan dan pelayanan seiring dengan waktu. Informasi ini dapat berupa kertas atau elektronik atau kombinasi dari keduanya.

Rumah sakit menghargai informasi tersebut sebagai rahasia dan menerapkan regulasi yang melindungi informasi tersebut dari kehilangan atau penyalahgunaan. Regulasi yang ada mencakup informasi yang dapat diberikan sesuai dengan kebutuhan peraturan perundang-undangan.

Standar HPK 1.3

Rumah sakit menetapkan ketentuan untuk melindungi harta benda milik pasien dari kehilangan atau pencurian.

Maksud dan Tujuan HPK 1.3

Rumah sakit memberitahu pasien tentang tanggung jawab rumah sakit terhadap barang milik pasien dan batasan-batasannya. Rumah sakit bertanggung jawab terhadap barang milik pasien yang dibawa masuk ke rumah sakit sesuai dengan batasan. Rumah sakit memiliki proses untuk mengidentifikasi dan melindungi barang milik pasien yang ditiptkan atau pasien tidak dapat menjaganya untuk memastikan barang tidak hilang atau dicuri. Proses ini berlaku untuk pasien di unit darurat, pasien pelayanan satu hari (one day care), rawat inap, pasien yang tidak mampu menjaga barang miliknya, dan mereka yang tidak mampu membuat keputusan tentang barang miliknya (lihat juga MFK 4.1).

Standar HPK 1.4

Pasien yang rentan terhadap kekerasan fisik dan kelompok pasien yang berisiko diidentifikasi dan dilindungi.

Maksud dan tujuan HPK 1.4

Rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien berisiko yang tidak dapat melindungi dirinya sendiri, misalnya bayi, anak-anak, pasien cacat, manula, pascabedah, gangguan jiwa, gangguan kesadaran, dll

serta menetapkan tingkat perlindungan terhadap pasien tersebut. Perlindungan ini mencakup tidak hanya kekerasan fisik, tetapi juga mencakup hal-hal terkait keamanan, seperti kelalaian (negligent) dalam asuhan, tidak memberi layanan, atau tidak memberi bantuan waktu terjadi kebakaran. Semua anggota staf memahami tanggung jawabnya dalam proses ini.

Rumah sakit menjaga keamanan dalam tiga area yaitu:

- a. Area publik yang terbuka untuk umum seperti area parkir, rawat jalan dan penunjang pelayanan,
- b. Area tertutup dimana pada area ini hanya bisa dimasuki orang tertentu dengan ijin khusus dan pakaian tertentu misalnya kamar operasi,
- c. Area semi terbuka, yaitu area yang terbuka pada saat-saat tertentu dan tertutup pada saat yang lain, misalnya rawat inap pada saat jam berkunjung menjadi area terbuka tetapi diluar jam berkunjung menjadi area tertutup untuk itu pengunjung diluar jam berkunjung harus diatur, diidentifikasi dan menggunakan identitas pengunjung.

Standar HPK 2

Rumah sakit menetapkan regulasi dan proses untuk mendukung partisipasi pasien dan keluarga di dalam proses asuhan

Maksud dan tujuan HPK 2

Partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan melalui pengambilan keputusan tentang asuhan, bertanya soal asuhan, minta pendapat orang lain (second opinion), dan menolak prosedur diagnostik atau tindakan. Saat pasien minta second opinion, diharapkan rumah sakit tidak menolak, mencegah atau menghalanginya, sebaliknya rumah sakit diminta memfasilitasi permintaan tersebut dengan jalan pasien diberi informasi tentang kondisinya, hasil tes, diagnosis, rekomendasi tindakan, dan sebagainya. Rumah sakit tidak boleh menyembunyikan informasi ini jika pasien meminta second opinion. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mengatur hak pasien untuk mencari second opinion tanpa rasa khawatir memengaruhi proses asuhannya.

Rumah sakit mendorong pasien dan keluarga terlibat dalam seluruh aspek pelayanan. Seluruh staf sudah dilatih melaksanakan regulasi dan perannya dalam mendukung hak pasien serta keluarganya untuk berpartisipasi di dalam proses asuhannya.

Standar HPK 2.1

Pasien diberitahu informasi tentang semua aspek asuhan klinis, dan tindakan.

Maksud dan Tujuan HPK 2.1

Agar pasien dan keluarganya dapat berpartisipasi dalam membuat keputusan, mereka mendapat informasi tentang kondisi klinis, perkembangan asuhan setelah dilakukan asesmen, termasuk diagnosis pasti dan rencana asuhan. Pasien serta keluarga mengerti hal yang harus diputuskan tentang asuhan dan bagaimana mereka berpartisipasi dalam membuat keputusan. Sebagai tambahan, pasien serta keluarga harus mengerti tentang proses asuhan, tes pemeriksaan, prosedur, dan tindakan yang harus mendapat persetujuan (consent) dari mereka.

Selama dalam proses asuhan, pasien juga berhak untuk mendapat penjelasan tentang hasil pengobatan/tindakan, termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga. Pasien serta keluarga paham bahwa mereka berhak atas informasi ini dan berhak mengetahui siapa dokter yang bertanggungjawab untuk melayaninya yang akan memberitahu hasil asesmen dan pengobatan/tindakan. Pasien juga berhak tahu Perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan selama mendapatkan asuhan baik di rawat jalan, IGD maupun rawat inap.

Terkadang beberapa pasien tidak ingin mengetahui diagnosis penyakitnya atau berpartisipasi dalam membuat keputusan terkait asuhannya, tetapi mereka diberi kesempatan dan dapat memilih berpartisipasi melalui anggota keluarga, teman, atau pengganti keluarga. Bagi pasien harus jelas siapa DPJP yang akan memberi informasi tentang kondisi medik, asuhan, tindakan, dan hasil termasuk kejadian yang tidak terduga dan lain sebagainya.

Standar HPK 2.2

Pasien dan keluarga menerima informasi tentang penyakit, rencana tindakan, dan DPP serta para PPA lainnya agar mereka dapat memutuskan tentang asuhannya

Maksud dan tujuan HPK 2.2

Anggota staf menjelaskan setiap tindakan atau prosedur yang diusulkan kepada pasien dan keluarga.

Informasi yang diberikan memuat elemen

- a) diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dan dasar diagnosis,
- b) kondisi pasien;
- c) tindakan yang diusulkan;
- d) tata cara dan tujuan tindakan;
- e) manfaat dan risiko tindakan
- f) nama orang mengerjakan tindakan;
- g) kemungkinan alternatif dari tindakan;
- h) prognosis dari tindakan;
- i) kemungkinan hasil yang tidak terduga;
- j) kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan. (lihat juga HPK 5.2)

Staf klinis juga memberi tahu pasien, nama dokter, atau profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya sebagai penanggung jawab asuhan pasien yang diberi izin melakukan tindakan dan prosedur. Sering, pasien bertanya tentang kompetensi, pengalaman, jangka waktu bekerja di rumah sakit, dan sebagainya dari para DPJP serta PPA lainnya. Rumah sakit harus menetapkan proses untuk menjawab jika pasien minta tambahan informasi tentang DPJP dan perawat penanggung jawab asuhan (PPJA) mereka (lihat juga MKE 9).

Standar HPK 2.3

Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarganya tentang hak dan tanggung jawab mereka yang berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan

Maksud dan Tujuan HPK 2.3

Pasien atau mereka yang membuat keputusan atas nama pasien dapat memutuskan untuk tidak melanjutkan pelayanan atau pengobatan, yang direncanakan atau tidak meneruskan pelayanan atau pengobatan setelah kegiatan dimulai. Rumah sakit memberitahukan pasien dan keluarganya tentang hak mereka untuk membuat keputusan, potensi hasil dari keputusan tersebut, dan tanggung jawab mereka berkenaan dengan keputusan tersebut. Pasien serta keluarganya diberitahu tentang alternatif pelayanan dan pengobatan. (lihat juga ARK 4.4, EP 1)

Standar HPK 2.4

Rumah sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar (do not resuscitate/DNR)

Maksud dan Tujuan HPK 2.4

Keputusan menolak pelayanan resusitasi serta melanjutkan atau menolak pengobatan bantuan hidup dasar merupakan keputusan paling sulit yang dihadapi pasien, keluarga, PPA, dan rumah sakit. Tidak ada satupun proses yang dapat mengantisipasi semua situasi keputusan perlu dibuat. Karena itu, penting bagi rumah sakit untuk mengembangkan pedoman dalam pembuatan keputusan yang sulit tersebut. Rumah sakit diminta membuat pedoman yang berisi

- 1) rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang terkait;
- 2) rumah sakit harus memastikan sesuai dengan norma agama dan budaya;
- 3) mencakup situasi keputusan tersebut berubah sewaktu pelayanan sedang berjalan;
- 4) memandu PPA melalui isu hukum dan etika dalam melaksanakan menunda atau melepas bantuan hidup dasar;
- 5) rumah sakit mengembangkan regulasi melalui suatu proses yang melibatkan banyak profesi dari berbagai sudut pandang;
- 6) regulasi tentang identifikasi tanggungjawab masing-masing pihak dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien.

Standar HPK 2.5

Rumah sakit mendukung hak pasien terhadap asesmen dan manajemen nyeri yang tepat.

Maksud dan Tujuan HPK 2.5

Nyeri merupakan hal yang banyak dialami pasien dan nyeri yang tidak berkurang menimbulkan dampak yang tidak diharapkan kepada pasien secara fisik maupun psikologis. Respons pasien terhadap nyeri sering kali berada dalam konteks norma sosial, budaya, dan spiritual. Pasien didorong dan didukung melaporkan rasa nyeri. Rumah sakit diminta untuk mengakui hak pasien terhadap nyeri dan tersedia proses melakukan asesmen serta manajemen nyeri yang sesuai (lihat juga PAP 7.1 dan MKE 10 EP 4).

Standar HPK 2.6

Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya.

Maksud dan Tujuan HPK 2.6

Pasien yang sedang menghadapi kematian mempunyai kebutuhan yang unik dalam pelayanan yang penuh hormat dan kasih-sayang. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan. Agar dapat terlaksana, semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya. Kebutuhan ini meliputi pengobatan dan perawatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respons terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama, budaya pasien dan keluarganya, serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan. Pelayanan pasien pada akhir kehidupan termasuk di dalam perawatan jenazah sebelum dipindah ke ruang jenazah serta asuhan proses berduka pada keluarga. (lihat juga PAP 7.1 dan HPK 1.1)

Standar HPK 3

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang adanya proses untuk menerima, menanggapi dan menindaklanjuti bila ada pasien menyampaikan keluhan, konflik dan perbedaan pendapat tentang pelayanan pasien. Rumah sakit Juga menginformasikan tentang hak pasien dan keluarga untuk berpartisipasi dalam proses ini.

Maksud dan Tujuan HPK 3

Pasien mempunyai hak untuk menyampaikan keluhan tentang pelayanan yang mereka terima. Keluhan tersebut dicatat, ditelaah, ditindaklanjuti, dan dicari penyelesaiannya bila memungkinkan. Demikian pula, bila keputusan mengenai pelayanan menimbulkan pertanyaan, konflik, atau dilema lain bagi rumah sakit dan pasien, keluarga atau pembuat keputusan, dan lainnya. Dilema ini dapat timbul dari masalah akses, etis, pengobatan ataupun pemulangan pasien, dsb (lihat juga TKRS 12.2). Rumah sakit menetapkan cara-cara dalam mencari solusi terhadap dilema dan keluhan tersebut. Rumah sakit mengidentifikasi dalam regulasi, siapa yang perlu dilibatkan dalam proses, serta bagaimana pasien dan keluarganya berpartisipasi.

Standar HPK 4

Semua pasien diberi tahu tentang hak dan kewajiban dengan metode dan bahasa yang mudah dimengerti.

Maksud dan tujuan HPK 4

Proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran pasien rawat jalan rumah sakit dapat membingungkan atau menakutkan bagi pasien. Keadaan ini menjadikan pasien atau keluarga sulit bersikap sesuai dengan hak dan kewajibannya. Rumah sakit menyiapkan keterangan tertulis tentang hak dan kewajiban pasien yang diberikan pada saat mereka diterima sebagai pasien rawat inap atau mendaftar sebagai pasien rawat jalan. Keterangan tersebut tersedia di setiap kunjungan atau tersedia selama tinggal di rumah sakit. Pernyataan dipasang atau disimpan di fasilitas yang mudah dilihat oleh publik. Keterangan tertulis diberikan disesuaikan dengan usia dan bahasa pasien. Jika komunikasi tertulis dengan pasien tidak efektif atau tidak tepat maka pasien dan keluarga diberi tahu tentang hak serta kewajibannya dengan bahasa yang dapat dimengerti oleh mereka.

PERSETUJUAN UMUM (GENERAL CONSENT)

Standar HPK 5

Pada saat pasien diterima waktu mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap, diminta menandatangani persetujuan umum (general consent), persetujuan umum (generaconsent) harus menjelaskan cakupan dan batasannya.

Maksud dan tujuan HPK 5

Rumah sakit wajib meminta persetujuan umum (general consent) kepada pasien atau keluarganya berisi persetujuan terhadap tindakan yang berisiko rendah, prosedur diagnostik, pengobatan medis lainnya, batas-batas yang telah ditetapkan, dan persetujuan lainnya. Persetujuan umum diminta pada saat pasien datang pertama kali untuk rawat jalan dan setiap rawat inap.

Rumah sakit diminta untuk memberitahu pasien tentang terdapat peserta didik/ pelatihan yang ikut berpartisipasi dalam asuhan pasien sebagai bagian dari pendidikan/pelatihan mereka dengan pengawasan atau supervisi staf yang kompeten.

Rumah sakit memiliki dokumentasi dalam rekam medik tentang persetujuan umum. Pasien juga diberi informasi tentang tindakan dan prosedur, serta pengobatan yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan khusus (informed consent) secara terpisah.

PERSETUJUAN KHUSUS (INFORMED CONSENT)

Standar HPK 5.1

Rumah sakit menetapkan regulasi pelaksanaan persetujuan khusus (informed consent) oleh DPJP dan dapat dibantu oleh staf yang terlatih dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan tujuan HPK 5.1

Satu dari banyak upaya membuat pasien terlibat dalam pengambilan keputusan dalam proses asuhan/tindakan adalah dengan jalan memberikan persetujuan (consent). Untuk dapat memberikan persetujuan, seorang pasien menerima penjelasan tentang faktor-faktor terkait dengan rencana asuhan yang pelaksanaannya harus ada persetujuan khusus (informed consent). Persetujuan khusus (informed consent) harus diperoleh sebelum dilakukan prosedur atau tindakan tertentu yang berisiko tinggi. Proses pemberian persetujuan khusus (informed consent) diatur oleh rumah sakit melalui regulasi yang jelas sesuai dengan peraturan perundang-undangan terkait.

Standar HPK 5.2

Persetujuan khusus (informed consent) diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur serta pengobatan lain dengan risiko tinggi yang ditetapkan oleh regulasi rumah sakit

Maksud dan tujuan HPK 5.2

Jika rencana asuhan termasuk prosedur bedah atau invasif, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, atau tindakan serta prosedur lain, dan pengobatan dengan risiko tinggi maka persetujuan khusus (informed consent) diminta secara terpisah (lihat juga PAB 3.3 EP 1 dan PAB 7.1). Tidak semua tindakan dan prosedur memerlukan persetujuan khusus (informed consent) dan rumah sakit membuat daftar tindakan sebagaimana yang disebut di atas.

Rumah sakit melatih staf untuk memastikan proses untuk memberikan persetujuan khusus (informed consent) dilakukan dengan benar. Daftar disusun oleh dokter serta PPA lainnya yang melakukan tindakan dan prosedur secara kolaboratif. Daftar juga memuat prosedur serta tindakan yang dilakukan di unit rawat jalan dan rawat inap.

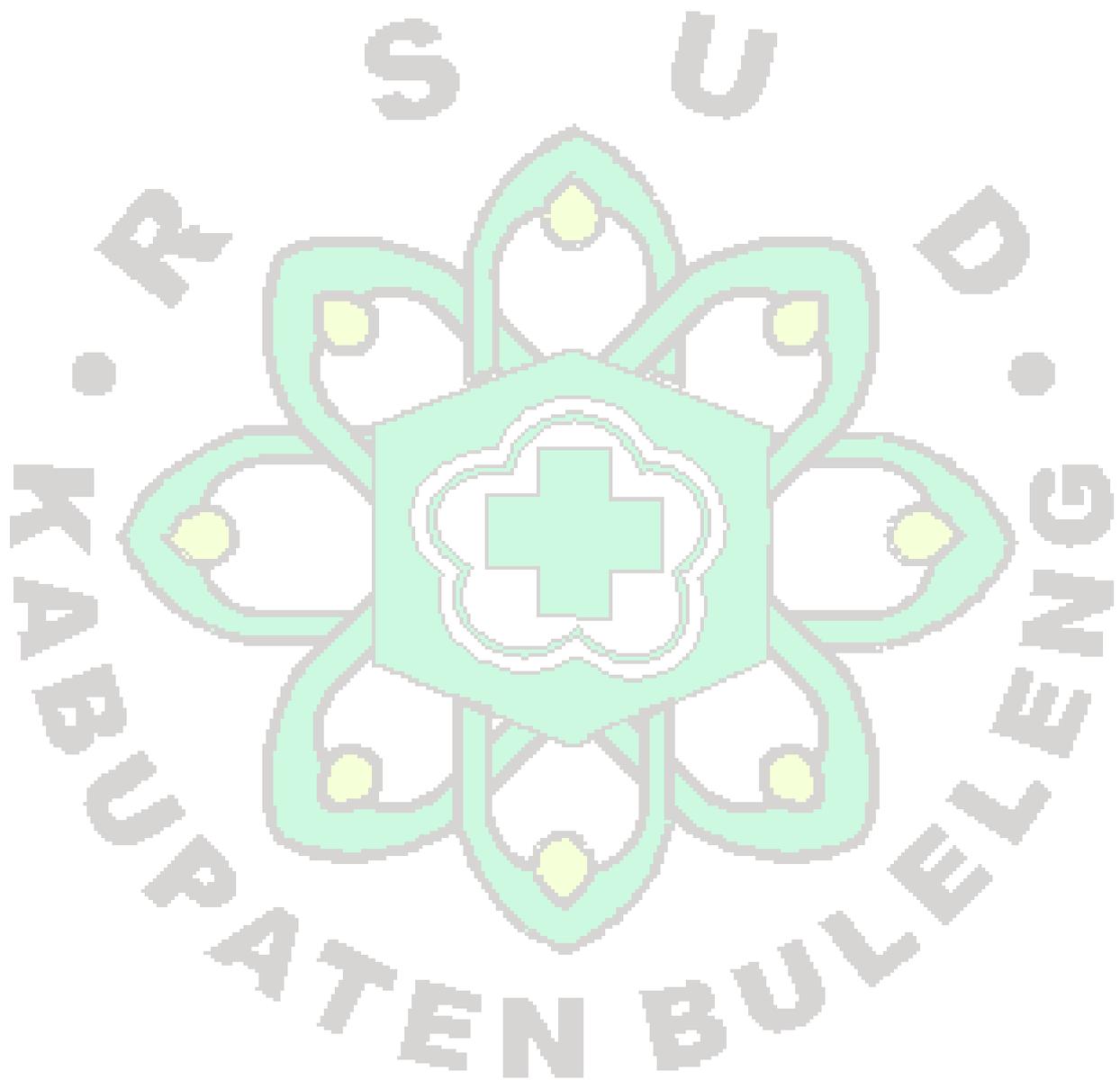
Standar HPK 5.3

Rumah sakit menetapkan proses, dalam konteks peraturan perundang-undangan, siapa pengganti pasien yang dapat memberikan persetujuan dalam persetujuan khusus (informed consent) bila pasien tidak kompeten.

Maksud dan tujuan HPK 5.3

Persetujuan khusus (informed consent) kadang-kadang membutuhkan orang (atau tambahan) selain pasien yang terlibat dalam keputusan tentang asuhan pasien. Dalam hal ini adalah pasien belum dewasa/anak-anak, mengidap gangguan mental, retardasi mental, gangguan komunikasi karena mereka tidak mempunyai kemampuan untuk mengambil keputusan, dan lainnya. Jika pasien tidak mampu

membuat keputusan tentang asuhannya maka pengganti ditetapkan untuk memberi persetujuan. Jika orang lain sebagai pengganti yang memberi persetujuan maka harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, nama orang ini dicatat di rekam medik pasien.



PENELITIAN, DONASI DAN TRANSPLANTASI ORGAN

Standar HPK 6

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab untuk melindungi manusia/pasien sebagai subjek penelitian.

Maksud dan Tujuan HPK 6 dan HPK 6.1

Penelitian dengan subjek manusia/pasien merupakan suatu upaya yang kompleks dan ber-makna penting bagi sebuah rumah sakit. Pimpinan rumah sakit mengetahui tingkat komitmen yang dibutuhkan dan keterlibatan personal yang diperlukan untuk menjawab pertanyaan ilmiah dan melindungi manusia/pasien karena komitmen terhadap pasien tersebut adalah mendiagnosis dan mengobatinya serta intervensi/asuhan dari PPA.

Komitmen para kepala unit pelayanan terhadap penelitian dengan subjek manusia/pasien tidak dapat dipisahkan dari komitmen mereka terhadap pelayanan pasien dan komitmen ini terintegrasi pada semua tingkat. Oleh sebab itu, pertimbangan etika, komunikasi yang baik, ketaatan terhadap peraturan perundang-undangan, serta ketersediaan sumber daya finansial dan nonfinansial merupakan komponen dari komitmen ini. Salah satu sumber daya adalah penjaminan asuransi yang baik untuk pasien yang mengalami kejadian yang tidak diharapkan akibat protokol penelitian. Pimpinan rumah sakit memahami kewajibannya untuk melindungi manusia/pasien.

Pimpinan rumah sakit mengetahui mengenai, serta mentaati sumber peraturan dan standar profesi yang spesifik untuk penelitian klinis dan uji klinis (clinical trial), seperti standar International Conference on Harmonisation (ICH)/World Health Organization WHO/Good Clinical Practice (GCP), dll.

Standar HPK 6.1

Rumah sakit mematuhi semua peraturan dan persyaratan penelitian/kode etik profesi serta kode etik penelitian dan menyediakan sumber daya yang layak agar program penelitian dapat berjalan dengan efektif.

Standar HPK 6.2

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses ke penelitian klinis dan uji klinis (clinical trial) yang melibatkan manusia sebagai subjek.

Maksud dan Tujuan HPK 6.2

Rumah sakit yang melakukan penelitian klinis dan uji klinis (clinical trial) yang melibatkan manusia sebagai subjek menyediakan keterangan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana cara mendapatkan akses aktivitas tersebut bila relevan dengan kebutuhan pengobatannya. Bila pasien diminta untuk berpartisipasi, mereka memerlukan penjelasan yang dapat dijadikan dasar untuk mengambil keputusan mereka. Informasi tersebut meliputi

- a) manfaat yang diharapkan;
- b) kemungkinan/potensi ketidaknyamanan dan risiko;
- c) alternatif yang dapat menolong mereka;

- d) prosedur yang harus diikuti.
- e) asuransi

Pasien diberikan penjelasan bahwa mereka dapat menolak untuk berpartisipasi atau mengundurkan diri sewaktu-waktu dan penolakan atau pengunduran diri tersebut tidak akan menutup akses mereka terhadap pelayanan rumah sakit. Pasien juga diinformasikan bahwa data dan identitas akan dirahasiakan.

Rumah sakit mempunyai regulasi untuk memberikan informasi tentang hal ini kepada pasien dan keluarganya.

Standar HPK 6.3

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya tentang bagaimana pasien yang ikut berpartisipasi dalam penelitian/uji klinis (clinical trial) mendapatkan perlindungan.

Maksud dan Tujuan HPK 6.3

Rumah sakit yang melaksanakan penelitian/uji klinis (clinical trial) yang melibatkan manusia sebagai subjek penelitian memahami bahwa tanggung jawab utama adalah kesehatan dan keselamatan pasien.

Rumah sakit memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya sebelumnya mengenai proses yang baku untuk

- a. menelaah protokol penelitian;
- b. menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi para peserta;
- c. mendapatkan surat persetujuan dari manusia/pasien sebagai subjek penelitian;
- d. mengundurkan diri dari keikutsertaan sewaktu-waktu;
- e. informasi ini dikomunikasikan kepada manusia/pasien dan keluarga untuk membantu pengambilan keputusan terkait partisipasi mereka dalam penelitian.
- f. Asuransi atau kompensasi dari penelitian

Standar HPK 6.4

Persetujuan khusus (informed consent) penelitian diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian /uji klinis (clinical trial).

Maksud dan Tujuan HPK 6.4

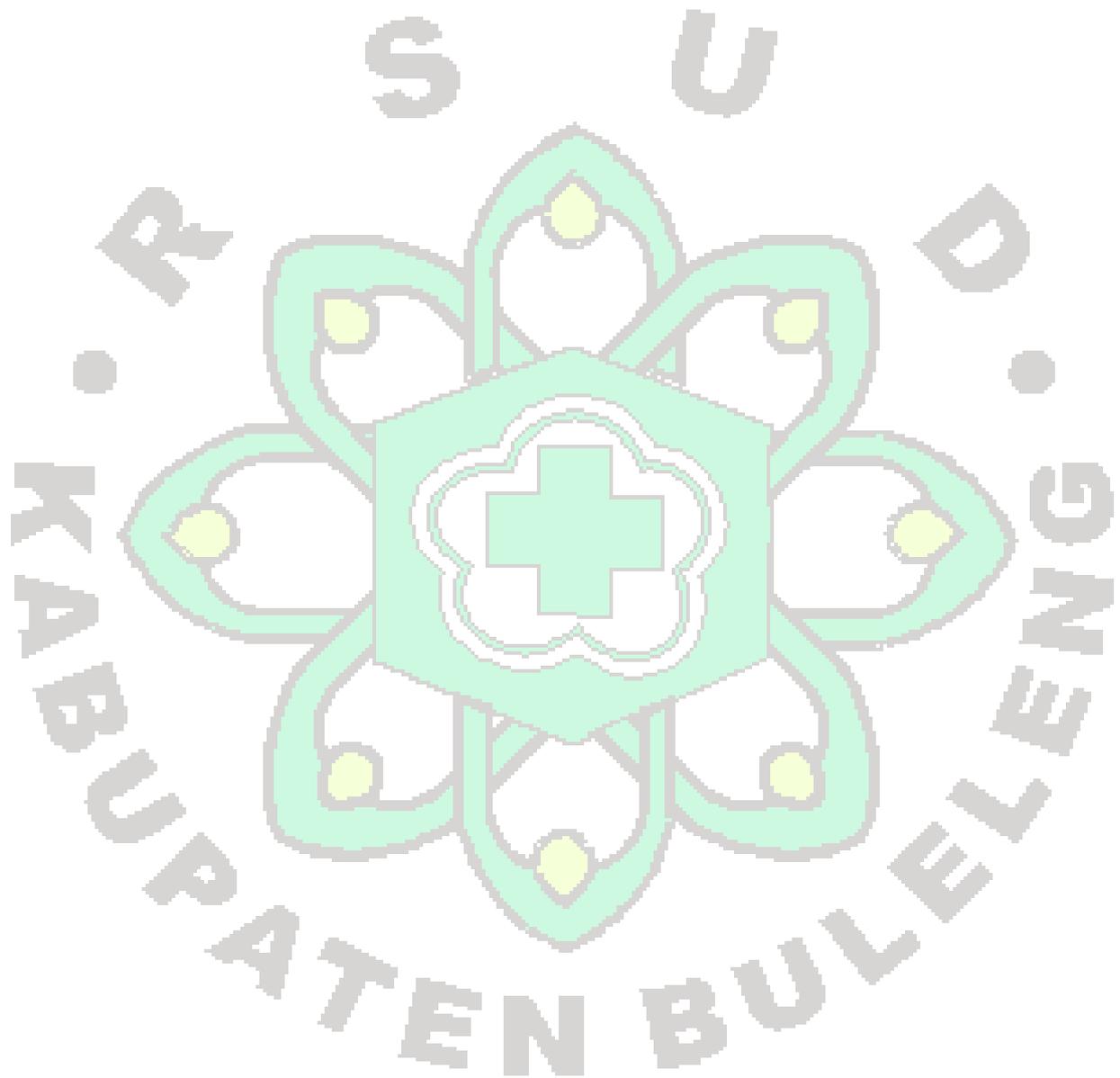
Pasien atau keluarganya harus memberikan persetujuan khusus (informed consent) penelitian bila memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian/uji klinis (clinical trial). Informasi yang diberikan pada saat mengambil keputusan untuk ikut berpartisipasi mendasari persetujuan atau penolakan keterlibatan dalam penelitian (lihat juga HPK 5.1 dalam maksud dan tujuan). Petugas yang memberikan penjelasan dan mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.

Standar HPK 7

Rumah sakit mempunyai sebuah komite etik penelitian untuk melakukan pengawasan atas semua penelitian dirumah sakit tersebut yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya.

Maksud dan Tujuan HPK 7

Bila rumah sakit melakukan penelitian/uji klinis (clinical trial) yang melibatkan manusia/pasien sebagai subjeknya, perlu ditetapkan sebuah komite yang melakukan pengawasan atas seluruh kegiatan tersebut. Rumah sakit membuat pernyataan tentang maksud pengawasan kegiatan tersebut. Pengawasan atas kegiatan tersebut termasuk penelaahan prosedur seluruh protokol penelitian, prosedur untuk menimbang risiko dan manfaat yang relatif bagi subjek, serta prosedur yang terkait dengan kerahasiaan dan keamanan atas informasi penelitian dan pengawasan terhadap pelaksanaan penelitian.



DONASI ORGAN

Catatan:

Standar-standar berikut dimaksudkan untuk digunakan dimana transplatasi organ atau jaringan tidak dilakukan namun saat pasien meminta informasi mengenai donasi organ atau jaringan.

Standar HPK 8

Rumah sakit memberi informasi pada pasien dan keluarga tentang bagaimana memilih untuk mendonorkan organ dan jaringan lainnya

Maksud dan tujuan HPK 8 dan HPK 8.1

Kelangkaan organ tubuh yang tersedia untuk transplantasi mendorong banyak Negara menetapkan sistem dan prosedur untuk meningkatkan persediaan. Persetujuan secara tegas diperlukan untuk donasi organ. Rumah sakit bertanggung jawab untuk menentukan proses mendapatkan dan mencatat persetujuan donasi sel, jaringan, organ terkait standar etika internasional dan cara pengelolaan penyediaan organ.

Rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan tersedia pengawasan untuk mencegah pasien merasa dipaksa memberikan donasi.

Rumah sakit mendukung pilihan pasien serta keluarga melakukan donasi organ dan jaringan lain untuk riset dan atau transplantasi. Informasi diberikan kepada pasien serta keluarga tentang proses donasi dan ketentuan pengadaan organ yang dikelola untuk memenuhi kebutuhan masyarakat, daerah, atau negara.

Kelangkaan organ untuk transplantasi menghasilkan praktik-praktik penyediaan dan transplantasi organ yang dipertanyakan. Praktik membujuk orang-orang atau kelompok rentan (seperti buta huruf, miskin, imigran gelap, narapidana, serta pelarian politik atau ekonomi) untuk menjadi donor hidup, organ trafficking (pembelian dan penjualan organ di perdagangan gelap), pengambilan organ tanpa persetujuan (consent) dari orang man atau orang yang dieksekusi mati adalah bertentangan dengan upaya menjamin keamanan donor dan resipien organ.

Pengawasan terhadap proses pengadaan organ atau jaringan termasuk menentukan proses donasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, menghormati agama dan budaya masyarakat, memastikan ada praktik etika, dan persetujuan (consent). Staf rumah sakit dilatih tentang proses memperoleh donasi untuk membantu pasien dan keluarga membuat pilihan. Staf juga dilatih mengenai kekhawatiran dan isu etik terkait donasi organ. Rumah sakit bekerja sama dengan rumah sakit lain dan perkumpulan yang bertanggungjawab sepenuhnya atau sebagian mengenai penyediaan, banking, pengangkutan, atau proses transplantasi.

Standar HPK 8.1

Rumah sakit menetapkan kebijakan dan prosedur untuk melakukan pengawasan terhadap proses kemungkinan terjadinya jual beli organ dan jaringan.

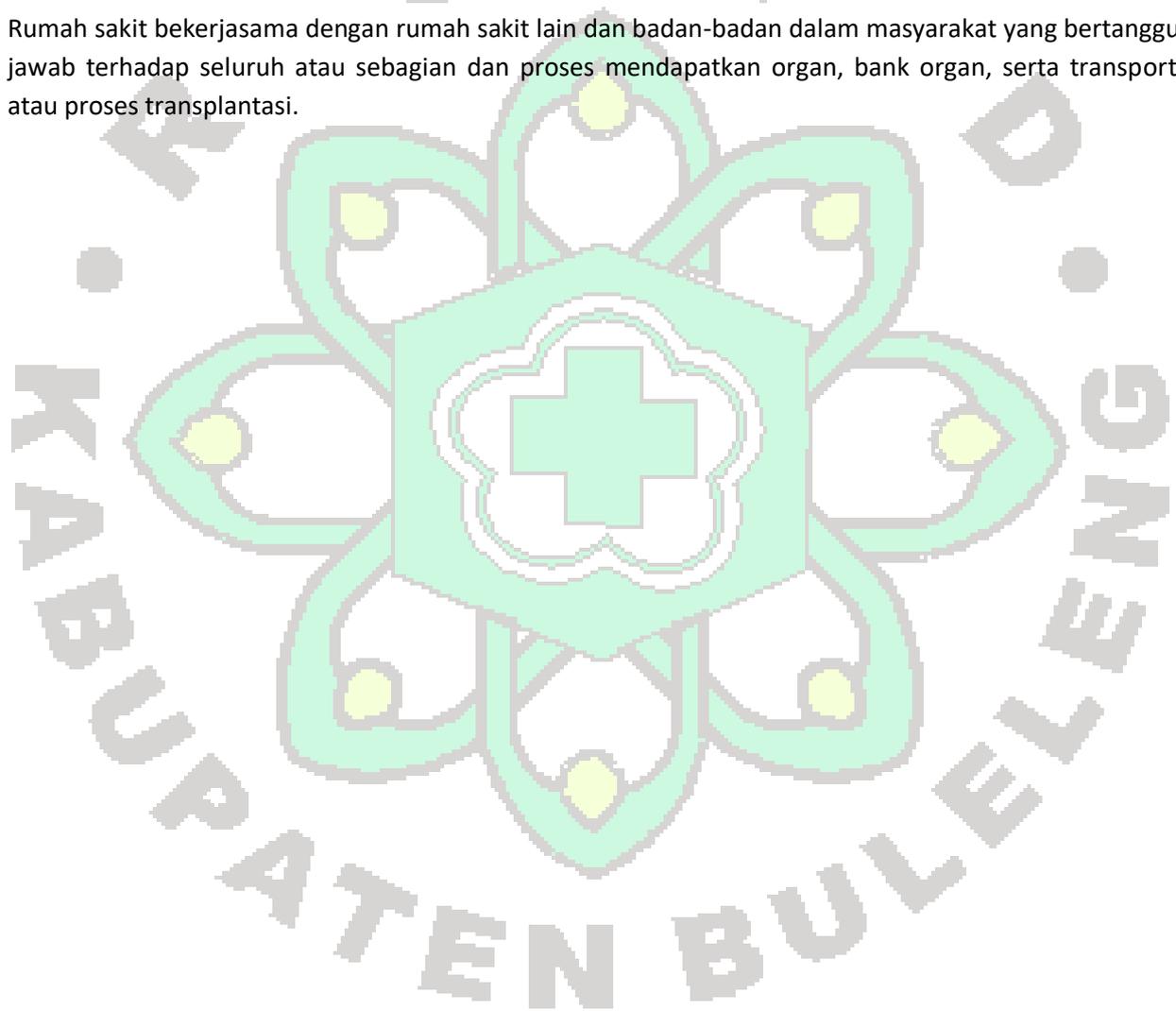
Standar HPK 8.2

Rumah sakit menyediakan pengawasan terhadap pengambilan, transplantasi organ dan jaringan.

Maksud dan Tujuan HPK 8.2

Kebijakan tersebut konsisten dengan peraturan perundang-undangan dan menghormati agama, keyakinan, dan nilai-nilai budaya yang dianut masyarakat. Staf rumah sakit dilatih dalam pelaksanaan regulasi untuk mendukung pilihan pasien serta keluarganya. Staf rumah sakit juga dilatih dalam persoalan dan isu kontemporer yang berkaitan dengan donasi organ serta ketersediaan transplantasi seperti informasi tentang kurang tersedianya organ dan jaringan, jual beli organ manusia di pasar gelap, pengambilan jaringan tubuh tanpa persetujuan dari narapidana yang dihukum mati, atau dari pasien yang meninggal. Rumah sakit bertanggung jawab untuk memastikan bahwa persetujuan yang sah diterima dari donor hidup dan ada pengendalian yang memadai dalam mencegah pasien merasa tertekan untuk menjadi donor.

Rumah sakit bekerjasama dengan rumah sakit lain dan badan-badan dalam masyarakat yang bertanggung jawab terhadap seluruh atau sebagian dan proses mendapatkan organ, bank organ, serta transportasi atau proses transplantasi.



ASESMEN PASIEN (AP)

GAMBARAN UMUM

Tujuan asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, elektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit rawat inap, unit gawat darurat dan rawat jalan. Asuhan pasien di rumah sakit diberikan dan dilaksanakan berdasarkan konsep Pelayanan berfokus pada pasien (Patient-Centered Care).

Pola ini dipayungi oleh konsep WHO: Conceptual framework integrated people-centred health services. (WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026, July 2015).

Penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien adalah dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal dengan elemen :

- Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan:
 - o asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasaratas asesmen;
 - o rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien;
 - o respons pasien terhadap asuhan dimonitor;
 - o rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasar atas respons pasien.
- Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan /*Clinical Team Leader yang mengintegrasikan asuhan pasien*
- Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis(PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/Clinical Pathway terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
- CPPT Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.
- Kolaborasi Edukasi Pasien.
- Manajer Pelayanan Pasien / Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan Alur klinis terintegrasi
- Perencanaan Pemulangan Pasien Terintegrasi/ Integrated Discharge Planning

Pemberian Asuhan Pasien oleh PPA, terdiri dari 2 (dua) langkah: 1). Asesmen ("periksa pasien"), 2). Pemberian pelayanan, implementasi rencana, intervensi, monitoring. Rumah sakit mengatur tentang pendokumentasiannya pada asesmen awal, asesmen ulang(CPPT), pemberian pelayanan (catatan harian tindakan keperawatan/nurse' note), dsb.

Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama dengan metode IAR :

- Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spirituan riwayat kesehatan pasien (1 informasi dikumpulkan)
- Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan radiologi diagnostic imaging untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. (A analysis data dan informasi). Analisis informasi dan data dilaksanakan dengan penetapan diagnosis awal yaitu diagnosis medis dan diagnosis keperawatan.
- Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi. (R - rencana disusun)

Asesmen harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Kegiatan asesmen pasien dapat bervariasi sesuai dengan tempat pelayanan.

Asesmen awal pada kasus tertentu dapat dimulai dengan Rapid Assessment (Asesmen Cepat), lalu asesmen awal tsb diselesaikan dengan asesmen lanjutan. Asesmen awal dilaksanakan oleh Dokter dan Perawat.

Asesmen ulang harus dilakukan selama asuhan, pengobatan dan pelayanan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Asesmen ulang adalah penting untuk memahami respons pasien terhadap pemberian asuhan, pengobatan dan pelayanan, serta juga penting untuk menetapkan apakah keputusan asuhan memadai dan efektif. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional pemberi asuhan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja secara terintegrasi, dalam konteks kolaborasi interprofesional.

Standar AP 1

Rumah Sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan yang meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien

Maksud dan Tujuan AP 1. AP 1.1, AP 1.2. AP 1.3

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi/unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya.

Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

- Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai dengan kebutuhan, tersebut dibawah. Pada SOAP adalah S-Subyektif dan O-Obyektif.
- Analisis data dan informasi (huruf A), yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada SOAP adalah A-Asesmen.
- Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi/ memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b. Pelaksanaan Rencana untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. Pada SOAP adalah P-Plan.

Isi minimal asesmen awal antara lain:

- status fisik,
- psiko-sosio-spiritual,
- ekonomi
- riwayat kesehatan pasien.
- riwayat alergi,
- asesmen nyeri,
- risiko jatuh,
- asesmen fungsional,
- risiko nutrisi,

- kebutuhan edukasi,
- Perencanaan Pemulangan Pasien (Discharge Planning)
- Riwayat penggunaan obat

Asesmen awal dilakukan dengan konsep IAR dan "menggali informasi" 12 elemen tsbsecara lengkap. Pada kelompok pasien tertentu misalnya dengan risiko Jatuh atau nyeri maka dilakukan Rapid Assessment (Asesmen Cepat) sebagai bagian dari asesmen awal,dan kemudian asesmen awal ini diselesaikan dengan asesmen lanjutan.

Dalam melakukan asesmen, penggalan elemen a) sampai dengan l) dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan profesi antara medis dan keperawatan yang diatur oleh RS. Proporsipenggalan elemen antara profesi medis dan keperawata n disesuaikan dengan keunikan RS, misalnya pada RS Umum porsi keperawatan akan lebih luas, pada RS Jiwa porsi medislebih luas.

Jika pasien sudah terdaftar atau diterima di rumah sakit untuk asuhan rawat inap dan atau rawat jalan, sebuah asesmen lengkap perlu dilakukan terkait alasan pasien datang di rumah sakit mengacu kepada butir-butir isi minimal asesmen awal. Asesmen awal bersifat ceklis agar penggalan informasi lengkap. Informasi spesifik yang dibutuhkan rumah sakit pada tahap ini, prosedur yang dilakukan padanya, tergantung kebutuhan pasien dan dimana asuhan diberikan (misalnya, asuhan rawat inap atau rawat jalan). Rumah sakit meneta pkanregulasi proses asesmen dan pendokumentasiannya di rekam medis (lihat juga, ARK.1).

Untuk melakukan asesmen pasien secara efektif, rumah sakit menentukan regulasi, isi minimal asesmen yang harus dilakukan oleh dokter, perawat dan professional pemberi asuhan lainnya. Asesmen dilakukan oleh disiplin klinis sesuai kebutuhan. Asesmen hanya dilakukan oleh orang yang kompeten dan diberi kewenangan sesuai peraturan perundang-undangan. Seluruh hasil asesmen itu harus ada sebelum dilakukan pengobatan.

Asesmen awal seorang pasien, rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat merupakan proses yang penting untuk identifikasi kebutuhan pasien untuk memulai proses asuhanpasien. Proses asesmen awal memberikan informasi perihal:

- Pemahaman asuhan yang diinginkan oleh pasien
- Pemilihan asuhan paling baik untuk pasien
- Diagnosis awal, dan
- Pemahaman respons pasien terhadap asuhan sebelumnya

Untuk mendapatkan intormasi ini, asesmen awal melakukan evaluasi kondisi pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menentukan status emosional pasien (misalnya, jika pasien depresi, takut jiwanya terancarn, suka berkelahi, membahayakan diri sendiri atau orang lain).

Mengumpulkan informasi tentang pasien tidak bermaksud "menggolongkan pasien kedalam "satu golongan tertentu". Tetapi status sosial, kultur, spiritual, ekonomi, dari pasien merupakan faktor penting yang dapat berpengaruh terhadap respons pasien terhadappenyakit dan tindakan pengobatan.

Keluarga akan membantu dalam proses asesmen dan untuk memahami keinginan pasien dan pilihannya dari proses asesmen. Faktor ekonomi dikaji sebagai bagian asesmen sosial, atau asesmen ekonomi terpisah jika pasien dan keluarganya bertanggung jawab terhadap semua atau sebagian biaya asuhan

selama dirawat atau sesudah keluar rumah sakit. Asesmen sosial juga terkait kehidupan sosial dalam keluarga dan masyarakat yang dapat mempengaruhi proses asuhan. Asesmen budaya serta keyakinan dan spiritual pasien dan keluarga juga perlu digali agar dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan agama, keyakinan dan budaya sehingga Hak Pasien dan Keluarga dapat terpenuhi.

Banyak profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan diberi kewenangan yang berbeda-beda terlibat dalam asesmen pasien. Faktor terpenting adalah asesmen dilakukan lengkap dan tersedia bagi mereka yang bekerja untuk memberikan asuhan (lihat juga, ARK3)

Asesmen sangat bermanfaat jika mempertimbangkan kondisi, umur, kebutuhan kesehatan, termasuk permintaan keinginan pasien. Proses akan dilaksanakan sangat efektif jika berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien berkerja sama (lihat juga, ARK 3).

Untuk asesmen keperawatan rawat jalan, rumah sakit dapat mempolakan pelaksanaan asesmen tersebut secara sentral, yang terbagi sesuai kebutuhan (keperawatan dewasa, keperawatan anak, keperawatan bedah, keperawatan maternitas dsb).

Pada rawat jalan, asesmen awal dilakukan pada pasien baru, pasien dengan diagnosis baru, pasien dengan diagnosis yang sama pada kunjungan kedua yang jarak waktunya lama, sesuai regulasi rumah sakit lebih dari satu bulan pada diagnosis akut, atau misalnya tiga bulan pada penyakit yang kronis.

Standar AP 1.1

Asesmen awal masing-masing pasien rawat inap meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

Standar AP 1.2

Asesmen awal masing-masing pasien rawat jalan meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

Standar AP 1.3

Asesmen awal masing-masing pasien gawat darurat meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

Standar AP 1.4

Asesmen awal pasien mencakup juga skrining gizi, kebutuhan fungsional, dan kebutuhan khusus lainnya, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

Maksud dan Tujuan AP 1.4 dan AP 1.4.1

Informasi yang diperoleh pada asesmen awal medis dan atau asesmen awal keperawatan, dapat menunjukkan kebutuhan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status gizi (antara lain metode MST- Malnutrition Screening Tools), fungsional (antara lain: dengan metode Barthel Index) termasuk risiko pasien jatuh (lihat juga, SKP 6).

Asesmen lebih mendalam dibutuhkan untuk identifikasi pasien yang memerlukan intervensi gizi, layanan rehabilitasi atau layanan lain terkait kemampuan untuk berfungsi mandiri. Secara umum seleksi dilakukan

melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah pasien menunjukkan gejala sebagai sebuah risiko yang kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Misalnya, asesmen awal keperawatan memuat kriteria dasar untuk menyaring risiko gizi seperti ada lima atau enam pertanyaan sederhana yang menghasilkan skor angka terkait dengan intake makanan yang menurun, berat badan menurun selama 3 bulan yang lalu, mobilitas dan lain sebagainya.

Jumlah angka (skor) akan menunjukkan risiko gizi pasien yang membutuhkan asesmen gizi lebih lanjut yang mendalam.

Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Misalnya, kriteria pemeriksaan risiko gizi dibuat oleh perawat yang menggunakan kriteria perangkat skrining gizi (screening tool), dietisien yang memberisaran intervensi diet, dan nutrisisionis yang akan mengintegrasikan kebutuhan gizi dengan kebutuhan lain pasien.

Informasi yang dikumpulkan dalam asesmen awal medis dan keperawatan termasuk asesmen lain yang dibutuhkan antara lain untuk: gigi, pendengaran, penglihatan, dan sebagainya. Setelah pemulangan di rumah sakit dilanjutkan asuhan di komunitas.

Standar AP 1.4.1

Asesmen awal pasien mencakup juga kebutuhan fungsional, termasuk risiko jatuh, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

Standar AP 1.5

Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskriming terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen.

Maksud dan Tujuan AP 1.5

Pada situasi keluhan nyeri dilakukan skrining/ asesmen cepat (rapid assessment) digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang merasakan nyeri, dilanjutkan dengan asesmen lanjutan yang mendalam.

Contoh pertanyaan yang dapat dipakai pada skrining sebagai berikut:

- Apakah anda merasa sakit sekarang?
- Apakah rasa sakit anda menghalangi tidur malam anda?
- Apakah rasa sakit anda menghalangi anda beraktivitas?
- Apakah anda merasakan sakit setiap hari?

Jawaban positif dari pertanyaan pertanyaan ini menandakan ada kebutuhan dilakukan asesmen lanjutan yang mendalam terhadap nyeri pasien (misalnya PQRST, provokasi, kualitas, penjaran, skor/keparahan,waktu). Cakupan tindakan berdasar asuhan dan pelayanan yang tersedia

Untuk pasien rawat inap, jika diketahui ada nyeri segera dilakukan asesmen lebih dalam. Asesmen ini disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahan dapat diberikan seperti riwayat rasa nyeri, apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah, apa keinginan pasien untuk menghilangkan

rasa nyeri, dan lain sebagainya (misalnya PQRST). Asesmen dicatat demikian rupa untuk memudahkan asesmen ulang rutin dan tindak lanjut sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit dan kebutuhan pasien.

Standar AP 1.6

RS menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu.

Maksud dan Tujuan AP 1.6

Asesmen tambahan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus mengharuskan proses asesmen perlu diubah. Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap populasi pasien tertentu. Setiap rumah sakit menentukan kelompok pasien khusus dan populasi pasien dan menyesuaikan proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka.

Asesmen tambahan sesuai populasi pasiennya antara lain untuk:

- Neonatus
- Anak
- Remaja
- Obstetri/maternitas
- Geriatri
- Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)
- Sakit terminal/menghadapi kematian
- Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
- Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatris
- Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol
- Korban kekerasan atau kesewenangan
- Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
- Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
- Pasien dengan sistem imunologi terganggu

Tambahan asesmen terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka dalam kerangka kultural pasien. Proses asesmen disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional.

Standar AP 2

RS menetapkan regulasi untuk melakukan asesmen ulang bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, untuk melihat respons pasien, dan kemudiandibuat rencana kelanjutan asuhan dan atau rencana pulang.

Maksud dan Tujuan AP 2 dan AP 2.1

Asesmen ulang oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Dilakukan asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medik pasien/CPPT sebagai informasi untuk digunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) (lihat juga, ARK.3).

Asesmen ulang oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Seorang dokter penanggung jawab pelayanan (DPIP) melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu /libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien. Perawat melakukan asesmen ulang minimal satu kali pershift atau sesuai perkembangan pasien, dan setiap hari PPJA akan mengkoordinasikan dan memverifikasi evaluasi ulang perawat untuk asuhan keperawatanselanjutnya.

Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

- Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien)
- Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien, dan Perawat melakukan asesmen ulang minimal satu kali pershift atau sesuai perkembangan pasien. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.
- Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan
- Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang
- Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medik pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua PPA (Lihat juga, ARK.3).
- CPPT yang disusun mencakup 5 kolom yaitu: 1). kolom tanggal dan jam, 2). Kolom Profesional Pemberi Asuhan, 3). kolom Hasil asesmen pasien dan pemberian pelayanan (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan), 4). kolom Instruksi PPA Termasuk Pasca Bedah (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas) (lihat PAP 2.2), 5). kolom Review & Verifikasi DPJP (Tulis Nama, beri Paraf, Tanggal, Jam) (lihat PAP 2.1 EP 5),.
- DPJP harus membaca/mereview seluruh Rencana Asuhan, rutin per 24 jam.

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen profesional pemberi asuhan(PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien.

Standar AP 2.1

RS menetapkan regulasi hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis.

Standar AP 3

RS menetapkan regulasi tentang PPA yang kompeten dan diberi kewenangan melakukan asesmen awal dan asesmen ulang.

Maksud dan Tujuan AP 3

Asesmen dan asesmen ulang pasien adalah proses penting/kritikal, memerlukan pendidikan khusus, pelatihan, pengetahuan dan keahlian bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dan telah mendapatkan SPK dan RKK termasuk asesmen gawat darurat. Identifikasi bagi mereka yang memenuhi syarat melakukan

asesmen dan tanggung jawabnya ditentukan secara tertulis. Asesmen dilakukan oleh setiap disiplin/ profesional pemberi asuhan (PPA) dalam lingkup praktiknya, izin, peraturan perundangan, dan sertifikasi.

Standar AP 4

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja secara tim memberikan asuhan pasien masing-masing melakukan asesmen berbasis pengumpulan Informasi, melakukan analisis untuk membuat rencana asuhan (IAR), dengan DPJP sebagai ketua tim asuhan yang mengintegrasikan asuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan mendesak bagi pasien rawat inap.

Maksud dan Tujuan AP 4

PPA bekerja secara tim, menerapkan praktik kolaborasi interprofesional, memberikan asuhan pasien terintegrasi yang merupakan integrasi inter PPA, dengan kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat dan bersifat horizontal. Kolaborasi interprofesional adalah bagian penting dari asuhan pasien terintegrasi, dan memerlukan kompetensi untuk berkolaborasi dalam ranah: nilai dan etik (*values/ethics*), peran dan tanggung jawab-tanggung gugat (*roles/responsibilities*), komunikasi interprofesional (*interprofessional Communication*), kerjasama tim (*teams and teamwork*).

Hasil asesmen pasien diintegrasikan sesuai konsep pelayanan berfokus pada pasien (PCC). Hasil asesmen yang terintegrasi menjadi dasar Asuhan Pasien Terintegrasi, baik yang bersifat integrasi horisontal maupun vertikal, dengan elemen:

- DPJP sebagai ketua tim asuhan pasien (Clinical Leader)
- PPA bekerja dalam tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, berdasarkan Standar Pelayanan Profesi masing-masing
- Manajer Pelayanan Pasien/ Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan
- Proses asuhan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga (lihat AP 4, PAP2, PAP 5).
- Perencanaan Pemulangan Pasien / Discharge Planning terintegrasi
- Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5)

Banyak pasien mungkin menjalani berbagai bentuk asesmen diluar atau didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja. Hasilnya adalah, tersedia banyak bentuk informasi, hasil tes, data yang ada di rekam medis pasien. Akan bermanfaat bagi pasien jika professional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap pasien bekerja sama melakukan analisis (metode IAR) temuan asesmen dan menggabungkan informasi menjadi sebuah gambaran komprehensif kondisi pasien. Dari kolaborasi ini, kebutuhan pasien teridentifikasi, ditentukan urutan prioritas, dan keputusan tentang asuhan dibuat. Integrasi temuan akan memudahkan koordinasi asuhan pasien (lihat juga AP.2 dan PAP.2)

Proses bekerjasama adalah sederhana dan informal jika kebutuhan pasien tidak kompleks. Pertemuan resmi tim, rapat tentang pasien, visit bersama, ronde klinis, mungkin dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan pasien yang kompleks atau dengan pasien yang kebutuhannya tidak jelas. Pasien, keluarga pasien dan lainnya, yang membuat keputusan atas nama pasien dilibatkan dalam proses membuat keputusan, jika perlu.

PELAYANAN LABORATORIUM

Standar AP 5

Pelayanan laboratorium tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan semua pelayanan sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan AP 5

Rumah sakit mempunyai sistem untuk menyediakan pelayanan laboratorium, meliputi pelayanan patologi klinis, dapat juga tersedia patologi anatomi dan pelayanan laboratorium lainnya, yang dibutuhkan populasi pasiennya, dan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA). Organisasi pelayanan laboratorium yang di bentuk dan diselenggarakan sesuai peraturan perundangan

Di rumah sakit dapat terbentuk pelayanan laboratorium utama (induk), dan juga pelayanan laboratorium lain, misalnya laboratorium Patologi Anatomi, laboratorium mikrobiologi maka harus diatur secara organisatoris pelayanan laboratorium terintegrasi, dengan pengaturan tentang kepala pelayanan laboratorium terintegrasi yang membawahi semua jenis pelayanan laboratorium di RS (AP 5.1).

Salah satu pelayanan laboratorium di ruang rawat (TRR/ *Point of Care Testing*) yang dilakukan oleh perawat ruangan harus memenuhi persyaratan kredensial.

Pelayanan laboratorium, tersedia 24 jam termasuk pelayanan darurat, diberikan di dalam rumah sakit dan rujukan sesuai dengan peraturan perundangan. Rumah sakit dapat juga menunjuk dan menghubungi para spesialis di bidang diagnostik khusus, seperti parasitologi, virologi, atau toksikologi.

Rumah sakit memilih sumber dari luar ini berdasar rekomendasi dari pimpinan laboratorium di rumah sakit. Sumber dari luar tersebut dipilih oleh rumah sakit karena memenuhi peraturan perundangan dan mempunyai sertifikat mutu. Bila melakukan pemeriksaan rujukan keluar, harus melalui laboratorium RS.

Standar AP 5.1

RS menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium

Maksud dan Tujuan AP 5.1

Pelayanan laboratorium terintegrasi berada dibawah pimpinan seorang atau lebih yang kompeten dan memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan. Orang ini bertanggung jawab mengelola fasilitas dan pelayanan laboratorium, termasuk pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (POCT-point-of-care testing), juga tanggung jawabnya dalam melaksanakan regulasi RS secara konsisten, seperti pelatihan, manajemen logistic dsb.

Sedangkan supervisi sehari-hari tetap dijalankan oleh pimpinan unit. Spesialisasi atau sub spesialisasi pelayanan laboratorium harus berada dibawah pengarahannya seorang profesional sesuai bidangnya.

Tanggung jawab penanggung jawab / koordinator pelayanan laboratorium antara lain,

- Menyusun dan evaluasi regulasi,
- Pengawasan pelaksanaan administrasi.

- Melaksanakan program kendali mutu. (PMI dan PME)
- Monitor dan evaluasi semua jenis pelayanan laboratorium.
- Mereview dan menindak lanjuti hasil pemeriksaan laboratorium rujukan

Standar AP 5.2

Semua staf laboratorium mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.

Maksud dan Tujuan AP 5.2

Syarat pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman ditetapkan rumah sakit bagi mereka yang memiliki kompetensi dan kewenangan diberi ijin mengerjakan pemeriksaan laboratorium, termasuk yang mengerjakan pemeriksaan di tempat tidur pasien (*point-of-care testing*). Interpretasi hasil pemeriksaan dilakukan oleh dokter yang kompeten dan berwenang.

Pengawasan terhadap staf yang mengerjakan pemeriksaan diatur oleh regulasi rumah sakit. Staf pengawas dan staf pelaksana diberi orientasi tugas mereka. Staf pelaksana diberi tugas sesuai latar belakang pendidikan dan pengalaman. Unit kerja laboratorium menyusun dan melaksanakan program pelatihan (program staf) yang memungkinkan staf mampu melakukan tugas pekerjaan dengan cepat (cito)

Standar AP 5.3

RS menyusun program manajemen risiko di laboratorium, dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.

Maksud dan Tujuan AP 5.3

Rumah sakit menetapkan program terkait risiko dan bahaya di laboratorium sebagai bagian dari manajemen risiko fasilitas/K3 dan PPI. Program menangani kebiasaan dan praktik kerja secara aman, tindakan pencegahan serta dikoordinasikan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit.

Program manajemen risiko meliputi,

- Identifikasi risiko (misalnya tertusuk jarum, terpercik aerosol, limbah B3, specimen tumpah)
- Analisis risiko
- Evaluasi risiko
- Upaya pengelolaan risiko

Kegiatan sejalan dengan manajemen risiko fasilitas rumah sakit dan program pencegahan dan pengendalian infeksi

- Kegiatan sejalan dengan peraturan perundang-undangan
- Tersedianya peralatan keamanan yang cocok dengan cara dan lingkungan kerja di laboratorium serta bahaya yang mungkin timbul karenanya (contoh antara lain eye wash station, spill kits)
- Orientasi bagi staf tentang prosedur keamanan dan pelaksanaannya.

- Pelatihan tentang adanya prosedur baru terkait penerimaan dan penggunaan bahan berbahaya baru (lihat, PPI 5; MFK 4; MFK 4.1; MFK 5)

Standar AP 5.3.1

RS menetapkan regulasi bahwa unit laboratorium melaksanakan proses untuk mengurangi risiko infeksi akibat paparan bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya.

Maksud dan Tujuan AP 5.3.1

Terdapat regulasi dan praktik yang dilaksanakan untuk mengurangi bahaya akibat terpapar bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya. Dampak sebagai akibat terpapar bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya yang didapat di laboratorium dicatat dan dilaporkan secara internal sesuai regulasi PPI, dilaporkan ke dinas kesehatan setempat sesuai peraturan perundang-undangan.

Dibawah ini diberikan daftar hal-hal yang harus ditangani dan persyaratan yang harus dilakukan,

- Pengendalian paparan aerosol
- Jas laboratorium, jubah atau baju dinas harus dipakai untuk perlindungan dan mencegah kontaminasi, termasuk fasilitas "eye washer" dan dekontaminasi.
- Almari bio-safety dipakai, jika perlu/ sesuai kebutuhan
- Terdapat regulasi tentang pembuangan bahan infeksius, luka tusuk, terpapar dengan bahan infeksius. Dalam ketentuan juga diatur, prosedur dekontaminasi, siapa yang harus dihubungi untuk mendapat tindakan darurat, penempatan dan penggunaan peralatan keamanan. Untuk pengelolaan bahan berbahaya disertakan MSDS (Material Safety Data Sheet)/ LDP (Lembar Data Pengaman)
 - a) Terdapat prosedur pengumpulan, transpor, penanganan spesimen secara aman. Juga diatur larangan untuk makan, minum, pemakaian kosmetik, lensa kontak, pipet dimulut di tempat staf bekerja melakukan kegiatannya
 - b) Staf diberi pelatihan tentang tindakan, cara penularan dan pencegahan penyakit yang ditularkan melalui darah dan komponen darah
 - c) Terdapat prosedur untuk mencegah terpapar penyakit infeksi seperti tuberkulosis, MERS dll. Bila teridentifikasi masalah dalam praktik laboratorium atau terjadi kecelakaan, maka ada tindakan korektif, dicatat (dokumentasi), dilakukan evaluasi dan dilaporkan kepada Penanggung jawab / koordinator K3 RS.

Standar AP 5.3.2

Ada prosedur melaporkan hasil laboratorium yang kritis

Maksud dan Tujuan AP 5.3.2

Pelaporan dari hasil laboratorium yang kritis adalah bagian dari risiko terkait keselamatan pasien. Hasil laboratorium yang secara signifikan diluar batas nilai normal dapat memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien.

Sangat penting bagi rumah sakit untuk mengembangkan suatu sistem pelaporan formal yang jelas menggambarkan bagaimana profesional pemberi asuhan (PPA) mewaspadai hasil laboratorium yang kritis dan bagaimana staf mendokumentasikan komunikasi ini (lihat juga SKP 2, EP3 dan 4).

Proses ini dikembangkan rumah sakit untuk pengelolaan hasil laboratorium yang kritis sebagai pedoman bagi profesional pemberi asuhan (PPA) ketika meminta dan menerima hasil laboratorium pada keadaan gawat darurat.

Prosedur ini meliputi juga: penetapan hasil laboratorium yang kritis dan ambang nilai kritis bagi setiap tipe tes, untuk setiap pelayanan laboratorium yang ada (antara lain, laboratorium Klinis, laboratorium Patologi Anatomi, laboratorium Mikrobiologi seperti misalnya MRSA (*Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus*), MRSE (*Methicillin-Resistant Staphylococcus Epidermidis*), CRE (*Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae*), ESBL (*Extended-Spectrum Beta-Lactamases*), Keganasan, dsb). Pelaporan dilakukan oleh siapa dan kepada siapa hasil laboratorium yang kritis harus dilaporkan, termasuk waktu penyampaian hasil tersebut, pencatatan dan menetapkan metode monitoring yang memenuhi ketentuan.

Standar AP 5.4

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium.

Maksud dan Tujuan AP 5.4

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium. Penyelesaian pemeriksaan laboratorium dilaporkan sesuai kebutuhan pasien. Hasil pemeriksaan cito, antara lain dari unit darurat, kamar operasi, unit intensif diberi perhatian khusus terkait kecepatan asuhan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui kontrak (pihak ketiga) atau laboratorium rujukan, kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan juga mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dengan laboratorium rujukan (lihat juga, SKP 2).

Standar AP 5.5

RS menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (reguler) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaan di laboratorium dan hasil pemeriksaan didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan AP 5.5

Staf laboratorium harus memastikan semua peralatan laboratorium berfungsi dengan baik dan aman bagi penggunaannya. Laboratorium menetapkan dan melaksanakan program pengelolaan peralatan laboratorium termasuk peralatan yang merupakan kerjasama dengan pihak ketiga yang meliputi,

- a) Uji fungsi
- b) Inspeksi berkala,
- c) Pemeliharaan berkala
- d) Kalibrasi berkala,
- e) Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium
- f) Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
- g) Proses penarikan (recall) oleh pabrik /vendre)
- h) Pendokumentasian

Standar AP 5.6

Reagensia essensial dan bahan lainnya tersedia secara teratur dan di evaluasi akurasi dan presisi hasilnya

Maksud dan Tujuan AP 5.6

Rumah sakit menetapkan reagensia dan bahan-bahan lain yang selalu harus ada untuk pelayanan laboratorium bagi pasien. Suatu proses yang efektif untuk pemesanan atau menjamin ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan. Semua reagensia disimpan dan didistribusikan sesuai prosedur yang ditetapkan. Dilakukan audit secara periodik untuk semua reagensia esensial untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan, antara lain untuk aspek penyimpanan, label, kadaluarsa dan fisik. Pedoman tertulis memastikan pemberian label yang lengkap dan akurat untuk reagensia dan larutan akurasi serta presisi dari hasil.

Standar AP 5.7

Ada regulasi tentang pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, penyimpanan, pembuangan spesimen dan dilaksanakan.

Maksud dan Tujuan AP 5.7

Regulasi dan implementasi meliputi,

- Permintaan pemeriksaan
- Pengambilan, pengumpulan dan identifikasi spesimen
- Pengiriman, pembuangan, penyimpanan dan pengawetan spesimen
- Penerimaan, penyimpanan, telusur spesimen (tracking). Telusur spesimen dilaksanakan bila ada keluhan tidak ada hasil dari suatu spesimen yang telah dikirim atau bila ada permintaan tambahan pemeriksaan. Telusur spesimen biasanya untuk spesimen yang diambil dalam waktu 24 jam atau lebih sesuai dengan regulasi.

Regulasi ini berlaku untuk spesimen yang dikirim ke laboratorium rujukan, layanan laboratorium untuk dilakukan pemeriksaan. Pada jaringan / cairan tubuh yang diambil dengan tindakan invasif, sebagai standar penetapan diagnosis dilakukan pemeriksaan anatomi (laboratorium internal atau rujukan)

Standar AP 5.8

RS menetapkan nilai normal dan rentang nilai untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinis.

Maksud dan Tujuan AP 5.8

Rumah sakit menetapkan rentang nilai normal/rujukan setiap jenis pemeriksaan. Rentang nilai dilampirkan di dalam laporan klinis, baik sebagai bagian dari pemeriksaan atau melampirkan daftar terkini, nilai ini yang ditetapkan pimpinan laboratorium. Jika pemeriksaan dilakukan oleh lab rujukan, rentang nilai diberikan. Selalu harus dievaluasi dan direvisi apabila metode pemeriksaan berubah.

Standar AP 5.9

RS menetapkan regulasi untuk melaksanakan prosedur kendali mutu pelayanan laboratorium, di evaluasi dan dicatat sebagai dokumen.

Maksud dan Tujuan AP 5.9

Kendali mutu yang baik sangat esensial bagi pelayanan laboratorium agar laboratorium dapat memberikan layanan prima.

Program kendali mutu (pemantapan mutu internal - PMI) mencakup tahapan Pra-analitik, Analitik dan Pasca analitik yang memuat antara lain :

- a) Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai
- b) Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten
- c) Reagensia di tes (lihat juga, AP 5.6)
- d) Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan
- e) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

Standar AP 5.9.1

Ada proses untuk pemantapan mutu eksternal sebagai tes pembanding mutu.

Maksud dan Tujuan AP 5.9.1

Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Sebagai tes pembanding mutu adalah proses membandingkan seberapa baik kinerja (hasil) sebuah laboratorium dibandingkan dengan hasil sebuah laboratorium lain. Tes ini dapat menemukan masalah kinerja yang tidak dapat diketahui melalui mekanisme internal. RS dapat mengikuti program PME nasional dan atau internasional. Untuk kepentingan ini, unit laboratorium ikut program PME. Laboratorium harus mengumpulkan sertifikat tentang partisipasinya di dalam program (lihat juga, AP5.10)

Standar AP 5.10

Laboratorium rujukan yang bekerja sama dengan RS mempunyai ijin, terakreditasi, ada sertifikasi dari pihak yang berwenang

Maksud dan Tujuan AP 5.10

Jika rumah sakit menggunakan pelayanan lab rujukan, informasi berikut diperlukan:

- a) copy surat ijin dari pihak berwenang yang menerbitkan ijin
- b) copy sertifikat akreditasi dari program akreditasi laboratorium yang diakui
- c) bukti dokumen bahwa laboratorium rujukan ikut serta program kendali mutu (lihat juga, AP.5.9.1)

Untuk pelayanan laboratorium rujukan, maka rumah sakit secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan laboratorium rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

PELAYANAN DARAH

Standar AP 5.11

RS menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan

Maksud dan Tujuan AP 5.11, AP 5.11.1 dan AP 5.11.2

Pelayanan darah, yang diselenggarakan di RS, harus berada dibawah tanggung-jawab seorang profesional dengan pendidikan, keahlian, pengalaman yang memenuhi syarat dan berdasar peraturan perundang-undangan dalam hal ini kerjasama dengan PMI (Palang Merah Indonesia). Staf tersebut bertanggung-jawab terhadap semua aspek pelayanan darah di RS.

Lingkup pelayanan meliputi penetapan, pelaksanaan, dokumentasi dan proses untuk:

- a) pemberian persetujuan (informed consent)
- b) permintaan darah
- c) tes kecocokan
- d) pengadaan darah
- e) penyimpanan darah,
- f) identifikasi pasien,
- g) distribusi dan pemberian darah,
- h) monitoring pasien dan respons

Proses kendali mutu dari semua jenis pelayanan dilaksanakan dan terdokumentasi untuk memastikan terselenggaranya pelayanan darah dan atau transfusi yang aman. Donor darah dan pelayanan transfusi dilaksanakan sesuai peraturan perundangan dan standar praktik yang diakui.

Sebelum dilakukan pemberian darah harus ada penjelasan dari DPJPnya dan persetujuan dari pasien atau keluarga.

Selama pemberian transfusi darah harus dilakukan monitoring dan evaluasi, dan dilaporkan bila ada reaksi transfusi.

Standar AP 5.11.1

RS menetapkan regulasi bahwa seorang profesional yang kompeten dan berwenang, bertanggung-jawab untuk penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan perundangan dan standar pelayanan

Standar AP 5.11.2

RS menetapkan program dan pelaksanaan kendali mutu pelayanan darah sesuai peraturan perundang-undangan

PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAJING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL

Standar AP 6

Pelayanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR) tersedia untuk memenuhi kebutuhan pasien, semua pelayanan ini memenuhi peraturan perundang undangan

Maksud dan Tujuan APP 6

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) meliputi:

- a) pelayanan radiodiagnostik
- b) pelayanan diagnostik Imajing
- c) pelayanan radiologi intervensional

Rumah sakit menetapkan sistem organisasi yang terintegrasi untuk menyelenggarakan pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional yang dibutuhkan pasien, asuhan klinis dan profesional pemberi asuhan (PPA). Pola organisasi yang terintegrasi penjabarannya dimulai dari Kepala Pelayanan RIR di AP 6.1 yang membawahi semua pelayanan RIR. Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional yang diselenggarakan memenuhi peraturan perundang-undangan.

Pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional termasuk kebutuhan darurat, dapat diberikan di dalam rumah sakit, dan pelayanan rujukan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional tersedia 24 jam.

Sebagai tambahan, rumah sakit dapat mempunyai daftar konsultan yang dapat dihubungi, seperti radiasi fisik, radionuklir.

Rumah sakit memilih pelayanan rujukan berdasarkan rekomendasi dari pimpinan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional di rumah sakit. Pelayanan rujukan tersebut dipilih oleh rumah sakit karena memenuhi peraturan perundangan, mempunyai sertifikat mutu, mempunyai ketepatan waktu dan akurasi layanan yang dapat dipertanggungjawabkan.

Pelayanan rujukan mudah dijangkau oleh masyarakat, dan laporan hasil pemeriksaan disampaikan pada waktu yang tepat untuk mendukung kesinambungan asuhan. Bila melakukan pemeriksaan rujukan keluar, harus melalui radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rumah sakit.

Rumah sakit dapat mempunyai daftar konsultan yang dapat dihubungi, seperti radiasi fisik, radionuklir harus terintegrasi untuk aspek pengelolaan pelayanan dengan memperhatikan aspek kepala pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional, staf pelaksana, pengelolaan peralatan, keamanan/safety dan sebagainya.

Standar AP 6.1

RS menetapkan regulasi bahwa seorang (atau lebih) yang kompeten dan berwenang bertanggung-jawab mengelola pelayanan RIR

Maksud dan Tujuan AP 6.1

Pelayanan RIR berada dibawah pimpinan seorang atau lebih yang kompeten dan berwenang memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan. Orang ini bertanggung-jawab mengelola fasilitas dan pelayanan RIR, termasuk pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (point-of-care testing), juga tanggung jawabnya dalam melaksanakan regulasiRS secara konsisten, seperti pelatihan, manajemen logistik, dsb.

Sedangkan supervisi sehari hari tetap dijalankan oleh pimpinan unit yang mengerjakan pemeriksaan. Spesialisasi atau sub spesialisasi pelayanan radiologi harus berada dibawah pengarahannya seorang profesional sesuai bidangnya.

Tanggung-jawab pimpinan pelayanan RIR.

- a) Menyusun dan evaluasi regulasi,
- b) Pengawasan pelaksanaan administrasi,
- c) Melaksanakan program kendali mutu.
- d) Memonitor dan evaluasi semua jenis pelayanan RIR
- e) Mereview dan menindak lanjuti hasil pemeriksaan pelayanan RIR rujukan

Standar AP 6.2

Semua staf RIR mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan.

Maksud dan Tujuan AP 6.2

Rumah sakit menetapkan mereka yang bekerja sebagai staf radiologi dan diagnostik imajing yang kompeten dan berwenang melakukan pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional, pembacaan diagnostik imajing, pelayanan pasien di tempat tidur (point-of-care test), membuat interpretasi dan memverifikasi serta melaporkan hasilnya, serta mereka yang mengawasi prosesnya.

Staf pengawas dan staf pelaksana tehnikal mempunyai latar belakang pelatihan, pengalaman, ketrampilan dan telah menjalani orientasi tugas pekerjaannya. Staf tehnikal diberi tugas pekerjaan sesuai latar belakang pendidikan dan pengalaman mereka. Sebagai tambahan, jumlah staf cukup tersedia untuk melakukan tugas, membuat interpretasi, dan melaporkan segera hasilnya untuk layanan darurat.

Standar AP.6.3

RS menyusun program manajemen risiko di pelayanan RIR, dilaksanakan, dilakukan evaluasi, di dokumentasikan dan program sejalan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi. (lihat juga MFK 5)

Maksud dan Tujuan AP.6.3 dan AP 6.3.1

Penerapan manajemen risiko dalam pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) sebagai bagian dari manajemen risiko fasilitas dan PPI

Dalam pelayanan RIR ada pemeriksaan/tindakan life saving yang banyak digunakan di rumah sakit. Paparan radiasi dapat berpotensi risiko kerusakan dalam jangka panjang, tergantung dosis radiasi dan jumlah pemeriksaan pada seorang pasien.

Sebelum dilakukan pemeriksaan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) harus ada penjelasan dari Radiolognya dan harus ada persetujuan dari pasien atau keluarga.

Dosis yang lebih tinggi mengakibatkan risiko kerusakan yang lebih besar, dan dosis yang berulang mempunyai efek kumulatif yang juga mengakibatkan risiko yang lebih besar.

Profesional pemberi asuhan (PPA) harus memperhatikan permintaan pemeriksaan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) dan mempertimbangkan rasio kebutuhan medis terhadap risiko radiasi, paparan radiasi yang tidak perlu, harus dihindari.

Prosedur diagnostik dan terapi yang terkait dengan dosis radiasi yang menggunakan sinar X atau radiasi pengion, agar ditempatkan staf yang kompeten dan berwenang

Rumah sakit mempunyai program keamanan radiasi aktif mencakup semua komponen pelayanan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional, termasuk antara lain kateterisasi jantung.

Program keamanan radiasi menangani risiko dan bahaya yang ada. Program ini menjabarkan langkah-langkah keselamatan dan pencegahan yang terukur bagi staf dan pasien. Program ini dikoordinasikan oleh manajemen fasilitas.

Manajemen keamanan radiasi meliputi,

- a) Kepatuhan terhadap standar yang berlaku dan peraturan perundang-undangan
- b) Kepatuhan terhadap standar dari manajemen fasilitas, radiasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi
- c) Tersedianya APD sesuai pekerjaan dan bahaya yang dihadapi
- d) Orientasi bagi semua staf pelayanan Radiodiagnostik, Imaging Dan Radiologi Intervensial (RIR) tentang praktek dan prosedur keselamatan
- e) Pelatihan (in service training) bagi staf untuk pemeriksaan baru dan menangani bahan berbahaya produk baru (lihat juga, MFK.4; MFK.4.1; MFK.5)

Standar AP.6.3.1

Rumah Sakit menetapkan bagaimana mengidentifikasi dosis maksimum radiasi untuk setiap pemeriksaan Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensial

Standar AP 6.4

RS menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensial.

Maksud dan Tujuan AP 6.4

Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi dan diagnostik imaging. Penyelesaian pemeriksaan radiodiagnostik, imaging dan radiologi intervensional (RIR) dilaporkan sesuai kebutuhan pasien. Hasil pemeriksaan cito, antara lain dari unit darurat, kamar operasi, unit intensif diberi

perhatian khusus terkait kecepatan asuhan. Jika pemeriksaan dilakukan melalui kontrak (pihak ketiga) atau laboratorium rujukan, kerangka waktu melaporkan hasil pemeriksaan juga mengikuti ketentuan rumah sakit dan MOU dengan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional (RIR) rujukan

Standar AP 6.5

RS menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap (regular) terhadap semua peralatan yang digunakan untuk pemeriksaandi bagian Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensial dan hasil pemeriksaandidokumentasikan.

Maksud dan Tujuan AP 6.5

Staf RIR harus memastikan semua peralatan RIR berfungsi dengan baik dan aman bagi pengguna /petugas dan pasien.

Pengadaan peralatan pelayanan RIR agar secara bertahap kearah teknologi radiologi digital dan dapat dilakukan dengan teleradiologi.

Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial (RIR) menetapkan dan melaksanakanprogram pengelolaan peralatan RIR termasuk peralatan yang merupakan kerjasama denganpihak ketiga yang meliputi

- a) Uji fungsi
- b) Inspeksi berkala
- c) Pemeliharaan berkala
- d) Kaliberasi berkala,
- e) Identifikasi dan inventarisasi peralatan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensial.
- f) Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
- g) Proses penarikan (recall) dari pabrik/vendor
- h) Pendokumentasian (lihat juga, MFK 8; MFK 8.1)

Standar AP 6.6

Film X-ray dan bahan lainnya tersedia secara teratur

Maksud dan Tujuan AP 6.6

Bila menggunakan film, rumah sakit mengidentifikasi film, reagensia (developer dan fixer), kontras media, radiofarmaka dan perbekalan penting yang diperlukan untuk pemeriksaan RDI.

Ada regulasi memesan film, reagensia dan perbekalan lain yang efektif. Semua perbekalan disimpan, didistribusikan sesuai dengan regulasi dan rekomendasi pabrik. Dilakukan audit secara periodik semua perbekalan terkait pemeriksaan, (seperti film, kontras media, kertas USG, developer fixer) untuk memastikan akurasi dan presisi hasil pemeriksaan, antara lain tentang aspek penyimpanan, label, kadaluarsa dan fisik. (lihat juga, MFK 5)

Standar AP 6.7

RS menetapkan program kendali mutu, dilaksanakan, divalidasi dan didokumentasikan.

Maksud dan Tujuan AP 6.7

Kendali mutu yang baik sangat penting untuk menjamin pelayanan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional (RIR) yang prima (lihat juga, TKRS.11). Prosedur kendali mutu memuat:

- a) Validasi metoda tes digunakan untuk presisi dan akurasi
- b) Pengawasan harian hasil pemeriksaan imajing oleh staf radiologi yang kompeten danberwenang, antara lain kalibrasi harian
- c) Koreksi cepat jika diketemukan masalah
- d) Audit terhadap antara lain: film, kontras, kertas USG, cairan developer, fixer
- e) Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi

Standar AP 6.8

RS bekerja sama dengan Pelayanan Radiodiagnostik Imajing Radiologi intervensionalrujukan yang sudah terakreditasi

Maksud dan Tujuan AP 6.8

Untuk pelayanan radiodiagnostik, imajing dan radiologi intervensional rujukan maka RS secara teratur menerima laporan dan mereview kontrol mutu dari pelayanan rujukan tersebut. Individu yang kompeten mereview hasil kontrol mutu.

PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN (PAP)

GAMBARAN UMUM

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan pelayanan dan asuhan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standarisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target.

Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas asesmen dan asesmen ulang pasien.

Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi, transfusi, transplantasi organ/ jaringan) atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan. Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis lain. Semua staf yang terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yang jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit, atau uraian tugas wewenang (UTW).

Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien/keluarganya atau pemberi asuhan terlatih (care giver) Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.

Asuhan pasien terintegrasi yang merupakan penerapan konsep pelayanan berfokus pada pasien, dilaksanakan sehari-hari dengan beberapa elemen antara lain:

- Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan:
 - o asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasar atas asesmen;
 - o rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien;
 - o respons pasien terhadap asuhan dimonitor;
 - o rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasar atas respons pasien.
- Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai pimpinan klinis/ketua tim PPA (clinical team leader) yang mengintegrasikan asuhan pasien
- Profesional Pemberi Asuhan bekerja sebagai tim intra- dan inter-disiplin dengan kolaborasi interprofesional, dibantu antara lain dengan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/Clinical Pathway terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi)
- CPPT Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.
- Kolaborasi Edukasi Pasien.
- MPP- Manajer Pelayanan Pasien (Case Manager) menjaga kesinambungan pelayanan
- Alur klinis terintegrasi
- Perencanaan Pemulangan Pasien Terintegrasi/ *Integrated Discharge Planning*

PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN

Standar PAP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk pemberian asuhan yang seragam kepada pasien

Maksud dan Tujuan PAP 1

Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di rumah sakit. Untuk melaksanakan prinsip kualitas asuhan yang setingkat mengharuskan pimpinan merencanakan dan mengoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja dipandu oleh regulasi yang menghasilkan pelayanan yang seragam. Sebagai tambahan, pimpinan harus menjamin bahwa rumah sakit menyediakan tingkat kualitas asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap sif (shift). Regulasi tersebut harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif.

Asuhan pasien yang seragam terefleksi/digambarkan sebagai berikut:

- a) akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari ("3-24-7");
- b) penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
- c) pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama disemua unit pelayanan di rumah sakit; (lihat PAB 2 dan 3)
- d) pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;
- e) penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, panduan praktik klinis (PPK), alur klinis terintegrasi/clinical pathway, pedoman manajemen nyeri, dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain water sealed drainage, pemberiantransfusi darah, biopsi ginjal, pungsi lumbal, dsb.

Asuhan pasien yang seragam menghasilkan penggunaan sumber daya secara efisien dan memungkinkan membuat evaluasi hasil asuhan (outcome) untuk asuhan yang sama di seluruh rumah sakit.

Standar PAP 2

Ditetapkan proses untuk melakukan integrasi inter unit pelayanan serta koordinasi pelayanan dan asuhan kepada setiap pasien

Maksud dan Tujuan PAP 2

Proses pelayanan dan asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak professional pemberi asuhan (PPA) yang dapat melibatkan berbagai unit pelayanan. Integrasi dan koordinasi kegiatan pelayanan dan asuhan pasien merupakan sasaran yang menghasilkan efisiensi, penggunaan SDM dan sumber lainnya efektif, dan hasil asuhan pasien yang lebihbaik. Kepala unit pelayanan menggunakan alat dan teknik untuk melakukan integrasidan koordinasi pelayanan serta asuhan lebih baik (contoh, asuhan

secara tim oleh PPA, ronde pasien multidisiplin, form catatan perkembangan pasien terintegrasi, dan manajer pelayanan pasien/case manager). (lihat juga AP 4, Maksud dan Tujuan)

Pelayanan berfokus pada pasien (PCC) diterapkan dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal misalnya pada integrasi inter PPA dengan kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat. Pada integrasi vertikal yaitu integrasi inter unit, pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda, di sini peran MPP penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai dengan PPA.

Pelaksanaan Asuhan Pasien Terintegrasi pusatnya adalah pasien dan mencakup elemen antara lain sebagai berikut:

- Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga. (lihat PAP 4, PAP 2, PAP 5);
- DPJP sebagai Ketua tim PPA (Clinical Team Leader) sebagai "motor" proses integrasi antar PPA, melakukan integrasi asuhan pasien melalui review dan verifikasi asuhan per 24 jam;
- PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, antara lain memakai Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi/Clinical Pathway, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT
- Perencanaan Pemulangan Pasien/Discharge Planning terintegrasi;
- Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5);
- Manajer Pelayanan Pasien berperan dalam integrasi inter unit dalam pelayanan pasien, membantu integrasi intra-inter PPA.

Pendokumentasian di rekam medis merupakan alat untuk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi serta koordinasi asuhan. Secara khusus, setiap PPA mencatat observasi dan pengobatan di rekam medis pasien. Demikian juga, pertemuan resmi tim, rapat tentang pasien, ronde klinis, setiap hasil atau simpulan dari rapat tim atau diskusi tentang pasien dicatat dalam CPPT. (lihat juga PAP 5, EP 2)

Standar PAP 2.1

Rencana asuhan individual setiap pasien dibuat dan di dokumentasikan.

Maksud dan Tujuan PAP 2.1

Rencana asuhan menjelaskan asuhan dan pengobatan/tindakan yang diberikan kepada seorang pasien. Rencana asuhan memuat satu paket tindakan yang dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) untuk memecahkan atau mendukung diagnosis yang ditegakkan melalui asesmen. Tujuan utama rencana asuhan adalah memperoleh hasil klinis yang optimal.

Proses perencanaan bersifat kolaboratif menggunakan data berasal dari asesmen awal dan asesmen ulang yang dilakukan oleh dokter dan PPA lainnya (perawat, ahli gizi, apoteker, dsb.) untuk mengetahui dan menetapkan prioritas tindakan, prosedur, dan asuhan PPA lainnya untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rencana asuhan yang baik menjelaskan asuhan individual, objektif, dan sasaran dapat diukur untuk memudahkan asesmen ulang serta revisi rencana asuhan

Pasien dan keluarga dilibatkan dalam proses perencanaan. Berdasar atas hasil assesmen ulang, rencana asuhan diperbaharui atau disempurnakan untuk dapat menggambarkan kondisi pasien terkini. Rencana asuhan didokumentasikan di rekam medik pasien.

Rencana asuhan pasien harus terkait dengan kebutuhan pasien. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai hasil dari proses penyembuhan klinis atau ada informasi baru hasil asesmen ulang (contoh, hilangnya kesadaran, hasil laboratorium yang abnormal) (lihat PAP8.7; PAP 9).

Rencana asuhan direvisi berdasar atas perubahan-perubahan ini dan didokumentasikan di rekam medis pasien sebagai catatan dari rencana semula atau hal ini dapat menghasilkan rencana asuhan baru.

Salah satu cara untuk membuat rencana asuhan adalah mengetahui dan menetapkan sasaran-sasaran. Sasaran terukur dapat dipilih oleh DPJP dan bekerja sama dengan perawat dan PPA lainnya. Sasaran terukur dapat diamati dan dapat dicapai terkait dengan asuhan pasien dan dari hasil klinis yang diharapkan. Pendekatan sasaran dapat menggunakan SMART (Spesifik, Measurable: dapat diukur, Achievable: dapat dilaksanakan, Realistik dan Time: target waktu). Contoh dari sasaran realistik dan terukur sebagai berikut:

- kondisi pasien kembali dengan fungsi (out put) jantung stabil melalui detak jantung, irama jantung, dan tekanan darah berada di kisaran normal;
- pasien dapat menunjukkan mampu memberi sendiri pasien pulang keluar dari rumah sakit;
- pasien mampu berjalan dengan "walker" (alat bantu untuk berjalan) menuju ruangan tamu dan kedua kakinya mampu menanggung beban berat badan.

DPJP sebagai ketua tim PPA melakukan evaluasi/review berkala dan verifikasi harian merupakan upaya untuk menjaga terlaksananya asuhan terintegrasi dan DPJP dapat membuat notasi sesuai dengan kebutuhan. (lihat AP 4)

Catatan: Rumah sakit dapat memakai suatu pola, sebagai tambahan, satu rencana asuhan terintegrasi, dengan sasaran-sasaran yang diharapkan oleh PPA. Pola ini memang padasarnya lebih baik daripada rencana terpisah oleh PPA masing-masing.

Standar PAP 2.2

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur metode memberi instruksi

Maksud dan Tujuan PAP 2.2

Banyak kegiatan asuhan pasien membutuhkan seorang PPA yang kompeten dan berwenang untuk menuliskan instruksi yang harus dicatat di rekam medis pasien. Instruksi merupakan pelaksanaan dari rencana/plan dari masing-masing PPA, bukan hanya dari DPJP.

Kegiatan ini meliputi, misalnya instruksi untuk pemeriksaan di laboratorium (antara lain termasuk laboratorium Patologi Anatomi), memesan obat, asuhan keperawatan khusus, instruksi PPJA kepada timnya saat PPJA off dalam bentuk delegasi atau yang harus dilaksanakan oleh perawat, terapi nutrisi, dsb. Instruksi ini harus dapat tersedia dengan mudah jika instruksi harus dilaksanakan secepat-cepatnya. Menempatkan instruksi di lembar umum atau di tempat tertentu di dalam berkas rekam medis memudahkan pelaksanaan instruksi.

Instruksi tertulis membantu staf mengerti kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan, serta siapa harus melaksanakannya dan bersifat delegatif atau mandat. Instruksi tertulis dapat juga diberikan di form tersendiri atau diberikan dengan sistem elektronik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Setiap rumah sakit harus mengatur:

- o jenis instruksi harus tertulis dan dicatat, terutama di kolom empat CPPT.
- o permintaan pemeriksaan semua laboratorium (antara lain termasuk pemeriksaan laboratorium PA) dan diagnostik imaging tertentu harus disertai indikasi klinis
- o pengecualian dalam keadaan khusus, seperti antara lain di unit darurat dan unit intensif;
- o siapa yang diberi kewenangan memberi instruksi dan perintah diletakkan di dalam berkas rekam medik pasien. (lihat juga SKP 2; PKPO 4; PKPO 1; PKPO 4.2; PKPO 4.3; MIRM 1.10 dan MIRM 11)

Standar PAP 2.3

Rumah sakit menetapkan regulasi tindakan klinis dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien

Maksud dan Tujuan PAP 2.3

Contoh tindakan seperti ini adalah endoskopi, kateterisasi jantung, terapi radiasi, CT SCan, tindakan invasif lain, serta pada pemeriksaan laboratorium (PK, PA) juga pada radiologi intervensional dan noninvasif. Informasi tentang siapa yang meminta prosedur/ tindakan ini serta alasannya dicatat dan dimasukkan di dalam berkas rekam medis pasien. Pada rawat jalan apabila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko termasuk pasien yang dirujuk dari luar juga harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medis.

Standar PAP 2.4

Pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan yang tidak diharapkan.

Maksud dan Tujuan PAP 2.4

Asuhan dan proses pengobatan merupakan siklus berkesinambungan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan serta pemberian asuhan, dan evaluasi hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil proses asesmen, perencanaan asuhan dan pengobatan, serta diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Langkah asuhan bersifat siklis sehingga pasien perlu diberi informasi tentang hasil asuhan, perkembangan dan pengobatan, termasuk informasi hasil asuhan yang tidak diharapkan. Pemberian informasi tersebut dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) terkait untuk kejadian tidakdiharapkan (KTD) oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI

Standar PAP 3

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa asuhan pasien risiko tinggi dan pemberian pelayanan risiko tinggi diberikan berdasar atas panduan praktik klinis dan peraturan perundangan-undangan.

Maksud dan Tujuan PAP 3

Pelayanan dan asuhan dalam standar ini diatur dengan penekanan pada pengurangan/mitigasi risiko.

Rumah sakit memberi asuhan kepada pasien untuk berbagai kebutuhannya atau kebutuhan pada keadaan kritis. Beberapa pasien digolongkan masuk dalam kategori risiko tinggi karena umurnya, ondisinya, dan kebutuhan pada keadaan kritis. Anak-anak dan lansia biasanya dimasukkan ke dalam golongan ini karena mereka biasanya tidak dapat menyampaikan keinginannya, tidak mengerti proses asuhan yang diberikan, dan tidak dapat ikut serta dalam mengambil keputusan terkait dirinya. Sama juga halnya dengan pasien darurat yang ketakutan, koma, dan bingung tidak mampu memahami proses asuhannya apabila pasien harus diberikan asuhan cepat dan efisien.

Rumah sakit juga memberikan berbagai pelayanan, beberapa dikenal sebagai pelayanan risiko tinggi karena tersedia peralatan medis yang kompleks untuk kebutuhan pasien dengan kondisi darurat yang mengancam jiwa (pasien dialisis), karena sifat tindakan (pasien dengan pemberian darah/produk darah), mengatasi potensi bahaya bagi pasien (pasien restrain), atau mengatasi akibat intoksikasi obat risiko tinggi (contoh kemoterapi).

Asuhan bagi pasien risiko tinggi tersebut didukung oleh penggunaan PPK, regulasi lainnya dan rencana asuhan, clinical pathway, dsb (lihat PAP 2.1.). Hal ini berguna bagi staf untuk memahami dan merespons dengan sikap profesional.

Dalam hal ini pimpinan rumah sakit bertanggung jawab sesuai dengan populasi pasien untuk

- identifikasi pasien yang digolongkan sebagai risiko tinggi
- identifikasi pelayanan yang digolongkan sebagai risiko tinggi;
- melalui proses kolaborasi menetapkan regulasi asuhan;
- melatih staf untuk melaksanakan regulasi.

Regulasi untuk asuhan disesuaikan dengan populasi pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi yang berguna untuk menurunkan risiko. Dalam hal ini penting dipahami bahwa prosedur dapat mengidentifikasi

- bagaimana rencana akan berjalan, termasuk identifikasi perbedaan populasi anak dengan dewasa, atau pertimbangan khusus lainnya;
- dokumentasi yang dibutuhkan agar tim asuhan dapat bekerja dan berkomunikasi efektif;
- keperluan informed consent;
- keperluan monitor pasien;
- kualifikasi khusus staf yang terlibat dalam proses asuhan; teknologi medis khusus tersedia dan dapat digunakan.

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi untuk pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi. Untuk pasien risiko tinggi antara lain meliputi

- pasien emergensi;
- pasien dengan penyakit menular;
- pasien koma;
- pasien dengan alat bantuan hidup dasar;
- pasien "immuno-compromised and suppressed";
- pasien dialisis;
- pasien dengan restraint;
- pasien dengan risiko bunuh diri;
- pasien yang menerima kemoterapi;
- populasi pasien rentan, lansia, anak-anak, dan pasien berisiko tindak kekerasan atau ditelantarkan; dan
- pasien risiko tinggi lainnya.

Untuk pelayanan risiko tinggi antara lain meliputi

- pelayanan pasien dengan penyakit menular;
- pelayanan pasien yang menerima dialisis;
- pelayanan pasien yang menerima kemoterapi;
- pelayanan pasien yang menerima radioterapi;
- pelayanan pasien risiko tinggi lainnya (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi).

Rumah sakit juga menetapkan risiko lain yang ada sebagai hasil tindakan atau rencana asuhan (contoh, kebutuhan mencegah trombosis vena dalam, luka dekubitus, infeksi terkait penggunaan ventilator pada pasien, cedera neurologis dan pembuluh darah pada pasien restrain, infeksi melalui pembuluh darah pada pasien dialisis, infeksi saluran/slang sentral, dan pasien jatuh (lihat SKP VI). Risiko tersebut jika ada, diatasi dan dicegah oleh edukasi staf serta regulasi yang memadai. (lihat HPK 5.2). Rumah sakit menggunakan informasi pengukuran untuk evaluasi pelayanan yang diberikan kepada pasien risiko tinggi dan diintegrasikan ke dalam program peningkatan mutu rumah sakit.

DETEKSI (MENGENALI) PERUBAHAN KONDISI PASIEN

Standar PAP 3.1

Staf klinis dilatih untuk mendeteksi (mengenali) perubahan kondisi pasien memburuk dan mampu melakukan tindakan.

Maksud dan Tujuan PAP 3.1

Staf yang tidak bekerja di daerah pelayanan kritis/intensif mungkin tidak mempunyai pengetahuan dan pelatihan yang cukup untuk melakukan asesmen serta mengetahui pasien yang akan masuk dalam kondisi kritis. Padahal banyak pasien di luar daerah pelayanan kritis mengalami keadaan kritis selama dirawat inap. Sering kali pasien memperlihatkan tanda bahaya dini (contoh, tanda-tanda vital yang memburuk dan perubahan kecil status neurologisnya) sebelum mengalami penurunan kondisi klinis yang meluas sehingga mengalami kejadian yang tidak diharapkan.

Ada kriteria fisiologis yang dapat membantu staf untuk mengenali sedini-dininya pasien yang kondisinya memburuk. Sebagian besar pasien yang mengalami gagal jantung atau gagal paru sebelumnya memperlihatkan tanda-tanda fisiologis di luar kisaran normal yang merupakan indikasi keadaan pasien memburuk. Hal ini dapat diketahui dengan early warning system (EWS).

Penerapan early warning system (EWS) membuat staf mampu mengidentifikasi keadaan pasien memburuk sedini-dininya dan bila perlu mencari bantuan staf yang kompeten.

Dengan demikian, hasil asuhan akan lebih baik.

Pelaksanaan EWS dapat dilakukan menggunakan sistem skor. Semua staf dilatih untuk menggunakan EWS.

PELAYANAN RESUSITASI

Standar PAP 3.2

Pelayanan resusitasi tersedia di seluruh area rumah sakit

Maksud dan Tujuan PAP 3.2

Pelayanan resusitasi diartikan sebagai intervensi klinis pada pasien atau korban yang mengalami kejadian mengancam hidupnya seperti henti jantung atau paru. Pada saat henti jantung atau paru maka pemberian kompresi pada dada atau bantuan pernapasan akan berdampak pada hidup atau matinya pasien, setidaknya/tidaknya menghindari kerusakan jaringan otak.

Resusitasi yang berhasil pada pasien dengan henti jantung-paru bergantung pada intervensi yang kritikal/penting seperti secepat-cepatnya dilakukan defibrilasi dan bantuan hidup lanjut (advance) yang akurat (code blue). Pelayanan seperti ini harus tersedia untuk semua pasien selama 24 jam setiap hari.

Sangat penting untuk dapat memberikan pelayanan intervensi yang kritikal, yaitu tersedia dengan cepat peralatan medis terstandar, obat resusitasi, dan staf terlatih yang baik untuk resusitasi. Bantuan hidup dasar harus dilakukan secepatnya saat diketahui ada tanda henti jantung-paru dan proses pemberian bantuan hidup kurang dari 5 (lima) menit. Hal ini termasuk review terhadap pelaksanaan sebenarnya resusitasi atau terhadap simulasi pelatihan resusitasi di rumah sakit. Pelayanan resusitasi tersedia di seluruh area rumah sakit termasuk peralatan medis dan staf terlatih, berbasis bukti klinis, dan populasi pasien yang dilayani (contoh, jika rumah sakit mempunyai populasi pediatri, peralatan medis untuk resusitasi pediatri) (lihat PAB 3; MFK 8).

Catatan: seluruh area rumah sakit tempat tindakan dan pelayanan diberikan, termasuk area tindakan diagnostik di gedung terpisah dari gedung rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PAP 3.3 sampai dengan PAP 3.9

Regulasi harus dibuat secara khusus untuk kelompok pasien yang berisiko atau pelayanan yang berisiko tinggi agar tepat dan efektif dalam mengurangi risiko terkait. Sangatlah penting bahwa regulasi mengatur hal tersebut.

- a. Bagaimana perencanaan dibuat termasuk identifikasi perbedaan pasien dewasa dengan anak atau keadaan khusus lain
- b. Dokumentasi yang diperlukan oleh pelayanan secara tim untuk tim untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif
- c. Pertimbangan persetujuan khusus bila diperlukan
- d. Persyaratan pemantauan pasien
- e. Kompetensi atau keterampilan yang khusus staf yang terlibat dalam proses asuhan
- f. Ketersediaan dan penggunaan peralatan khusus

Pengobatan risiko tinggi lainnya selain kemoterapi termasuk antara lain radioterapi, KCI pekat, heparin, dsb.

Catatan: untuk standar PAP 3.3 s.d. PAP 3.9 maka elemen a) sampai dengan e) pada maksud dan tujuan harus tercermin dalam regulasi yang disyaratkan.

PELAYANAN DARAH

Standar PAP 3.3

Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PAP 3.3

Pelayanan darah dan produk darah harus diberikan sesuai dengan peraturan perundang-perundangan meliputi antara lain:

- a) pemberian persetujuan (informed consent)
- b) permintaan darah
- c) tes kecocokan
- d) pengadaan darah
- e) penyimpanan darah
- f) identifikasi pasien
- g) distribusi dan pemberian darah
- h) monitoring pasien dan respons terhadap reaksi transfuse

Staf kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi.

PELAYANAN PASIEN KOMA DAN YANG MENGGUNAKAN VENTILATOR

Standar PAP 3.4

Rumah sakit menetapkan regulasi asuhan pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar atau pasien koma.

PELAYANAN PASIEN PENYAKIT MENULAR DAN PENURUNAN DAYA TAHAN (IMMUNO-COMPROMISED AND SUPPRESSED)

Standar PAP 3.5

Regulasi mengarahkan asuhan pasien penyakit menular dan immuno-compromised and suppressed.

PELAYANAN PASIEN DIALISIS

Standar PAP 3.6

Regulasi mengarahkan asuhan pasien dialisis (cuci darah).

PELAYANAN PASIEN RESTRAINT

Standar PAP 3.7

Rumah sakit menetapkan pelayanan penggunaan alat penghalang (restraint).

PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS

Standar PAP 3.8

Rumah sakit memberikan pelayanan khusus terhadap pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasiendengan risiko bunuh diri.

PELAYANAN PASIEN KEMOTERAPI DAN terapi lain yang berisiko tinggi

Standar PAP 3.9

Rumah sakit memberikan pelayanan khusus terhadap pasien yang mendapat kemoterapi atau pelayanan lain yang berisiko tinggi (misalnya terapi hiperbarik dan pelayanan radiologi intervensi).

MAKANAN DAN TERAPI GIZI

Standar PAP 4

Tersedia berbagai pilihan makanan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya.

Maksud dan Tujuan PAP 4

Makanan dan terapi gizi yang sesuai sangat penting bagi kesehatan pasien dan penyembuhannya. Pilihan makanan disesuaikan dengan usia, budaya, pilihan, rencana asuhan, diagnosis pasien termasuk juga antara lain diet khusus seperti rendah kolesterol dan diet diabetes melitus. Berdasar atas asesmen kebutuhan dan rencana asuhan maka DPJP atau PPA lain yang kompeten memesan makanan dan terapi gizi untuk pasien (lihat juga AP 1.4)

Pasien berhak menentukan makanan sesuai dengan nilai yang dianut. Bila memungkinkan pasien ditawarkan pilihan makanan yang konsisten dengan status gizi.

Jika keluarga pasien atau ada orang lain mau membawa makanan untuk pasien maka kepada mereka diberikan edukasi tentang makanan yang merupakan kontraindikasi terhadap rencana, kebersihan (hygiene) makanan dan kebutuhan asuhan pasien termasuk informasi terkait interaksi antara obat dan makanan. Makanan yang dibawa oleh keluarga atau orang lain disimpan dengan benar untuk mencegah kontaminasi.

Standar PAP 5

Pasien dengan risiko gizi menerima terapi gizi terintegrasi.

Maksud dan Tujuan PAP 5

Pasien pada asesmen awal perawat diskriming untuk risiko gizi (lihat AP 1.4). Pasien ini dikonsultasikan ke Nutrisionis/Dietisien untuk dilakukan asesmen lebih lanjut. Jika ditemukan risiko gizi maka dibuat rencana terapi gizi dan dilaksanakan. Kemajuan keadaan pasien dimonitor dan dicatat di rekam medis. DPJP, perawat, Nutrisionis/Dietisien dan keluarga pasien bekerjasama dalam konteks asuhan gizi terintegrasi dengan DPJP sebagai Clinical Team Leader.

PENGELOLAAN NYERI

Standar PAP 6

Rumah sakit menetapkan pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri

Maksud dan Tujuan PAP 6

Nyeri dapat diakibatkan oleh kondisi, penyakit pasien, tindakan, atau pemeriksaan yang dilakukan. Sebagai bagian dari rencana asuhan, maka pasien diberi informasi tentang kemungkinan timbul nyeri akibat tindakan, atau prosedur pemeriksaan, dan pasien diberitahu pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri. Apapun yang menjadi sebab timbulnya nyeri jika tidak dapat diatasi akan berpengaruh secara fisik maupun psikologis. Pasien dengan nyeri dilakukan asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri dengan tepat (lihat HPK 2.2 dan PAP 1.5). Asuhan nyeri dapat berupa obat/farmakologi dan non farmakologi. Pada tingkat tertentu sesuai regulasi, nyeri belum memerlukan asuhan obat/farmakologi, maka asuhan mandiri nyeri perawat misalnya gate control, relaksasi dan distraksi dapat dilaksanakan. Asesmen ulang nyeri dan monitoring pasca pemberian obat anti nyeri juga harus dilaksanakan untuk mengetahui asuhan yang dapat menurunkan nyeri.

Berdasar atas cakupan asuhan yang diberikan maka rumah sakit menetapkan proses untuk melakukan skrining, asesmen, dan pelayanan untuk mengatasi nyeri meliputi

- identifikasi pasien untuk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang
- memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan;
- melaksanakan pelayanan untuk mengatasi nyeri terlepas dari mana nyeri itu berasal;
- melakukan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga perihal pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga;
- melatih PPA tentang asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri.

PELAYANAN DALAM TAHAP TERMINAL

Standar PAP 7

Dilakukan asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien dalam tahap terminal dan keluarganya sesuai dengan kebutuhan mereka.

Maksud dan Tujuan PAP 7

Skrining merupakan proses untuk menetapkan kondisi pasien masuk dalam fase terminal. Selanjutnya PPA melakukan asesmen awal dan asesmen ulang (basis IAR) bersifat individual untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dalam tahap terminal (dying) dan keluarganya.

Asesmen awal dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti:

- a) gejala mual dan kesulitan pernapasan;
- b) faktor yang memperparah gejala fisik;
- c) manajemen gejala sekarang dan respons pasien;
- d) orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu;
- e) keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, dan rasa bersalah;
- f) status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit;
- g) kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya,
- h) Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan;
- i) Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi pa-tologis atas kesedihan.

Standar PAP 7.1

Rumah sakit memberikan pelayanan pasien dalam tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang didokumentasikan dalam rekam medis.

Maksud dan Tujuan PAP 7.1

Pasien dalam tahap terminal membutuhkan asuhan dengan rasa hormat dan empati yang terungkap dalam asesmen (lihat PAP 1.7). Untuk melaksanakan ini, staf diberi pemahaman tentang kebutuhan pasien yang unik saat dalam tahap terminal. Kepedulian staf terhadap kenyamanan dan kehormatan pasien harus menjadi prioritas semua aspek asuhan pasien selama pasien berada dalam tahap terminal.

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola asuhan pasien dalam tahap terminal.

Proses ini meliputi:

- a) intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri;
- b) memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga;
- c) menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ;
- d) menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga;
- e) mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan;
- f) memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.

PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH (PAB)

GAMBARAN UMUM

Tindakan anestesi, sedasi, dan intervensi bedah merupakan proses yang kompleks dan sering dilaksanakan di RS. Hal tsb memerlukan:

- 1) asesmen pasien yang lengkap dan menyeluruh,
- 2) perencanaan asuhan yang terintegrasi,
- 3) pemantauan yang terus menerus,
- 4) transfer ke ruang perawatan berdasarkan kriteria tertentu,
- 5) rehabilitasi,
- 6) transfer ke ruangan perawatan dan pemulangan.

Anestesi dan sedasi umumnya merupakan suatu rangkaian proses yang dimulai dari sedasi minimal hingga anestesi penuh. Karena respons pasien dapat berubah-ubah sepanjang berlangsungnya rangkaian tsb, maka penggunaan anestesi dan sedasi diatur secara terpadu. Dalam bab ini dibahas anestesi dan sedasi sedang dan dalam dimana ketiganya berpotensi membahayakan refleks protektif pasien terhadap fungsi pernafasannya. Dalam bab ini tidak dibahas penggunaan sedasi minimal (anxiolysis, atau penggunaan sedasi untuk penggunaan ventilator). Karenanya penulisan istilah/terminologi agar lengkap: sedasi moderat dan dalam di definisikan dengan jelas. Disarankan membuat juga regulasi tentang sedasi minimal.

Karena tindakan bedah juga merupakan tindakan yang berisiko tinggi, maka harus direncanakan dan dilaksanakan secara hati-hati. Rencana prosedur operasi dan asuhan pasca operasi dibuat berdasarkan asesmen dan didokumentasikan.

Standar pelayanan anestesi dan bedah berlaku di area manapun dalam RS yang menggunakan anestesi, sedasi sedang dan dalam, dan juga pada tempat dilaksanakannya prosedur pembedahan dan tindakan invasif lainnya yang membutuhkan persetujuan tertulis (informed consent) (Lihat HPK.6.4). Area ini meliputi ruang operasi RS, rawat sehari, klinik gigi, klinik rawat jalan, endoskopi, radiologi, gawat darurat, perawatan intensif dan tempat lainnya.

Tindakan anestesi lokal yang dikerjakan antara lain di IGD, Rawat Jalan, Kamar operasi Mata, Radiologi, dsb tetap dilakukan monitoring fisiologis dan dicatat di form tersendiri (Lihat PAB 6 dan AP 1.5).

Standar PAB 1

Rumah Sakit menyediakan pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) untuk memenuhi kebutuhan pasien, dan pelayanan tsb memenuhi peraturan perundang-undangan dan standar profesi

Maksud dan Tujuan PAB 1

Sedasi dan anestesi biasanya diartikan sebagai satu jalur layanan berkesinambungan dari sedasi minimal sampai anestesi dalam. Respons pasien bergerak mengikuti jalur ini dan selama menjalani perjalanan ini pasien menghadapi risiko pada refleks protektif jalan nafas pasien. Sedasi dan anestesi adalah proses kompleks sehingga harus diintegrasikan kedalam rencana asuhan. Sedasi dan anestesi membutuhkan asesmen lengkap dan komprehensif serta monitoring pasien terus menerus.

RS mempunyai Suatu sistem untuk pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam untuk melayani kebutuhan pasien, kebutuhan pelayanan klinis yang ditawarkan dan kebutuhan para PPA, dimana pelayanan tersebut memenuhi peraturan perundang-undangan dan standar profesi.

Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam (termasuk layanan yang diperlukan untuk kegawat daruratan) tersedia 24 jam.

Standar PAB 2

Ada staf medis anestesi yang kompeten dan berwenang, bertanggung-jawab untuk mengelola pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam

Maksud dan Tujuan PAB 2

Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam berada dibawah penanggung-jawab pelayanan anestesi yang memenuhi peraturan perundang-undangan. Tanggung jawab pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam meliputi:

- a) mengembangkan, menerapkan, dan menjaga regulasi,
- b) melakukan pengawasan administratif,
- c) menjalankan program pengendalian mutu yang dibutuhkan
- d) memonitor dan evaluasi pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam

Standar PAB 2.1

Program mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam dilaksanakan dan didokumentasikan

Maksud dan Tujuan PAB 2.1

Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam merupakan suatu tindakan yang berisiko, karena itu perencanaannya dan pelaksanaannya membutuhkan tingkat kehati-hatian dan akurasi tinggi. Sehubungan dengan hal itu RS menetapkan program mutu dan keselamatan pasien pada pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam yang merupakan bagian dari program mutu dan keselamatan pasien meliputi antara lain ti tidak terbatas pada:

- a) pelaksanaan asesmen pra sedasi dan pra anestesi
- b) proses monitoring status fisiologis selama anestesi
- c) proses monitoring proses pemulihan anestesi dan sedasi dalam
- d) evaluasi ulang bila terjadi konversi tindakan dari lokal/regional ke general.

PELAYANAN DAN ASUHAN SEDASI

Standar PAB 3

Pemberian sedasi moderat dan dalam dilakukan sesuai regulasi yang ditetapkan

Maksud dan Tujuan PAB 3

Prosedur pemberian sedasi moderat dan dalam yang diberikan secara intravena, tidak tergantung berapa dosisnya.

Prosedur pemberian sedasi dilakukan seragam ditempat pelayanan di dalam RS termasuk unit diluar kamar operasi. Karena prosedur pemberian sedasi, seperti layaknya anestesi, mengandung risiko potensial kpd pasien. Pemberian sedasi kpd pasien harus dilakukanseragam dan sama di semua tempat di RS.

Pelayanan sedasi yang seragam meliputi:

- a) kualifikasi staf yang memberikan sedasi
- b) peralatan medis yang digunakan
- c) bahan yang dipakai
- d) cara pemantauan di RS

Oleh sebab itu RS harus menetapkan pedoman spesifik tentang hal tsb diatas

Standar PAB 3.1

Para profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang memberikan pelayanan sedasi moderat dan dalam serta melaksanakan monitoring

Maksud dan Tujuan PAB 3.1

Kualifikasi dokter, dokter gigi atau petugas lain yang bertanggung jawab terhadap pasien yang menerima tindakan sedasi sangat penting.

Pemahaman berbagai cara memberikan sedasi terkait pasien dan jenis tindakan yang diberikan, akan menaikkan toleransi pasien terhadap rasa tidak nyaman, rasa sakit dan atau risiko komplikasi.

Komplikasi terkait pemberian sedasi terutama gangguan jantung dan paru. Sertifikasi dalam bantuan hidup lanjut sangat penting.

Sebagai tambahan, pengetahuan tentang farmakologi zat sedasi yang digunakan, termasuk zat reversal, mengurangi risiko terjadi kejadian yang tidak diharapkan

Karena itu staf yang bertanggung jawab memberikan sedasi harus kompeten dan berwenang dalam hal:

- a) Teknik dan berbagai macam cara sedasi
- b) Farmakologi obat sedasi dan penggunaan zat reversal (antidote-nya)
- c) Memonitor pasien dan
- d) Bertindak jika ada komplikasi (lihat juga, KKS.10)

Staf lain yang kompeten dapat melakukan pemantauan dibawah supervisi secara terus menerus terhadap parameter fisiologis pasien dan memberi bantuan dalam hal tindakan resusitasi. Orang yang bertanggung jawab melakukan pemantauan, harus kompeten dalam:

- e) pemantauan yang diperlukan
- f) bertindak jika ada komplikasi
- g) penggunaan zat reversal (anti-dot)
- h) kriteria pemulihan (lihat juga, KKS 3)

Standar PAB 3.2

RS menetapkan regulasi untuk tindakan sedasi (moderat dan dalam) baik cara memberikan dan memantau berdasarkan panduan praktik klinis

Maksud dan Tujuan PAB 3.2

Tingkat kedalaman sedasi berlangsung dan berlanjut dari mulai ringan sampai sedasi dalam dan pasien dapat menjalaninya dari satu tingkat ke tingkat yang lain.

Banyak faktor berpengaruh terhadap respons pasien dan ini selanjutnya mempengaruhi tingkat sedasi pasien. Faktor-faktor yang berpengaruh adalah obat yang dipakai, cara pemberian obat dan dosis, umur pasien (anak, dewasa, lanjut usia), dan riwayat kesehatan pasien. Contoh, ada riwayat kerusakan organ utama, obat yang diminum mungkin berinteraksi dengan obat sedasi, alergi obat, ada efek samping obat anestesi atau sedasi yang lalu.

Jika status fisik pasien berisiko tinggi, dipertimbangkan pemberian tambahan kebutuhan klinis lainnya dan diberikan tindakan sedasi yang sesuai.

Asesmen pra sedasi membantu menemukan faktor yang dapat berpengaruh pada respons pasien terhadap tindakan sedasi dan juga dapat ditemukan hal penting dari hasil monitor selama dan sesudah sedasi.

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen pra sedasi sbb:

- a) mengidentifikasi setiap masalah saluran pernapasan yang dapat mempengaruhi jenis sedasi
- b) evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi
- c) merencanakan jenis sedasi dan tingkat kedalaman sedasi yang diperlukan pasien berdasar sedasi yang diterapkan
- d) pemberian sedasi secara aman dan
- e) evaluasi dan menyimpulkan temuan dari monitor selama dan sesudah sedasi

Tingkat kedalaman sedasi berlangsung dan berlanjut dari mulai ringan sampai sedasi dalam dan pasien dapat menjalaninya dari satu tingkat ke tingkat yang lain.

Banyak faktor berpengaruh terhadap respons pasien dan ini selanjutnya mempengaruhi tingkat sedasi pasien. Faktor-faktor yang berpengaruh adalah obat yang dipakai, cara pemberian obat dan dosis, umur pasien (anak, dewasa, lanjut usia), dan riwayat kesehatan pasien. Contoh, ada riwayat kerusakan organ utama, obat yang diminum mungkin berinteraksi dengan obat sedasi, alergi obat, ada efek samping obat anestesi atau sedasi yang lalu.

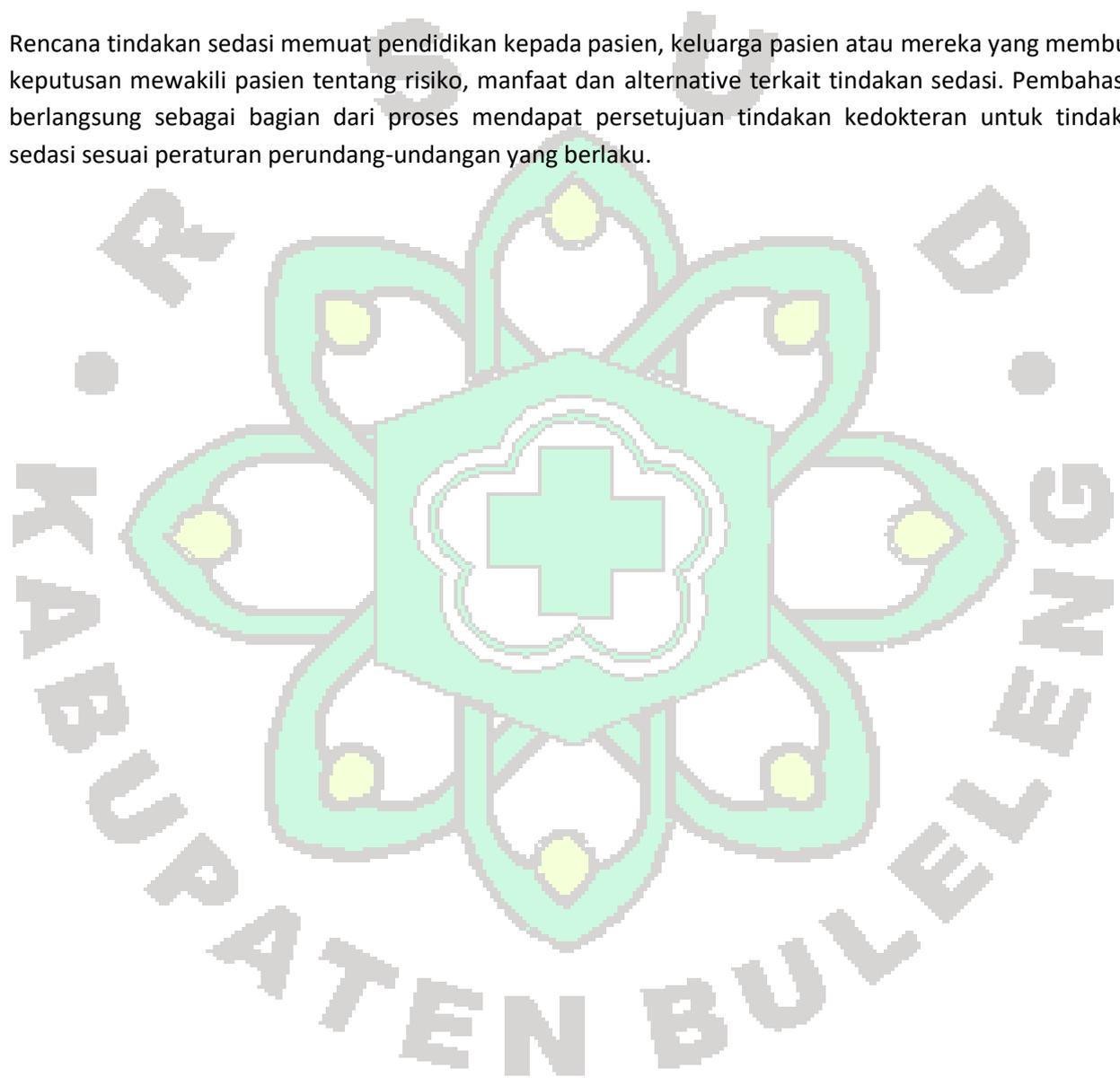
Jika status fisik pasien berisiko tinggi, dipertimbangkan pemberian tambahan kebutuhanklinis lainnya dan diberikan tindakan sedasi yang sesuai.

Standar PAB 3.3

Risiko, manfaat dan alternatif berhubungan dengan tindakan sedasi moderat dan dalam didiskusikan dengan pasien dan keluarga pasien atau dengan mereka yang membuat keputusan yang mewakili pasien.

Maksud dan Tujuan PAB 3.3

Rencana tindakan sedasi memuat pendidikan kepada pasien, keluarga pasien atau mereka yang membuat keputusan mewakili pasien tentang risiko, manfaat dan alternative terkait tindakan sedasi. Pembahasan berlangsung sebagai bagian dari proses mendapat persetujuan tindakan kedokteran untuk tindakan sedasi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.



PELAYANAN DAN ASUHAN ANESTESI

Standar PAB 4

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang pada pelayanan anestesi melakukan asesmen pra anestesi

Maksud dan Tujuan PAB 4 dan PAB 4.1

Karena anestesi mengandung risiko tinggi, pemberiannya harus direncanakan dengan hati-hati

Asesmen pra anestesi adalah dasar dari perencanaan ini, untuk mengetahui temuan apa pada monitor selama anestesi dan setelah anestesi, dan juga untuk menentukan obat analgesi apa untuk pasca operasi.

Asesmen pra anestesi, berbasis IAR (Informasi, Analisis, Rencana) juga memberikan informasi yang diperlukan untuk:

- a. Mengetahui masalah saluran pernapasan
- b. Memilih anestesi dan rencana asuhan anestesi
- c. Memberikan anestesi yang aman berdasarkan asesmen pasien, risiko yang ditemukan, dan jenis tindakan
- d. Menafsirkan temuan pada waktu monitoring selama anestesi dan pemulihand.
- e. Memberikan informasi obat analgesia yang akan digunakan pasca operasi.

Dokter spesialis anestesi melakukan asesmen pra anestesi. Asesmen pra anestesi dapat dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah atau sesaat menjelang operasi, misalnya pada pasien darurat. Asesmen pra induksi berbasis IAR, terpisah dari asesmen pra anestesi, fokus pada stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk tindakan anestesi, berlangsung sesaat sebelum induksi anestesi. Jika anestesi diberikan secara darurat, asesmen pra anestesi dan pra induksi dapat dilakukan berurutan atau simultan, namun dicatat secara terpisah (Lihat PAB.6)

Standar PAB 4.1

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan berwenang pada pelayanan anestesi melakukan asesmen pra induksi

Standar PAB 5

Rencana, tindakan anestesi dan teknik yang digunakan dicatat dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien

Maksud dan Tujuan PAB 5

Tindakan anestesi direncanakan secara seksama dan didokumentasikan dalam rekam medis. Perencanaan mempertimbangkan informasi dari asesmen lainnya (misal dari hasil pemeriksaan, konsul, dll) dan mengidentifikasi tindakan anestesi yang akan digunakan, termasuk metode pemberiannya, pemberian medikasi dan cairan lain, serta prosedur pemantauan dalam mengantisipasi pelayanan pasca anestesi dan didokumentasikan di Rekam medis

Standar PAB 5.1

Risiko, manfaat dan alternatif dari tindakan anestesi didiskusikan dengan pasien dan keluarga atau orang yang dapat membuat keputusan mewakili pasien

Maksud dan Tujuan PAB 5.1

Proses perencanaan anestesi mencakup edukasi pasien, dan keluarga, atau pembuat keputusan atas risiko, manfaat dan alternatif yang berhubungan dengan perencanaan anestesia dan analgesia pasca tindakan operatif, edukasi ini sebagai bagian dari proses untuk mendapatkan persetujuan anestesi sebagaimana dipersyaratkan dalam HPK 6.4. EP 2.

Dokter spesialis anestesi yang melakukan edukasi ini.

Standar PAB 6

RS menetapkan regulasi untuk menentukan status fisiologis dimonitor selama proses anestesi dan bedah sesuai dengan panduan praktik klinis dan didokumentasikan di dalam form anestesi

Maksud dan Tujuan PAB 6

Monitoring fisiologis memberikan informasi terpercaya tentang status pasien selama sedasi, anestesi berjalan (umum, spinal, regional, lokal) dan pasca operasi. Hasil dari monitoring menjadi acuan pengambilan keputusan selama operasi berlangsung atau pasca operasi, misalnya reoperasi, atau pindah ke tingkat asuhan lainnya, atau lanjut ruang pulih. Informasi dari pemantauan menentukan kebutuhan asuhan medis dan keperawatan serta kebutuhan diagnostik dan pelayanan lainnya. Hasil pemantauan dicatat di form anestesi, untuk anestesi lokal dapat digunakan form tersendiri. Metode pemonitor ditentukan oleh status pasien pada pra anestesi, jenis anestesi yang akan digunakan, dan kompleksitas operasi atau tindakan lain yang dilaksanakan selama anestesi. Pelaksanaan pemantauan selama anestesi dan operasi harus dijalankan sesuai panduan praktik klinis. Hasil dari pemantauan dicatat di rekam medik pasien (Lihat juga, PAB 4)

Standar PAB 6.1

RS menetapkan regulasi untuk memonitor status pasca anestesi setiap pasien, dan dicatat dalam rekam medis pasien. Pasien dipindah dari ruang pemulihan oleh staf yang kompetendan berwenang, atau berdasarkan kriteria baku yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan PAB 6.1

Pemantauan selama periode anestesi menjadi acuan untuk pemantauan pada periode pasca anestesi.

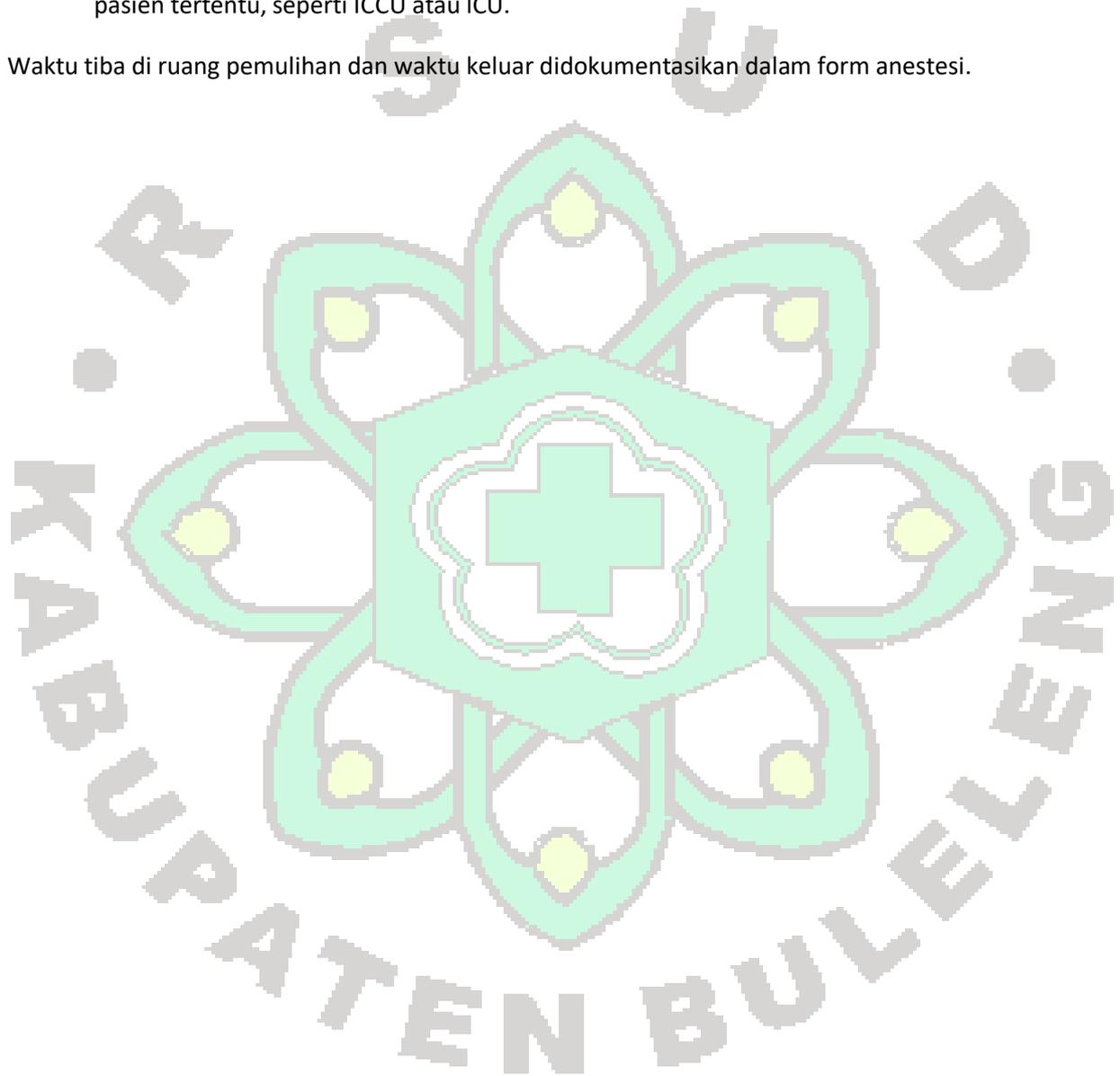
Pengumpulan data status pasien terus menerus secara sistematis menjadi dasar memindahkan pasien ke ruangan intensif atau ke unit rawat inap. Catatan pemantauan menjadi acuan untuk menyudahi pemantauan di ruang pemulihan atau sebagai acuan untuk pindah dari ruang pemulihan.

Jika pasien dipindah langsung dari kamar operasi ke ruang intensif, pemantauan dan pendokumentasian diperlakukan sama dengan pemantauan di ruang pulih.

Keluar dari ruang pemulihan pasca anestesi atau menghentikan pemantauan pada periode pemulihan dilakukan dengan mengacu ke salah satu alternatif dibawah ini:

- a. Pasien dipindahkan (atau pemantauan pemulihan dihentikan) oleh dokter anestesi.
- b. Pasien dipindahkan (atau pemantauan pemulihan dihentikan) oleh penata/perawat anestesi sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit, dan rekam medis pasien membuktikan bahwa kriteria yang dipakai dipenuhi
- c. Pasien dipindahkan ke unit yang mampu memberikan asuhan pasca anestesi atau pasca sedasi pasien tertentu, seperti ICCU atau ICU.

Waktu tiba di ruang pemulihan dan waktu keluar didokumentasikan dalam form anestesi.



PELAYANAN DAN ASUHAN BEDAH

Standar PAB 7

Asuhan setiap pasien bedah direncanakan berdasar hasil asesmen dan dicatat dalam rekam medis pasien

Maksud dan Tujuan PAB 7

Karena prosedur bedah mengandung risiko tinggi, pelaksanaannya harus direncanakan dengan seksama. Asesmen pra bedah (berbasis IAR) menjadi acuan untuk menentukan jenis tindakan bedah yang tepat dan mencatat temuan penting. Hasil asesmen memberikan informasi tentang:

- a) Tindakan bedah yang sesuai dan waktu pelaksanaannya
- b) Melakukan tindakan dengan aman dan
- c) Menyimpulkan temuan selama pemantauan

Pemilihan teknik operasi tergantung dari riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, manfaat dan risiko dari tindakan yang dipilih.

Pemilihan tindakan juga mempertimbangkan asesmen waktu pasien masuk dirawat inap, pemeriksaan diagnostik dan sumber lainnya. Proses asesmen dikerjakan sesegera mungkin bagi pasien darurat (Lihat juga, AP.1.2.1 Asuhan untuk pasien bedah dicatat di rekam medis. Untuk pasien yang langsung dilayani dokter bedah, asesmen pra bedah menggunakan asesmen awal rawat inap, pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan, asesmen dilakukan dan dicatat dalam rekam medis, sedangkan pasien yang dikonsultasikan ditengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan operasi, maka asesmen pra bedah juga dicatat di rekam medis (dengan isi berbasis IAR) sesuai regulasi RS, termasuk diagnosis pra operasi dan pasca operasi dan nama tindakan operasi (Lihat juga AP.1.3.1; MIRM 10.1)

Standar PAB 7.1

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan atau keluarga atau pihak lain yang berwenang yang memberikan keputusan

Maksud dan Tujuan PAB 7.1

Pasien, keluarga dan mereka yang memutuskan menerima cukup penjelasan untuk berpartisipasi dlm keputusan asuhan pasien dan memberikan persetujuan yang dibutuhkan seperti di HPK.5.2. Untuk memenuhi kebutuhan pasien, penjelasan tsb diberikan secara terintegrasi oleh para profesional pemberi asuhan (PPA) terkait, dibantu manajer pelayanan pasien (MPP.)

Informasi memuat:

- a) Risiko dari rencana tindakan operasi
- b) Manfaat dari rencana tindakan operasi
- c) Kemungkinan komplikasi dan dampak
- d) Pilihan operasi atau opsi non operasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien
- e) Sebagai tambahan, jika dibutuhkan darah atau produk darah, risiko dan alternatifnya didiskusikan.

Dokter bedah yang kompeten dan berwenang serta PPA yang terkait memberikan informasi ini.

Standar PAB 7.2

Informasi yang terkait dengan operasi dicatat dalam laporan operasi dan digunakan untuk menyusun rencana asuhan lanjutan

Maksud dan Tujuan PAB 7.2

Asuhan pasien pasca operasi tergantung dari temuan dalam operasi. Hal yang terpenting adalah semua tindakan dan hasilnya dicatat di rekam medis pasien. Laporan ini dapat dibuat dalam bentuk format template atau dalam bentuk laporan operasi tertulis, sesuai regulasi RS, Untuk mendukung kesinambungan asuhan pasien pasca operasi, laporan operasi dicatat segera setelah operasi selesai, sebelum pasien dipindah dari daerah operasi atau dari area pemulihan pasca anestesi. Laporan yang tercatat tentang operasi memuat paling sedikit:

- a) Diagnosis pasca operasi
- b) Nama dokter bedah dan asistennya
- c) Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan
- d) Ada dan tidak adanya komplikasi
- e) Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa
- f) Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfuse
- g) Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan)
- h) Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung-jawab

Beberapa catatan mungkin ditempatkan di lembar lain dalam rekam medik. Contoh, jumlah darah yang hilang dan transfusi darah dicatat di catatan anestesi, atau catatan tentang implan dapat ditunjukkan dengan "sticker" yang ditempelkan pada rekam medik.

Waktu selesai membuat laporan adalah didefinisikan sebagai "setelah selesai operasi, sebelum pasien dipindah ke tempat asuhan biasa". Definisi ini penting untuk memastikan bhw informasi yang tepat tersedia bagi pemberi asuhan berikutnya.

Jika dokter bedah mendampingi pasien dari ruang operasi ke ruangan asuhan intensif lanjutan (misalnya ICU, ICCU dsb), laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan lanjutan (lihat juga, ARK.3; PAP.2.3; PMKP.8)

Standar PAB 7.3

Ditetapkan rencana asuhan pasca operasi dan dicatat dalam rekam medis

Maksud dan Tujuan PAB 7.3

Kebutuhan asuhan medis, keperawatan dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya sesuai kebutuhan setiap pasien pasca operasi berbeda tergantung dari tindakan operasi dan riwayat kesehatan pasien. Beberapa pasien mungkin membutuhkan pelayanan dari profesional pemberi asuhan (PPA) lain/unit lain, seperti rehabilitasi medik atau terapi fisik. Penting membuat rencana untuk asuhan tsb, termasuk tingkat asuhannya, metode asuhan, tindak lanjut monitor atau tindak lanjut tindakan, kebutuhan obat dan asuhan lain atau tindakan serta layanan lain, Rencana asuhan pasca operasi dapat dimulai sebelum

tindakan operasi berdasarkan asesmen kebutuhan dan kondisi pasien serta jenis operasi yang dilakukan. Rencana asuhan pasca operasi juga memuat kebutuhan pasien yang segera. Rencana asuhan dicatat di rekam medik pasien dalam waktu 24 jam dan diverifikasi DPJP sebagai pimpinan tim klinis untuk memastikan kontinuitas asuhan selama waktu pemulihan dan masa rehabilitasi.

Kebutuhan pasca operasi dapat berubah sebagai hasil perbaikan klinis atau informasi baru dari asesmen ulang rutin, atau dari perubahan kondisi pasien yang mendadak. Rencana asuhan pasca operasi direvisi berdasar perubahan ini dan dicatat di rekam medis pasien sebagai rencana asuhan baru (Lihat juga PAP.2.1)

Standar PAB 7.4

RS menetapkan regulasi yang mengatur tentang asuhan pasien operasi yang menggunakan implan dan harus memperhatikan pertimbangan khusus tentang tindakan yang dimodifikasi.

Maksud dan Tujuan PAB 7.4

Banyak tindakan bedah menggunakan implan yang menetap maupun temporer antara lain panggul / lutut prostetik, pacu jantung, pompa insulin, "double-" stand. Tindakan operasi seperti ini mengharuskan tindakan operasi rutin yang dimodifikasi dengan mempertimbangkan faktor khusus seperti:

- a) Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan
- b) Modifikasi surgical safety checklist untuk memastikan ketersediaan implan di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi
- c) kualifikasi dan pelatihan setiap staf dari luar yang dibutuhkan untuk pemasangan implan (staf dari pabrik/perusahaan implan untuk mengkalibrasi)
- d) proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implant
- e) proses pelaporan malfungsi implan sesuai dengan standar/aturan pabrik
- f) pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus
- g) instruksi khusus kepada pasien setelah operasi
- h) kemampuan penelusuran (traceability) alat jika terjadi penarikan kembali (recall) alat dengan melakukan antara lain menempelkan barcode alat di rekam medis

Standar PAB 8

Desain tata ruang operasi harus memenuhi syarat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan

Maksud dan Tujuan PAB 8

Tindakan bedah merupakan tindakan yang berisiko tinggi dan rumit sehingga memerlukan ruang operasi yang mendukung terlaksananya tindakan bedah untuk mengurangi risiko infeksi. Selain itu untuk mengurangi risiko infeksi:

- a) alur masuk barang2 steril harus terpisah dari alur keluar barang dan pakaian kotor
- b) koridor steril dipisahkan / tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor
- c) desain tata ruang operasi harus memenuhi ketentuan zona berdasarkan tingkatsterilitas ruangan yang terdiri dari:
 - zona steril rendah;
 - zona steril sedang;

- Zona steril tinggi dan
- zona steril sangat tinggi

Selain itu desain tata ruang operasi harus memperhatikan risiko keselamatan dan keamanan

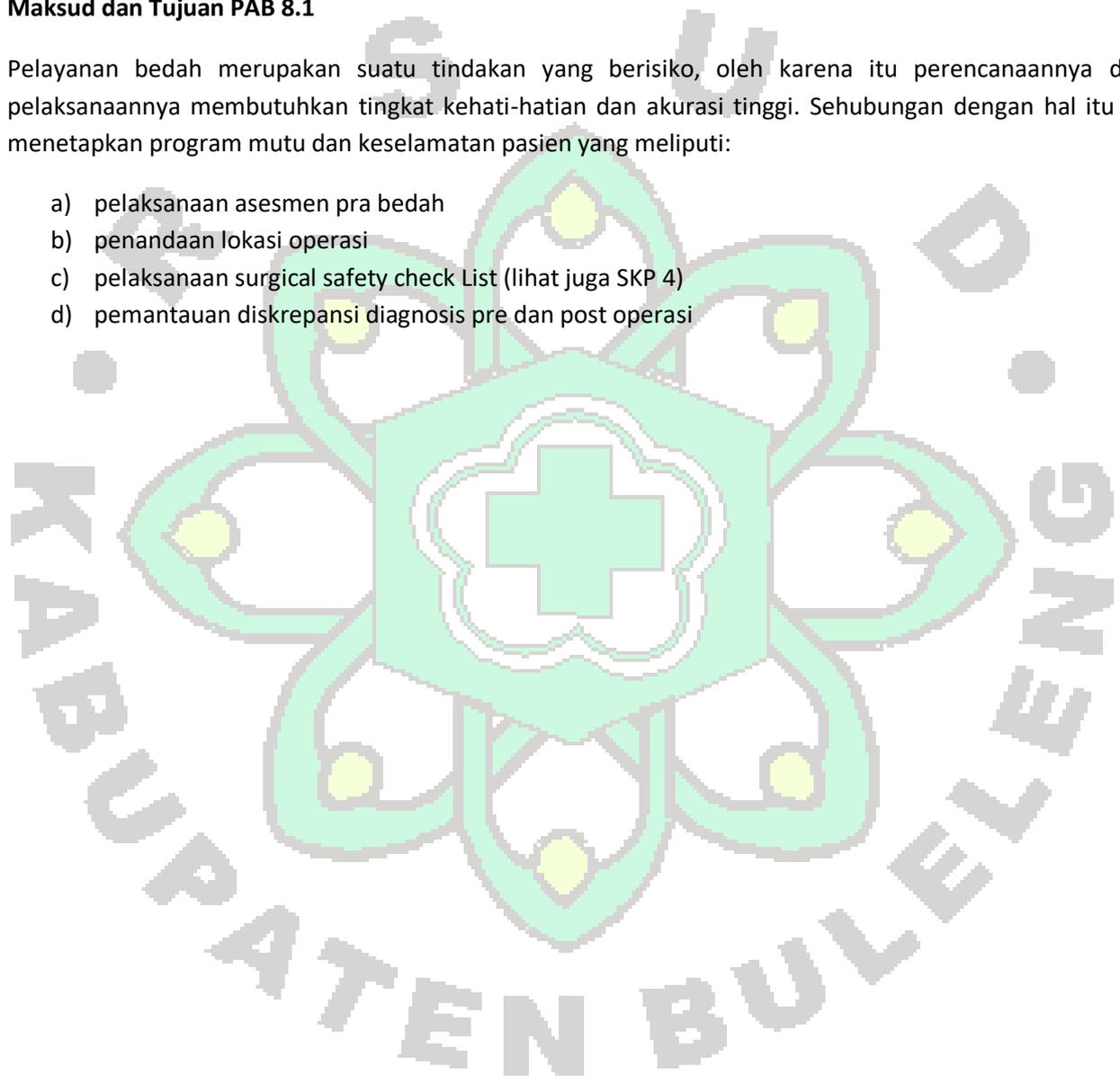
Standar PAB 8.1

Program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah dilaksanakan dan didokumentasikan

Maksud dan Tujuan PAB 8.1

Pelayanan bedah merupakan suatu tindakan yang berisiko, oleh karena itu perencanaannya dan pelaksanaannya membutuhkan tingkat kehati-hatian dan akurasi tinggi. Sehubungan dengan hal itu RS menetapkan program mutu dan keselamatan pasien yang meliputi:

- a) pelaksanaan asesmen pra bedah
- b) penandaan lokasi operasi
- c) pelaksanaan surgical safety check List (lihat juga SKP 4)
- d) pemantauan diskrepansi diagnosis pre dan post operasi



PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)

GAMBARAN UMUM

Pelayanan kefarmasian adalah pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi dan alat kesehatan dengan maksud mencapai hasil yang pasti untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.

Pelayanan kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk :

- menjamin mutu, manfaat, keamanan, serta khasiat sediaan farmasi dan alat kesehatan;
- menjamin kepastian hukum bagi tenaga kefarmasian;
- melindungi pasien, masyarakat, dan staf dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (patient safety);
- menjamin sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang lebih aman (medication safety);
- menurunkan angka kesalahan penggunaan obat.

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan simptomatik, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif terhadap penyakit dan berbagai kondisi, serta mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Pelayanan kefarmasian dilakukan secara multidisiplin dalam koordinasi para staf di rumah sakit.

Rumah sakit menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan mutu terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, peresepan atau permintaan obat atau instruksi pengobatan, penyalinan (transcribing), pendistribusian, penyiapan (dispensing), pemberian, pendokumentasian, dan pemantauan terapi obat. Praktik penggunaan obat yang tidak aman (unsafe medication practices) dan kesalahan penggunaan obat (medication errors) adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam system pelayanan kesehatan di seluruh dunia. Oleh karena itu, rumah sakit diminta untuk mematuhi peraturan perundang-undangan, membuat sistem pelayanan kefarmasian, dan penggunaan obat yang lebih aman yang senantiasa berupaya menurunkan kesalahan penggunaan obat.

PENGORGANISASIAN

Standar PKPO 1

Pengorganisasian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat di rumah sakit harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan diorganisir untuk memenuhi kebutuhan pasien

Maksud dan Tujuan PKPO 1

Pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat merupakan bagian penting dalam pelayanan pasien sehingga organisasinya harus efektif dan efisien, serta bukan hanya tanggung jawab apoteker, tetapi juga profesional pemberi asuhan dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Pengaturan pembagian tanggung jawab bergantung pada struktur organisasi dan staffing. Struktur organisasi dan operasional sistem pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat di rumah sakit mengacu pada peraturan perundang-undangan.

Pelayanan kefarmasian dilakukan oleh apoteker yang melakukan pengawasan dan supervise semua aktivitas pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat di rumah sakit.

Untuk memastikan efektivitas sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat, maka rumah sakit melakukan kajian sekurang-kurangnya sekali setahun. Kajian tahunan mengumpulkan semua informasi dan pengalaman yang berhubungan dengan pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat, termasuk angka kesalahan penggunaan obat serta upaya untuk menurunkannya. Kajian bertujuan membuat rumah sakit memahami kebutuhan dan prioritas perbaikan sistem berkelanjutan dalam hal mutu, keamanan, manfaat, serta khasiat obat dan alat kesehatan.

Kajian tahunan mengumpulkan semua data, informasi, dan pengalaman yang berhubungan dengan pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat, termasuk antara lain

- 1) seberapa baik system telah bekerja terkait dengan
 - seleksi dan pengadaan obat;
 - penyimpanan;
 - peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan
 - penyiapan dan penyerahan; dan
 - pemberian obat
- 2) pendokumentasian dan pemantauan efek obat
- 3) seluruh angka kesalahan penggunaan obat (medication error) meliputi kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, serta upaya mencegah dan menurunkannya
- 4) kebutuhan pendidikan dan pelatihan
- 5) pertimbangan melakukan kegiatan baru berbasis bukti (evidence based)

Dengan kajian ini rumah sakit dapat memahami kebutuhan dan prioritas peningkatan mutu serta keamanan penggunaan obat. Sumber informasi obat yang tepat dan terkini harus tersedia disemua unit pelayanan, serta dapat diakses oleh semua staf yang terlibat dalam penggunaan obat.

SELEKSI DAN PENGADAAN

Standar PKPO 2

Ada proses seleksi obat dengan benar yang menghasilkan formularium dan digunakan untuk permintaan obat serta instruksi pengobatan. Obat dalam formularium senantiasa tersediadalam stok di rumah sakit atau sumber di dalam atau di luar rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PKPO 2

Rumah sakit harus menetapkan formularium obat yang mengacu pada peraturan perundang-undangan. Formularium ini didasarkan atas misi rumah sakit, kebutuhan pasien, dan jenis pelayanan yang diberikan. Seleksi obat adalah suatu proses kerja sama yang mempertimbangkan baik kebutuhan dan keselamatan pasien maupun kondisi ekonominya. Apabila terjadi kehabisan obat karena keterlambatan pengiriman, stok nasional kurang atau sebab lain yang tidak diantisipasi sebelumnya maka tenaga kefarmasian harus menginformasikan kepada profesional pemberi asuhan dan staf klinis pemberi asuhan lainnya tentang kekosongan obat tersebut serta saran substitusinya atau mengadakan perjanjian kerjasama dengan pihak luar

Standar PKPO 2.1

Rumah sakit menetapkan proses pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PKPO 2.1 dan PKPO 2.1.1

Rumah sakit menetapkan regulasi dan melaksanakan proses pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Ada kalanya sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak ada dalam stok atau tidak tersedia saat dibutuhkan. Rumah sakit harus menetapkan regulasi dan proses untuk pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat juga TKRS 7.1).

Standar PKPO 2.1.1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk mendapatkan obat bila sewaktu-waktu obat tidak tersedia.

PENYIMPANAN

Standar PKPO 3

Rumah sakit menetapkan tata laksana pengaturan penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang baik, benar, serta aman.

Maksud dan Tujuan PKPO 3

Sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai disimpan di tempat yang sesuai, dapat di gudang logistik, di instalasi farmasi, atau di satelit atau depo farmasi sertadiharuskan memiliki pengawasan di semua lokasi penyimpanan.

Standar PKPO 3.1

Rumah sakit mengatur tata kelola bahan berbahaya, serta obat narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PKPO 3.1

Beberapa macam obat seperti bahan berbahaya harus disimpan dengan cara yang dapat mencegah petugas dan lingkungan dari risiko terpapar bahan berbahaya, atau mencegah terjadinya bahaya seperti kebakaran. Sedangkan obat narkotika dan psikotropika harus disimpan dengan cara yang dapat mencegah risiko kehilangan obat yang berpotensi penyalahgunaan (drug abuse). Rumah sakit menetapkan dan menerapkan prosedur penyimpanan bahan berbahaya (lihat juga MFK 5), narkotika dan psikotropika sesuai peraturan perundang-undangan

Standar PKPO 3.2

Rumah sakit mengatur tata kelola penyimpanan elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu yang baik, benar, dan aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PKPO 3.2

Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu termasuk obat yang perlu diwaspadai (high alert medication). Oleh karena itu rumah sakit perlu mengatur penyimpanan elektrolit konsentrat tersebut. Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu tidak disimpan di unit perawatan untuk mencegah kekeliruan pemberian yang tidak disengaja (lihat juga SKP 3.1 EP 2).

Rumah sakit juga perlu memiliki mekanisme pengawasan untuk semua lokasi, dimana elektrolit konsentrat disimpan.

Standar PKPO 3.3

Rumah sakit menetapkan pengaturan penyimpanan dan pengawasan penggunaan obat tertentu.

Maksud dan Tujuan PKPO 3.3

Beberapa macam obat memiliki risiko khusus yang memerlukan ketentuan tersendiri dalam penyimpanan, pelabelan dan pengawasan penggunaannya seperti:

- a) produk nutrisi; memerlukan penanganan khusus dalam pelabelan dan penyimpanannya
- b) obat dan bahan radioaktif; memiliki risiko terhadap keselamatan petugas dan lingkungan (lihat juga MFK 5)
- c) obat yang dibawa pasien sebelum rawat inap mungkin bermasalah dalam hal keaslian, identifikasi dan penyimpanan
- d) obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain; berpotensi untuk disalahgunakan
- e) obat yang digunakan untuk penelitian; mungkin memiliki masalah dalam hal identifikasi dan penyimpanan yang berdampak pada hasil penelitian

Rumah sakit menetapkan prosedur yang mengatur penerimaan, identifikasi, tempat penyimpanan, dan distribusi macam obat-obat ini.

Standar PKPO 3.4

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk memastikan obat emergensi yang tersimpan didalam maupun di luar unit farmasi tersedia, tersimpan aman, dan dimonitor.

Maksud dan Tujuan PKPO 3.4

Jika ada pasien emergensi maka akses cepat ke tempat obat yang diperlukan menjadi sangat penting dan obat harus siap pakai bila sewaktu-waktu diperlukan. Setiap rumah sakit harus membuat rencana lokasi penyimpanan obat emergensi, contoh troli obat emergensi yang tersedia di berbagai unit pelayanan, obat untuk mengatasi syok anafilaktik di tempat penyuntikan, dan obat untuk pemulihan anestesi ada di kamar operasi. Obat emergensi dapat disimpan di lemari emergensi, troli, tas/ ransel, kotak, dan lainnya sesuai dengan kebutuhan di tempat tersebut. Rumah sakit diminta menetapkan prosedur untuk memastikan ada kemudahan untuk mencapai dengan cepat tempat penyimpanan obat emergensi jika dibutuhkan, termasuk obat selalu harus segera diganti kalau digunakan, bila rusak, atau kedaluwarsa. Selain itu, keamanan obat emergensi harus diperhatikan (lihat juga MFK 4).

Standar PKPO 3.5

Rumah sakit memiliki sistem penarikan kembali (recall), pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai tidak layak digunakan karena rusak, mutu Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan identifikasi dalam proses penarikan kembali Rumah sakit juga harus menjamin bahwa sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis substandar, atau kedaluwarsa (recall) oleh Pemerintah, pabrik, atau pemasok. Habis yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandard, atau kedaluwarsa tidak digunakan serta dimusnahkan.

PERESEPAN DAN PENYALINAN

Standar PKPO 4

Ada regulasi persepean, permintaan obat dan instruksi pengobatan.

Maksud dan Tujuan PKPO 4

Rumah sakit menetapkan staf medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan persepean, permintaan obat serta instruksi pengobatan. Staf medis dilatih untuk persepean, permintaan obat dan instruksi pengobatan dengan benar. Persepean/permintaan obat dan instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak terbaca, dan tidak lengkap dapat membahayakan pasien serta menunda kegiatan asuhan pasien. Rumah sakit memiliki regulasi persepean, permintaan obat serta instruksi pengobatan dengan benar, lengkap, dan terbaca tulisannya.

Rumah sakit menetapkan proses rekonsiliasi obat, yaitu proses membandingkan daftar obat yang dipergunakan oleh pasien sebelum dirawat inap dengan persepean, permintaan obat dan instruksi pengobatan yang dibuat pertama kali sejak pasien masuk, saat pemindahan pasien antarunit pelayanan (transfer), dan sebelum pasien pulang.

Standar PKPO 4.1

Regulasi ditetapkan untuk menentukan pengertian dan syarat kelengkapan resep atau pemesanan.

- a) elemen pokok di semua resep atau permintaan obat atau instruksi pengobatan,
- b) kapan diharuskan menggunakan nama dagang atau generik;
- c) kapan diperlukan penggunaan indikasi seperti pada PRN (pro re nata atau "jika perlu") atau instruksi pengobatan lain;
- d) jenis instruksi pengobatan yang berdasar atas berat badan seperti untuk anak-anak, lansia yang rapuh, dan populasi khusus sejenis lainnya;
- e) kecepatan pemberian (jika berupa infus);
- f) instruksi khusus, sebagai contoh: titrasi, tapering, rentang dosis.

Ditetapkan proses untuk menangani atau mengelola hal-hal dibawah ini:

- 1) Resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan yang tidak benar, tidak
- 2) resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan yang NORUM (Nama Obat Rupa Ucapan Mirip) atau LASA (Look Alike Sound Alike)
- 3) jenis resep khusus, seperti emergensi, cito, berhenti otomatis (automatic stop order) tapering, dan lainnya;
- 4) instruksi pengobatan secara lisan atau melalui telepon wajib dilakukan tulis lengkap, baca ulang, dan meminta konfirmasi (lihat juga SKP 2).

Standar ini berlaku untuk resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan disemua unit pelayanan di rumah sakit.

Rumah sakit diminta memiliki proses untuk menjamin penulisan resep atau permintaan obat dan instruksi pengobatan sesuai dengan kriteria butir 1 sampai dengan 4 di atas.

Standar PKPO 4.2

Rumah sakit menetapkan individu yang kompeten yang diberi kewenangan untuk menulis resep/permintaan obat atau instruksi pengobatan.

Maksud dan Tujuan PKPO 4.2

Untuk memilih dan menentukan obat yang dibutuhkan pasien diperlukan pengetahuan dan pengalaman spesifik. Rumah sakit bertanggungjawab menentukan staf medis dengan pengalaman cukup dan pengetahuan spesifik sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang diberi izin membuat/menulis resep atau membuat permintaan obat.

Standar PKPO 4.3

Obat yang diresepkan dan diberikan tercatat di rekam medis pasien. Maksud dan Tujuan PKPO 4.3

Rekam medis pasien memuat daftar obat yang diinstruksikan yang memuat identitas

pasien, nama obat, dosis, rute pemberian, waktu pemberian, nama dan tanda tangandokter serta keterangan bila perlu tapering off, titrasi, dan rentang dosis. Pencatatan juga termasuk obat yang diberikan "jika perlu"/prorenata. Pencatatan dibuat di formulir obat yang tersendiri dan dimasukkan ke dalam berkas rekam medis sertadisertakan pada waktu pasien pulang dari rumah sakit atau dipindahkan (lihat juga PAP 2.2).

PERSIAPAN DAN PENYERAHAN

Standar PKPO 5

Obat disiapkan dan diserahkan di dalam lingkungan aman dan bersih.

Maksud dan Tujuan PKPO 5

Untuk menjamin keamanan, mutu, manfaat, dan khasiat obat yang disiapkan dan diserahkan pada pasien maka rumah sakit diminta menyiapkan dan menyerahkan obat dalam lingkungan yang aman bagi pasien, petugas, dan lingkungan serta untuk mencegah kontaminasi tempat penyiapan obat harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan praktik profesi seperti:

- a) pencampuran obat kemoterapi harus dilakukan di dalam ruang yang bersih (clean room yang dilengkapi dengan cytotoxic drug safety cabinet dengan petugas sudah terlatih dengan teknik aseptik serta menggunakan alat pelindung diri yang sesuai,
- b) pencampuran obat intravena, epidural, dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik harus dilakukan dalam ruang yang bersih (clean room) yang dilengkapi dengan laminar air flow cabinet;
- c) Staf yang menyiapkan produk steril terlatih prinsip penyiapan obat dengan teknik aseptik serta menggunakan alat pelindung diri (APD) yang sesuai

Standar PKPO 5.1

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur semua resep/permintaan obat dan instruksi pengobatan obat ditelaah ketepatannya.

Maksud dan Tujuan PKPO 5.1

Setiap resep/permintaan obat/instruksi pengobatan harus dilakukan dua pengkajian/telaah, yaitu:

- Pengkajian/telaah resep yang dilakukan sebelum obat disiapkan untuk memastikan resep memenuhi syarat secara administrative, farmasetik dan klinis
- Telaah obat yang dilakukan setelah obat selesai disiapkan untuk memastikan bahwa obat yang disiapkan sudah sesuai dengan resep/instruksi pengobatan.

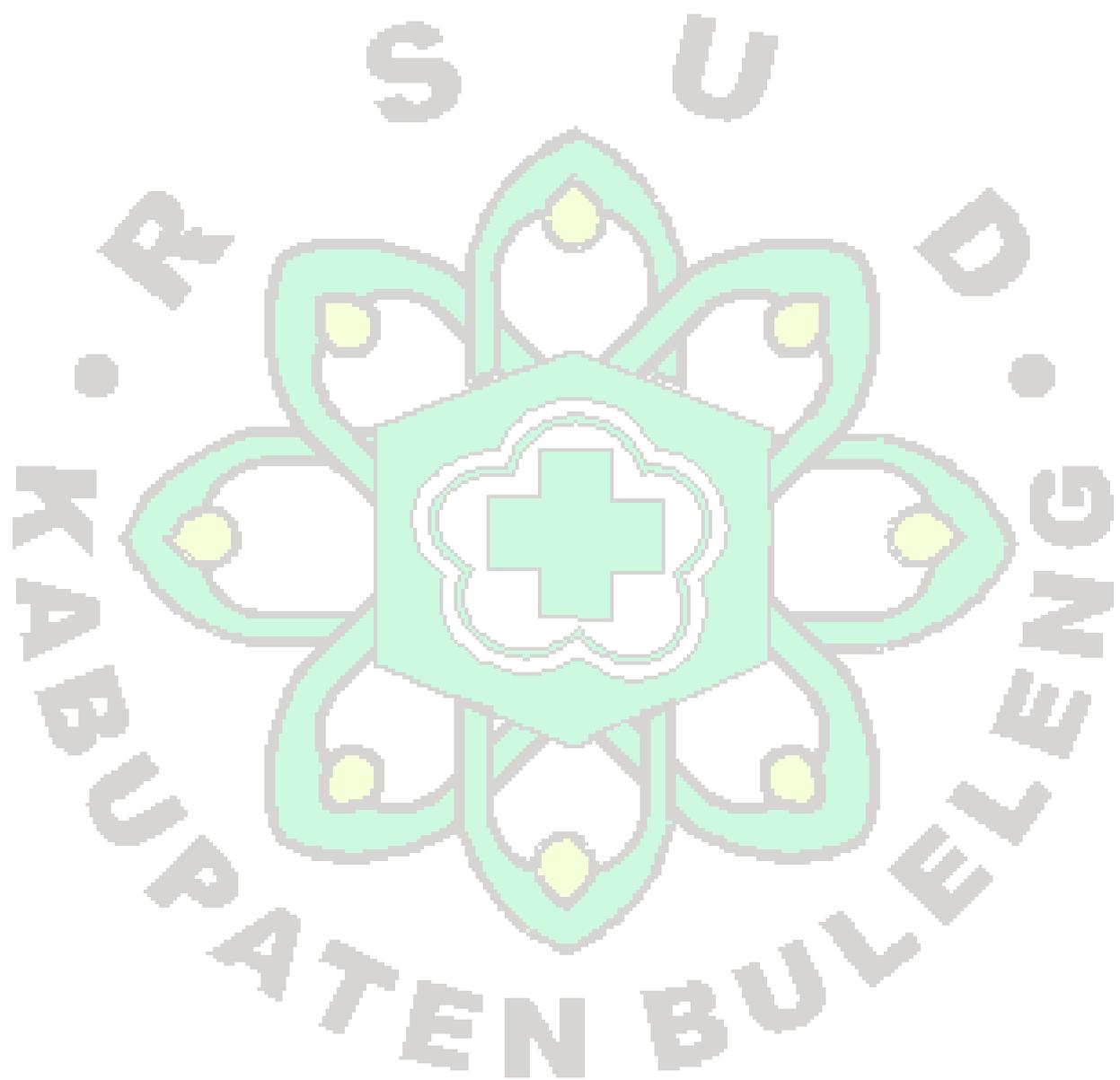
Pengkajian resep dilakukan oleh apoteker meliputi:

- a) ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum/makan obat, dan waktu pemberian;
- b) duplikasi pengobatan;
- c) potensi alergi atau hipersensitivitas;
- d) interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan;
- e) variasi kriteria penggunaan dari rumah sakit;
- f) berat badan pasien dan atau informasi fisiologik lainnya;
- g) kontra indikasi.

Verifikasi obat dilakukan terhadap obat yang telah siap dan verifikasi dilakukan meliputi 5 (lima) informasi, yaitu:

- 1) identitas pasien;

- 2) ketepatan obat;
- 3) dosis dan jumlah obat;
- 4) rute pemberian; dan
- 5) waktu pemberian.



PEMBERIAN (ADMINISTRATION) OBAT

Standar PKPO 6

Rumah sakit menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat.

Maksud dan Tujuan PKPO 6

Pemberian obat untuk pengobatan pasien memerlukan pengetahuan spesifik dan pengalaman. Rumah sakit bertanggung jawab menetapkan staf klinis dengan pengetahuan dan pengalaman yang diperlukan, memiliki izin, dan sertifikat berdasar atas peraturan perundang-undangan untuk memberikan obat. Rumah sakit dapat membatasi kewenangan individu dalam melakukan pemberian obat, seperti pemberian obat narkotika dan psikotropika, radioaktif, atau obat penelitian. Dalam keadaan darurat maka rumah sakit dapat menetapkan tambahan staf klinis yang diberi izin memberikan obat (lihat juga PKPO 1 KKS 3, dan KKS 10).

Standar PKPO 6.1

Proses pemberian obat termasuk proses verifikasi apakah obat yang akan diberikan telah sesuai resep/pemintaan obat.

Maksud dan Tujuan PKPO 6.1

Agar obat diserahkan pada orang yang tepat, dosis yang tepat dan waktu yang tepat maka sebelum pemberian obat kepada pasien dilakukan verifikasi kesesuaian obat dengan instruksi pengobatan yang meliputi :

- a) identitas pasien
- b) nama obat;
- c) dosis;
- d) rute pemberian; dan
- e) waktu pemberian.

Rumah sakit menetapkan ketentuan yang digunakan untuk verifikasi pemberian obat. Jika obat disiapkan dan diserahkan di unit rawat inap pasien maka verifikasi harus juga dilakukan oleh orang yang kompeten (lihat juga maksud dan tujuan PKPO 5.1). Terhadap obat yang harus diwaspadai (high alert) harus dilakukan double check oleh minimal 2 orang.

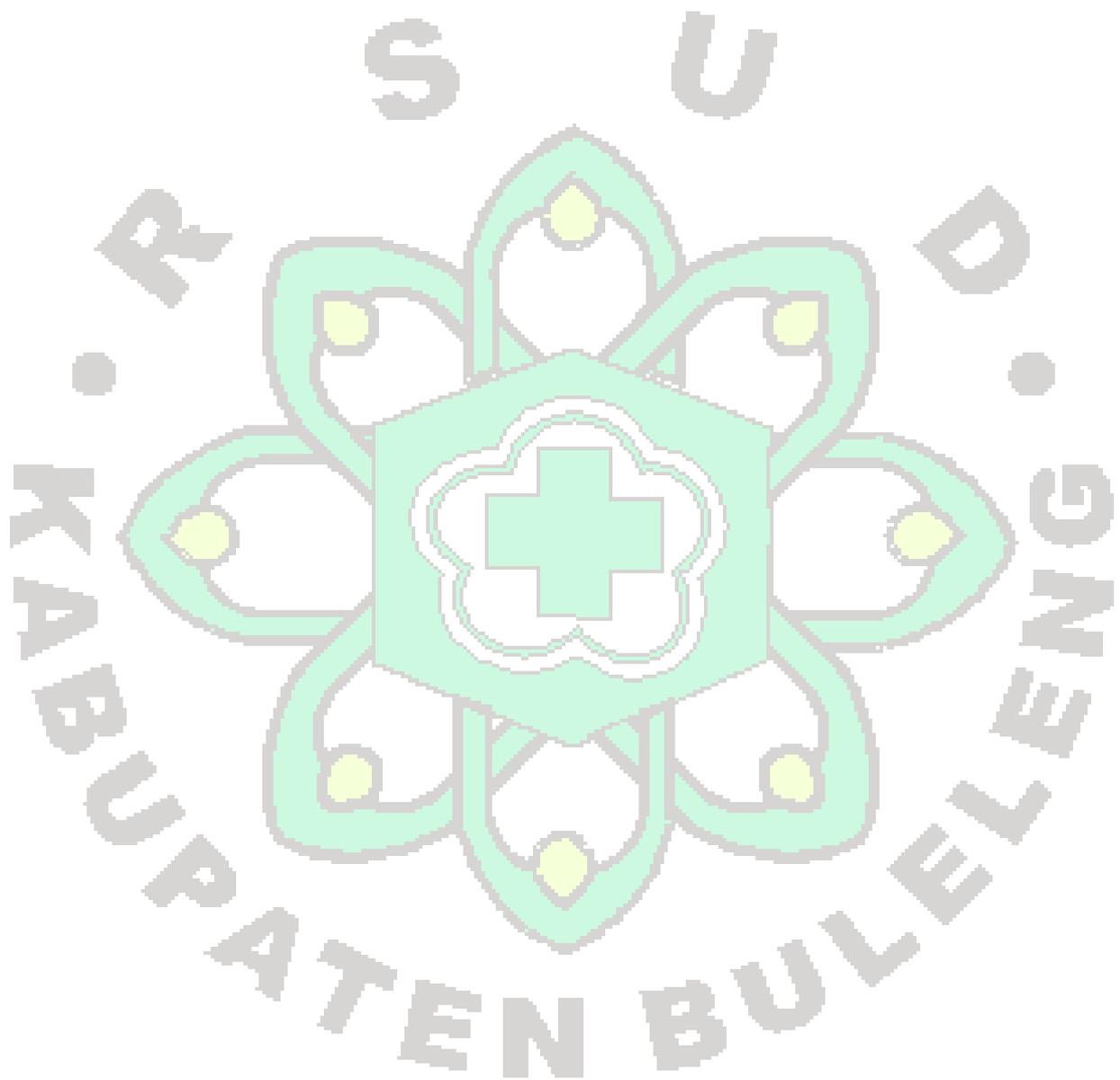
Standar PKPO 6.2

Ada regulasi tentang obat yang dibawa oleh pasien ke rumah sakit untuk digunakan sendiri.

Maksud dan Tujuan PKPO 6.2

Rumah sakit harus mengetahui sumber dan penggunaan obat yang tidak diadakan dari instalasi farmasi rumah sakit seperti obat yang dibawa oleh pasien dan keluarganya. Obat semacam ini harus diketahui oleh dokter yang merawat dan dicatat di rekam medik. Pemberian obat oleh pasien sendiri, baik yang dibawa sendiri atau yang diresepkan dari rumah sakit harus diketahui oleh dokter yang merawat dan dicatat di rekam medis pasien.

Pasien yang diperbolehkan melakukan pemberian obat sendiri (self administration) harus mendapatkan edukasi terlebih dahulu dari PPA.



PEMANTAUAN (MONITOR)

Standar PKPO 7

Efek obat dan efek samping obat terhadap pasien dipantau.

Maksud dan Tujuan PKPO 7

Standar ini bertujuan agar apabila timbul efek samping obat dapat dilaporkan oleh professional pemberi asuhan (PPA) kepada tim farmasi dan terapi yang selanjutnya dilaporkan kepada Pusat MESO Nasional/Farmakovigilans di Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM). Apoteker mengevaluasi efek obat untuk memantau secara ketat respons pasien dengan melakukan pemantauan terapi obat (PTO). Apoteker bekerjasama dengan pasien, dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya untuk memantau pasien yang diberi obat. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk efek samping obat yang harus dicatat dan dilaporkan.

Standar PKPO 7.1

Rumah sakit menetapkan dan menerapkan proses pelaporan serta tindakan terhadap kesalahan penggunaan obat (medication error) serta upaya menurunkan angkanya.

Maksud dan Tujuan PKPO 7.1

Rumah sakit menetapkan proses identifikasi dan pelaporan bila terjadi kesalahan penggunaan obat (medication error) yang meliputi kejadian yang tidak diharapkan (KTD) termasuk kejadian sentinel, kejadian tidak cedera (KTC) maupun kejadian nyaris cedera (KNC). Proses pelaporan kesalahan penggunaan obat (medication error) menjadi bagian dari program kendali mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Laporan ditujukan kepada tim keselamatan pasien rumah sakit dan laporan ini digunakan untuk mencegah kesalahan di kemudian hari. Terdapat tindak lanjut dan pelatihan dalam rangka upaya perbaikan untuk mencegah kesalahan obat agar tidak terjadi di kemudian hari. PPA berpartisipasi dalam pelatihan ini (lihat juga PMKP 9, 9.1, 9.2, 9.3).

MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)

GAMBARAN UMUM

Rumah sakit dalam kegiatannya harus menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi, dan suportif bagi pasien, keluarga, staf, dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut fasilitas fisik, peralatan medis, dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif. Secara khusus, manajemen harus berupaya keras

1. mengurangi dan mengendalikan bahaya dan risiko;
2. mencegah kecelakaan dan cedera; dan
3. memelihara kondisi aman.

Manajemen yang efektif melibatkan multidisiplin dalam perencanaan, pendidikan, dan pemantauan.

- Pimpinan merencanakan ruangan, peralatan, dan sumber daya yang dibutuhkan yang aman dan efektif untuk menunjang pelayanan klinis yang diberikan.
- Seluruh staf dididik tentang fasilitas, cara mengurangi risiko, serta bagaimana memonitor dan melaporkan situasi yang dapat menimbulkan risiko.
- Kriteria kinerja digunakan untuk mengevaluasi sistem yang penting dan mengidentifikasi perbaikan yang diperlukan.

Rumah sakit agar menyusun program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang mencakup enam bidang.

1. Keselamatan dan Keamanan
 - Keselamatan adalah keadaan tertentu karena gedung, lantai, halaman, dan peralatan rumah sakit tidak menimbulkan bahaya atau risiko bagi pasien, staf, dan pengunjung.
 - Keamanan adalah perlindungan terhadap kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau penggunaan akses oleh mereka yang tidak berwenang.
2. Bahan berbahaya dan beracun (B3) serta limbahnya meliputi penanganan, penyimpanan, dan penggunaan bahan radioaktif serta bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.
3. Manajemen Penanggulangan Bencana meliputi risiko kemungkinan terjadibencana diidentifikasi, juga respons bila terjadi wabah, serta bencana dan keadaan emergensi direncanakan dengan efektif termasuk evaluasi lingkungan pasien secara terintegrasi.
4. Sistem Proteksi Kebakaran meliputi properti dan penghuninya dilindungi darikebakaran dan asap.
5. Peralatan Medis meliputi peralatan dipilih, dipelihara, dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi risiko.
6. Sistem Penunjang meliputi listrik, air, dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan risiko kegagalan pengoperasian.

Bila di rumah sakit ada tenant/penyewa lahan (seperti sebuah restoran, kantin, café, dan toko souvenir) maka rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa tenant/penyewa lahan tersebut mematuhi program manajemen dan keselamatan fasilitas sebagai berikut:

- a. program keselamatan dan keamanan;
- b. program penanganan B3 dan limbahnya;
- c. program manajemen penanggulangan bencana;
- d. program proteksi kebakaran.

Peraturan perundang-undangan dan pemeriksaan/inspeksi oleh yang berwenang di daerah banyak menentukan bagaimana fasilitas dirancang, digunakan, dan dipelihara. Seluruh rumah sakit tanpa

memperdulikan ukuran dan sumber daya yang dimiliki harus mematuhi ketentuan yang berlaku sebagai bagian dari tanggung jawab mereka terhadap pasien, keluarga, staf, dan para pengunjung.

Rumah sakit harus mematuhi peraturan perundang-undangan termasuk mengenai bangunan dan proteksi kebakaran. Rumah sakit memahami fasilitas fisik yang dimiliki dan secara proaktif mengumpulkan data serta membuat strategi untuk mengurangi risiko dan meningkatkan keamanan lingkungan pasien.

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN. KEPEMIMPINAN DAN PERENCANAAN

Standar MFK 1

Rumah sakit mematuhi peraturan dan perundang-undangan tentang bangunan, perlindungan kebakaran, dan persyaratan pemeriksaan fasilitas.

Maksud dan Tujuan MFK 1

Di tingkat nasional, pemerintah telah mengeluarkan peraturan perundang – undangan serta pedoman-pedoman tentang persyaratan bangunan secara umum dan secara khusus untuk bangunan rumah sakit. Persyaratan tersebut antara lain termasuk sistem kelistrikan dan sistem keamanan kebakaran serta sistem gas medis sentral. Selain di tingkat nasional, pemerintah provinsi/kabupaten/kota ada juga yang mengeluarkan peraturan daerah mengatur persyaratan bangunan secara umum dan sistem pengamanan kebakaran. Semua rumah sakit tanpa memperhatikan kelas rumah sakit dan sumber daya wajib mematuhi peraturan perundang - undangan tersebut yaitu menyediakan bangunan dan fasilitas yang aman sebagai tanggung jawabnya kepada pasien, keluarga, pengunjung dan staf/pegawai rumah sakit. Direktur rumah sakit dan pimpinan lainnya bertanggung jawab untuk:

- Memahami perundang undangan dan persyaratan lainnya yang berlaku bagi fasilitas rumah sakit baik yang merupakan regulasi di tingkat nasional maupun tingkat daerah
- Menerapkan persyaratan fasilitas yang berlaku, termasuk mempunyai izin dan atau sertifikasi sesuai peraturan perundangan, antara lain izin-izin tersebut dibawah ini :
 - a) izin mendirikan bangunan
 - b) izin operasional rumah sakit yang masih berlaku
 - c) Sertifikat laik fungsi (SLF) sesuai peraturan-perundangan
 - d) Izin Instalasi Pengelolaan Air Limbah (IPAL)/1izin pembuangan limbah cair (1PLC)
 - e) izin genset
 - f) izin radiologi
 - g) sertifikat sistem pengamanan/pemadaman kebakaran
 - h) sistem kelistrikan
 - i) izin incinerator (bila ada)/izin transporter dan izin pengolah limbah yang masih berlaku
 - j) izin tempat pembuangan sementara bahan berbahaya dan beracun (TPS B-3)
 - k) izin lift (bila ada)
 - l) izin instalasi petir
 - m) izin lingkungan
- Merencanakan dan membuat anggaran untuk peningkatan atau penggantian yang diperlukan berdasarkan hasil pemeriksaan fasilitas atau untuk memenuhi persyaratan yang berlaku serta menunjukkan pelaksanaan dari rencana tersebut (Lihat juga MFK.4.2).

Bila rumah sakit dianggap tidak memenuhi syarat, direktur rumah sakit yang bertanggung jawab merencanakan dan memenuhi persyaratan tersebut dalam kurun waktu yang ditentukan.

Standar MFK 2

Rumah sakit mempunyai program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan yang menggambarkan proses pengelolaan risiko yang dapat terjadi pada pasien, keluarga, pengunjung dan staf.

Maksud dan tujuan MFK 2

Program manajemen risiko diperlukan untuk mengelola risiko-risiko di lingkungan pelayanan pasien dan tempat kerja staf. Rumah sakit dapat menyusun satu program induk manajemen risiko fasilitas dan lingkungan atau beberapa program terpisah. Program manajemen risikofasilitas dan lingkungan meliputi sebagai berikut:

- a) Keselamatan dan Keamanan
- b) Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) dan limbahnya
- c) Penanggulangan bencana (emergensi)
- d) Proteksi kebakaran (fire safety)
- e) Peralatan medis
- f) Sistem penunjang (utilitas)

Programn manajemen risiko di atas harus tertulis dan selalu diperbarui sehingga mencerminkan kondisi lingkungan rumah sakit yang terkini. Terdapat proses untuk meninjau dan memperbarui program tersebut. Apabila di dalam rumah sakit terdapat tenant/penyewa lahan yang tidak terkait dengan pelayanan rumah sakit dan berada di dalam fasilitas pelayanan pasien yang akan disurvei (misalnya rumah makan, kantin, kafe, toko roti, toko souvenir, atau toko lainnya) maka rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan bahwa tenant/penyewa lahan tersebut mematuhi program Manajemen Fasilitas dan Keselamatan.

Dalam menerapkan program manajemen risiko di atas maka rumah sakit perlu mempunyairegulasi sebagai berikut:

- 1) regulasi peninjauan dan pembaharuan program-program tersebut secara berkala atau bila terjadi perubahan lingkungan rumah sakit atau sekurang-kurangnya setahun sekali;
- 2) regulasi bahwa tenant/penyewa lahan tersebut wajib mematuhi semua aspek program manajemen fasilitas yang teridentifikasi pada maksud dan tujuan poin a) sampai dengan d) tersebut di atas.

Standar MFK 3

Ada individu atau organisasi yang kompeten yang ditugasi untuk melakukan pengawasan terhadap perencanaan dan pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan.

Maksud dan tujuan MFK 3

Rumah sakit berkewajiban untuk menyediakan fasilitas yang aman, fungsional, dan fasilitas pendukung untuk pasien, keluarga, staf dan pengunjung. Untuk mencapai tujuan tersebut, fasilitas fisik, peralatan medis, dan sumber daya lainnya harus dikelola secara efektif.

Secara khusus, rumah sakit harus berupaya untuk:

- Mengurangi dan mengendalikan sumber bahaya dan risiko;

- Menghindari kecelakaan dan cedera
- Memelihara kondisi yang aman.

Manajemen yang efektif mencakup perencanaan multidisiplin, edukasi, dan pemantauan sebagai berikut:

- Direktur RS merencanakan kebutuhan ruangan, teknologi, peralatan medis, dan sumber daya lainnya untuk mendukung pelayanan klinis yang efektif dan aman.
- Seluruh staf diberikan edukasi mengenai fasilitas, cara mengurangi risiko, cara memantau dan melaporkan yang berisiko dan insiden cedera
- Untuk mengevaluasi sistem-sistem yang penting & mengidentifikasi perbaikan-perbaikan yang dibutuhkan, rumah sakit dapat menetapkan kriteria atau indikator kinerja

Rumah sakit perlu menyusun program manajemen risiko fasilitas /lingkungan yang membahas pengelolaan risiko fasilitas/lingkungan melalui penyusunan rencana manajemen fasilitas dan penyediaan ruangan, teknologi, peralatan medis, dan sumber daya serta melakukan pengawasan terhadap perencanaan dan pelaksanaan program manajemen risiko fasilitas/lingkungan (lihat juga MFK 2). Direktur rumah sakit perlu menetapkan individu atau organisasi dengan tugas melakukan pengawasan perencanaan dan pelaksanaan proses untuk mengelola risiko terhadap fasilitas dan lingkungan tersebut secara berkesinambungan, misalnya K-3 RS atau organisasi lainnya.

Pengawasan yang dilakukan individu atau organisasi tersebut meliputi :

- a) mengawasi semua aspek program manajemen risiko seperti pengembangan rencana dan memberikan rekomendasi untuk ruangan, peralatan medis, teknologi dan sumber daya.
- b) mengawasi pelaksanaan program secara konsisten dan berkesinambungan
- c) melakukan edukasi staf
- d) melakukan pengujian/testing dan pemantauan program
- e) secara berkala menilai ulang dan merevisi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan
- f) menyerahkan laporan tahunan kepada direktur rumah sakit.
- g) mengorganisasikan dan mengelola laporan kejadian/insiden, melakukan analisa dan upaya perbaikan.

Dalam rangka pengawasan, rumah sakit agar mengembangkan sistem pelaporan insiden/kejadian/kecelakaan yang terjadi di rumah sakit akibat fasilitas dan lingkungan yang tidak aman. Individu atau organisasi yang ditunjuk, mengawasi program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan agar mendorong pelaporan insiden, melakukan analisis dan rencana perbaikan.

KESELAMATAN DAN KEAMANAN

Standar MFK 4

Rumah Sakit mempunyai program pengelolaan keselamatan dan keamanan melalui penyediaan fasilitas fisik dan menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf.

Maksud dan tujuan MFK 4

Keselamatan dan keamanan mempunyai arti yang berbeda, walau masih ada yang menganggap sama. Yang dimaksud keselamatan dalam standar ini adalah memberi jaminan bahwa gedung, properti, teknologi medis dan informasi, peralatan dan sistem tidak berpotensi mendatangkan risiko terhadap pasien, keluarga, staf, pengunjung. Sedangkan keamanan mempunyai arti melindungi properti milik rumah sakit, pasien, staf, keluarga, pengunjung dari bahaya kehilangan, kerusakan atau pengrusakan oleh orang yang tidak berwenang. Rumah sakit wajib menjaga Keselamatan dan Keamanan pasien/keluarga, pengunjung dan juga pegawai/staf rumah sakit, karena itu rumah sakit perlu menetapkan bagian/bidang atau unit mana yang bertanggung jawab terhadap keselamatan dan keamanan.

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi dan program pengelolaan keselamatan dan keamanan fasilitas dan lingkungan yang kegiatannya meliputi:

- a) Melakukan asesmen risiko secara komprehensif dan pro aktif utk mengidentifikasi
 - bangunan, ruangan/area, peralatan, perabotan & fasilitas lainnya yang berpotensi menimbulkan cedera. Sebagai contoh risiko keselamatan yang dapat menimbulkan cedera atau bahaya termasuk diantaranya perabotan yang tajam dan rusak, kaca jendela yang pecah, kebocoran air di atap, lokasi dimana tidak ada jalan keluar saat terjadi kebakaran.
 - Area yang berisiko keamanan terjadinya bahaya kehilangan, kerusakan atau pengrusakan, gangguan, tindak kekerasan, akses atau penggunaan oleh orang yang tidak berwenang.
- b) Melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala dan terdokumentasi agar rumah sakit dapat melakukan perbaikan dan menyediakan anggaran untuk melakukan perbaikan.
- c) Melakukan asesmen risiko pra konstruksi (pra construction risk assessment/PCRA) setiap ada konstruksi, renovasi atau penghancuran bangunan/demolis.
- d) Merencanakan dan melakukan pencegahan dengan menyediakan fasilitas pendukung yang aman. Dengan tujuan untuk mencegah terjadi kecelakaan dan cedera, mengurangi bahaya dan risiko serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf, pengunjung.
- e) Menciptakan lingkungan yang aman dengan penggunaan kartu identitas oleh seluruh staf dan semua individu yang bekerja di rumah sakit serta pemberian identitas pada pasien rawat inap, penunggu pasien, tenan/penyewa lahan, pengunjung diluar jam berkunjung (termasuk tamu) yang memasuki area terbatas (restricted area) yang berisiko keamanan sehingga menciptakan lingkungan yang aman
- f) melindungi dari kejahatan perorangan, kehilangan, kerusakan atau pengrusakan barang milik pribadi dan tindak kekerasan (lihat juga KKS 8.2).
- g) melakukan monitoring dengan memasang kamera sistem closed circuit television(CCTV) yang dapat dipantau di ruang sekuriti pada daerah terbatas seperti :
 - ruang bayi dan kamar operasi, daerah yang berisiko lainnya seperti ruang anak, lanjut usia dan keluarga pasien rentan yang tidak dapat melindungi diri sendiri atau memberi tanda minta bantuan bila terjadi bahaya. Pemasangan kamera CCTV tidak diperbolehkan di ruang pasien dan tetap harus memperhatikan hak privasi pasien. Pengecualian untuk pasien jiwa yang gaduh

gelisah maka pemasangan dapat dikamar pasien tetapi hanya dipantau di nurse station tidak di security.

- Monitoring melalui pemasangan kamera CCTV juga diperlukan untuk daerah terpencil atau terisolasi, area parkir dan area lainnya yang sering terjadi kehilangan atau gangguan keamanan di RS.
- Pemasangan kamera CCTV tidak diperbolehkan di ruang pasien dan tetap harus memperhatikan hak privasi pasien. Pengecualian untuk pasien jiwa yang gaduh gelisah maka pemasangan dapat dikamar pasien tetapi hanya dipantau di nurse station tidak di security.

h) Menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan dan perundangan, sebagai contoh: Setiap tangga ada pegangannya, lantai tidak licin. Ruang perawatan pasien jiwa : pintu kamar menghadap keluar, shower di kamar mandi tidak boleh menggunakan selang, dllh)

Standar MFK 4.1

Rumah sakit melakukan asesmen risiko prakonstruksi, pada waktu merencanakan pembangunan/konstruksi, pembongkaran atau renovasi.

Maksud dan Tujuan MFK 4.1

Konstruksi/pembangunan baru di sebuah RS akan berdampak pada setiap orang di RS dan pasien dengan kerentanan tubuhnya dapat menderita dampak terbesar. Kebisingan dan getaran yang terkait dengan konstruksi dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan pasien dan istirahat/tidur pasien dapat pula terganggu. Debu konstruksi dan bau dapat mengubah kualitas udara yang dapat menimbulkan ancaman khususnya bagi pasien dengan gangguan pernapasan.

Karena itu, rumah sakit perlu melakukan asesmen risiko setiap ada kegiatan konstruksi, renovasi maupun demolisi/pembongkaran bangunan. Asesmen risiko harus sudah dilakukan pada waktu perencanaan atau sebelum pekerjaan konstruksi, renovasi, demolisi dilakukan, sehingga pada waktu pelaksanaan, sudah ada upaya pengurangan risiko terhadap dampak dari konstruksi, renovasi, demolisi tersebut.

Dalam rangka melakukan asesmen risiko yang terkait dengan proyek konstruksi baru, rumah sakit perlu melibatkan semua unit/instalasi pelayanan klinis yang terkena dampak dari konstruksi baru tersebut, konsultan perencana atau manajer desain proyek, komite kesehatan dan keselamatan kerja RS (K3RS), komite pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), bagian rumah tangga/bagian umum, bagian teknologi informasi, bagian sarana prasarana/IPSRS dan unit atau bagian lainnya yang diperlukan.

Risiko terhadap pasien, keluarga, staf, pengunjung, vendor, pekerja kontrak, dan unit diluar pelayanan akan bervariasi tergantung pada sejauh mana kegiatan konstruksi dan dampaknya terhadap infrastruktur dan utilitas. Sebagai tambahan, kedekatan pembangunan ke area pelayanan pasien akan berdampak pada meningkatnya tingkat risiko. Misalnya, jika konstruksi melibatkan gedung baru yang terletak terpisah dari bangunan yang menyediakan pelayanan saat ini, maka risiko untuk pasien dan pengunjung cenderung akan menjadi minimal.

Risiko dievaluasi dengan melakukan asesmen risiko pra-konstruksi, Juga dikenal sebagai PCRA (pre-construction risk assessment). Asesmen Risiko Pra Konstruksi secara komprehensif dan proaktif digunakan untuk mengevaluasi risiko dan kemudian mengembangkan rencana agar dapat meminimalkan dampak konstruksi, renovasi atau penghancuran demolis sehingga pelayanan pasien tetap terjaga kualitas dan keamanannya.

Asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) meliputi

- a) kualitas udara
- b) pengendalian infeksi (ICRA)
- c) utilitas
- d) kebisingan
- e) getaran
- f) bahan berbahaya
- g) layanan darurat, seperti respon terhadap kode
- h) bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.

Selain itu, rumah sakit bersama dengan manajemen konstruksi (MK) memastikan bahwa kepatuhan kontraktor dipantau, ditegakkan dan didokumentasikan. Sebagai bagian dari penilaian risiko, maka risiko pasien terhadap infeksi akibat konstruksi dievaluasi melalui asesmen pengendalian risiko infeksi yang dikenal sebagai ICRA. Dalam menyusun PCRA, individu atau organisasi yang ditunjuk untuk melakukan pengawasan dan penerapan manajemen risiko fasilitas yang ada di MFK 3 agar melakukan koordinasi dengan organisasi PPI karena antara PCRA dan ICRA merupakan kesatuan yang tidak bisa dipisahkan.

Standar MFK 4.2

Rumah sakit merencanakan dan menyediakan anggaran untuk perbaikan sistem-sistem penting bangunan atau komponen-komponen lainnya berdasarkan hasil pemeriksaan fasilitas dan peraturan perundangan serta anggaran untuk mengurangi risiko sebagai dampak dari renovasi, konstruksi dan penghancuran /demolis bangunan.

Maksud dan tujuan MFK 4.2

Rumah sakit wajib mematuhi peraturan perundang-undangan yang berhubungan dengan keamanan fasilitas dan keselamatan lingkungan. Sistem-sistem penting, bangunan atau komponen komponen lainnya harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, karena itu harus dilakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala dan dilakukan perbaikan dan atau penggantian bila ada kerusakan. Disisi lain, otoritas setempat juga melakukan pemeriksaan secara berkala dan bila ditemukan masih ada yang belum sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya maka rumah sakit wajib melakukan perbaikan dan peningkatan sesuai dengan rekomendasi hasil pemeriksaan tersebut. Peraturan perundang-undangan juga mengatur perlunya izin untuk bangunan atau fasilitas tertentu dan izin tersebut harus diperbarui secara berkala.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka rumah sakit perlu merencanakan dan menyediakan anggaran/budget untuk perbaikan, penggantian, peningkatan dan perizinan, sehingga bangunan, properti, fasilitas dan komponen-komponen lainnya di rumah sakit dapat memenuhi peraturan perundang-undangan dan persyaratan lainnya.

Mengingat setiap ada konstruksi, renovasi dan penghancuran/demolis harus dilakukan asesmen risiko pra konstruksi (PCRA) dan juga harus diikuti dengan rencana dan pelaksanaan pengurangan risiko dampak keselamatan dan keamanan bagi pasien, keluarga, pengunjung dan staf yang berdampak memerlukan biaya, maka rumah sakit perlu juga menyediakan anggaran untuk penerapan dari PCRA (pra construction risk assessment) dan ICRA (infection Control risk assessment).

BAHAN BERBAHAYA DAN BERACUN

Standar MFK 5

Rumah sakit memiliki regulasi tentang inventarisasi, penanganan, penyimpanan dan penggunaan serta pengendalian /pengawasan bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbahnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan tujuan MFK 5

Rumah sakit mengidentifikasi dan mengendalikan secara aman bahan berbahaya dan beracun (B3) dan limbahnya sesuai peraturan dan perundang-undangan (lihat juga AP.5.3.1; AP.6.3; PKPO.3 dan PPI 7.4, PPI 7.5).

WHO telah mengidentifikasi bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya dengan kategori sebagai berikut:

1. Infeksius
2. Patologi anatomi
3. Farmasi
4. Bahan kimia
5. Logam berat
6. Kontainer bertekanan
7. Benda tajam
8. Genotoksik/ sitotoksik (limbah genotoksik: limbah yang mengandung bahan dengan sifat genotoksik, contoh limbah yang mengandung obat-obatan sitostatik)
9. Radioaktif

Dalam melakukan identifikasi dan inventarisasi B3 dan limbahnya di rumah sakit agar mengacu kepada kategori B3 dan limbahnya dari WHO. Rumah sakit diharapkan melakukan identifikasi area/unit mana saja yang menyimpan B3 dan limbahnya. Kemudian rumah sakit menginventarisasi meliputi lokasi, jenis dan jumlah B3 dan penyimpanan limbahnya.

Daftar inventarisasi ini selalu mutakhir sesuai dengan perubahan yang terjadi di tempat penyimpanan.

Rumah sakit mempunyai regulasi yang mengatur:

- a) data inventarisasi B3 dan limbahnya yang meliputi jenis, jumlah, dan lokasi;
- b) penanganan, penyimpanan, dan penggunaan B3 dan limbahnya;
- c) penggunaan alat pelindung diri (APD) dan prosedur penggunaan, prosedur bila terjaditumpahan, atau paparan/pajanan;
- d) pemberian label/rambu-rambu yang tepat pada B3 dan limbahnya;
- e) pelaporan dan investigasi dari tumpahan, eksposur (terpapar), dan insiden lainnya;
- f) dokumentasi, termasuk izin, lisensi, atau persyaratanperaturan lainnya;
- g) pengadaan/pembelian B3, pemasok (supplier) wajib melampirkan material safety datasheet/lembar data pengaman (MSDS/LDP)

Mengingat informasi mengenai penanganan, penyimpanan dan penggunaan B3 termasuk data fisik seperti titik didih, titik nyala dan sejenisnya tercantum didalam material safety data sheet (MSDS) atau

lembar data pengaman (LDP) maka rumah sakit agar membuat regulasi bahwa setiap pembelian/pengadaan 83 supplier wajib melampirkan MSDS/LDP, Informasi yang tercantum di MSDS/LDP agar di edukasi kepada staf RS, terutama kepada staf dimana terdapat penyimpanan B3 di unitnya (lihat juga AP 5.3.1; AP 5.6; AP 6.3)

Standar MFK 5.1

Rumah Sakit mempunyai sistem penyimpanan dan pengolahan limbah bahan berbahaya dan beracun cair dan padat yang benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan tujuan MFK 5.1

Penyimpanan Limbah B3 dapat dilakukan secara baik dan benar apabila Limbah B3 telah dilakukan pemilahan yang baik dan benar, termasuk memasukkan Limbah B3 ke dalam wadah atau kemasan yang sesuai, dilekati simbol dan label limbah B3.

Untuk penyimpanan limbah B3, rumah sakit agar memenuhi persyaratan fasilitas penyimpanan limbah B3 sebagai berikut :

1. Lantai kedap (impermeable), berlantai beton atau semen dengan sistem drainase yang baik, mudah dibersihkan dan dilakukan desinfeksi.
2. Tersedia sumber air atau kran air dan sabun untuk pembersihan tangan
3. Mudah diakses untuk penyimpanan limbah.
4. Dapat dikunci untuk menghindari akses oleh pihak yang tidak berkepentingan.
5. Mudah diakses oleh kendaraan yang akan mengumpulkan atau mengangkut limbah.
6. Terlindungi dari sinar matahari, hujan, angin kencang, banjir, dan factor lain yang berpotensi menimbulkan kecelakaan atau bencana kerja.
7. Tidak dapat diakses oleh hewan, serangga, dan burung.
8. Dilengkapi dengan ventilasi dan pencahayaan yang baik dan memadai.
9. Berjarak jauh dari tempat penyimpanan atau penyiapan makanan.
10. Peralatan pembersihan, Alat Pelindung Diri/APD antara lain masker, sarung tangan, penutup kepala, goggle, sepatu boot, pakaian pelindung) dan wadah atau kantong limbah harus diletakkan sedekat mungkin dengan lokasi fasilitas penyimpanan.
11. Dinding, lantai, dan langit-langit fasilitas penyimpanan senantiasa dalam keadaan bersih, termasuk pembersihan lantai setiap hari.

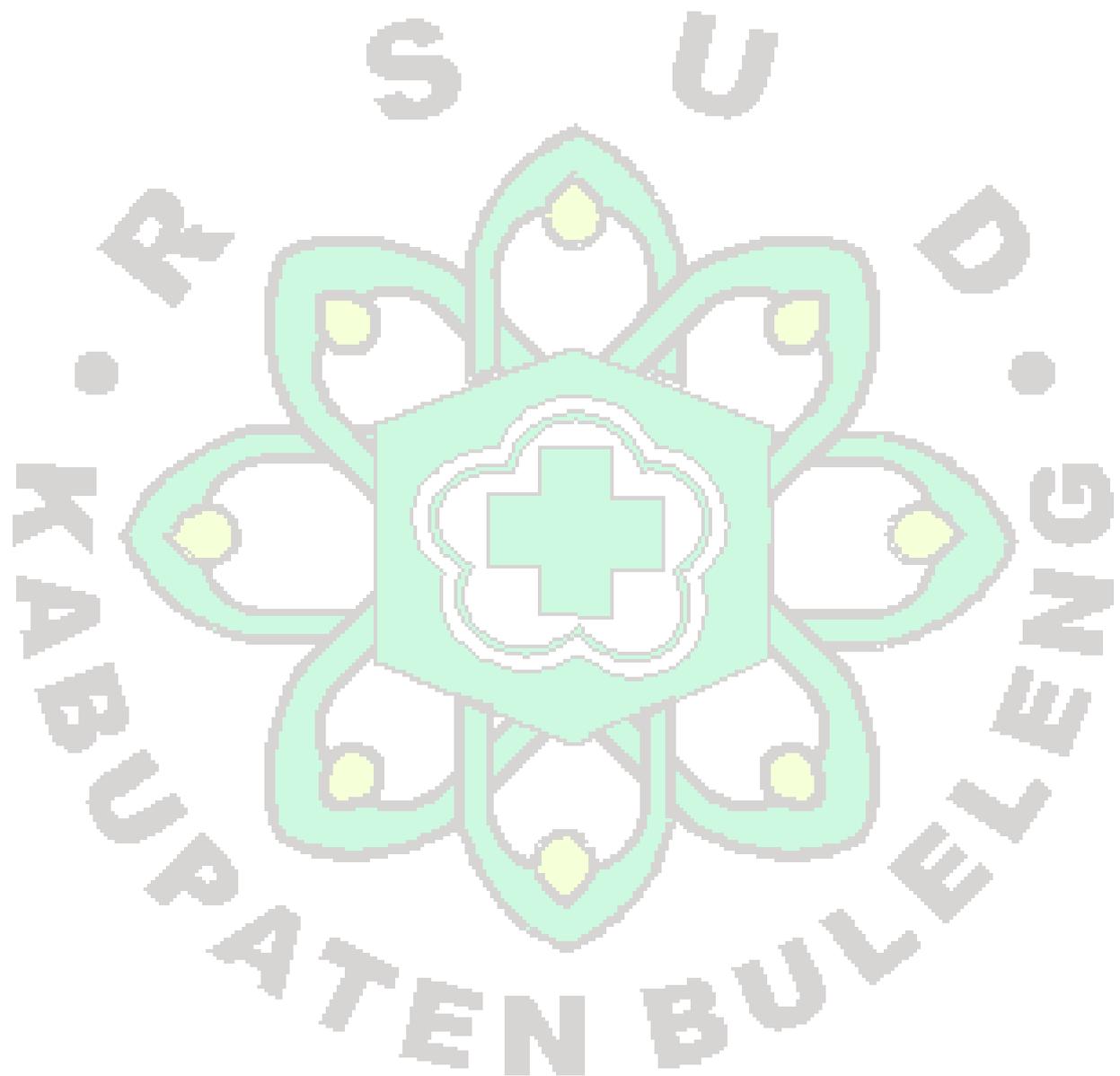
Pengaturan pengelolaan limbah B3 meliputi tahapan:

- a) pemilahan limbah B3;
- b) penyimpanan limbah B3;
- c) pengangkutan limbah B3;
- d) pengolahan limbah B3;
- e) penguburan limbah B3; dan/atau
- f) penimbunan limbah B3.

Pengolahan limbah B3 adalah proses untuk mengurangi dan/atau menghilangkan sifat bahaya dan/atau sifat racun. Dalam pelaksanaannya, pengolahan limbah B3 dari fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilakukan pengolahan secara termal atau nontermal.

Untuk limbah berwujud cair dapat dilakukan di instalasi pengolahan air limbah (IPAL) dari fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan tujuan pengolahan limbah medis adalah mengubah karakteristik biologis dan/atau kimia limbah sehingga potensi bahayanya terhadap manusia berkurang atau tidak ada.

Bila rumah sakit mengolah limbah B3 sendiri maka rumah sakit wajib mempunyai izin mengolah limbah B3. Namun bila pengolahan limbah B3 dilaksanakan oleh pihak lain maka pihak lain tersebut wajib mempunyai izin sebagai transporter B3 dan izin pengolahan limbah B3. Transporter dan pengolah bisa oleh institusi yang berbeda



KESIAPAN PENANGGULANGAN BENCANA

Standar MFK 6

Rumah sakit mengembangkan, memelihara, program manajemen disaster untuk menanggapi keadaan disaster dan bencana alam atau lainnya yang memiliki potensi terjadi dimasyarakat

Maksud dan tujuan MFK 6

Situasi darurat yang terjadi di masyarakat, kejadian epidemi, atau bencana alam akan melibatkan RS, seperti gempa bumi yang menghancurkan area rawat inap pasien atau ada epidemi flu yang akan menghalangi staf masuk kerja. Penyusunan program harus di mulai dengan identifikasi jenis bencana yang mungkin terjadi di daerah dimana rumah sakit berada dan dampaknya terhadap rumah sakit. Contoh, angin topan (hurricane) atau tsunami kemungkinan akan terjadi didaerah dekat laut dan tidak terjadi di daerah yang jauh dari laut. Kerusakan fasilitas atau korban masal sebaliknya dapat terjadi dimanapun.

Melakukan identifikasi dampak bencana sama pentingnya dengan mencatat jenis bencana yang terjadi. Sebagai contoh, kemungkinan dampak yang dapat terjadi pada air dan tenaga listrik jika terjadi bencana alam, seperti gempa bumi. Mungkin saja gempa bumi akan menghambat anggota staf untuk merespon bencana, hanya karena jalan terhalang atau keluarga mereka menjadi korban gempa bumi. Dalam situasi demikian, mungkin akan terjadi konflik kepentingan dengan keharusan merespon kejadian bencana di rumah sakit. Rumah sakit juga harus mengetahui peranan staf ini di masyarakat. Sebagai contoh, sumber daya apa yang perlu disediakan rumah sakit untuk masyarakat dalam situasi bencana, dan metode komunikasi yang harus dipakai di masyarakat.

Untuk merespons secara efektif, rumah sakit perlu menyusun regulasi dan program manajemen disaster. Regulasi dan Program Manajemen Disaster antara lain berisi proses

- a) menentukan jenis, kemungkinan terjadi dan konsekuensi bahaya, ancaman dan kejadian
- b) menentukan integritas struktural di lingkungan pelayanan pasien yang ada dan bila terjadi bencana
- c) menentukan peran rumah sakit dalam peristiwa/kejadian tersebut
- d) menentukan strategi komunikasi pada waktu kejadian
- e) mengelola sumber daya selama kejadian, termasuk sumber-sumber alternatif
- f) mengelola kegiatan klinis selama kejadian, termasuk tempat pelayanan alternatif pada waktu kejadian
- g) (juga lihat MFK 11.1 EP 4) dengan tanggung jawab rumah sakit untuk tetap menyediakan pelayanan pasien.
- h) mengidentifikasi dan penetapan peran dan tanggung jawab staf selama kejadian
- i) mengelola keadaan darurat ketika terjadi konflik antara tanggung jawab pribadi staf

Partisipasi rumah sakit dalam tim terkoordinasi dengan sumber daya masyarakat yang tersedia seperti: Dinas Kesehatan setempat, polisi setempat, Institusi/unit Ambulans Darurat setempat (bila ada), Pemadam Kebakaran, dan fasilitas kesehatan lainnya.

Dalam keadaan darurat, bencana dan krisis lainnya, masyarakat harus dapat melindungi kehidupan dan kesejahteraan penduduk yang terkena dampaknya, terutama dalam hitungan menit dan jam segera setelah dampak atau keterpaparan tersebut. Kemampuan pelayanan kesehatan untuk berfungsi tanpa gangguan dalam situasi ini adalah masalah antara hidup dan mati. Kelanjutan fungsi layanan kesehatan bergantung pada sejumlah faktor kunci, yaitu: bahwa layanan ditempatkan di struktur seperti rumah sakit atau fasilitas yang dapat menahan paparan dan kekuatan dari semua jenis bahaya. Peralatan medis dalam

keadaan baik dan terlindung dari kerusakan, infrastruktur masyarakat dan layanan penting seperti air, listrik, dll tersedia bagi layanan kesehatan serta petugas kesehatan dapat memberikan bantuan medis dalam situasi aman saat dibutuhkan.

Mendefinisikan istilah "rumah sakit yang aman (hospital safety)" akan membantu dalam memberikan panduan pendekatan untuk menilai keamanan rumah sakit. Rumah sakit yang aman adalah fasilitas yang layanannya tetap dapat diakses dan berfungsi pada kapasitas maksimum, dan dengan infrastruktur yang sama, sebelum, selama dan segera setelah adanya dampak dari keadaan darurat dan bencana. Fungsi rumah sakit yang terus berlanjut bergantung pada berbagai faktor, termasuk keamanan bangunan, sistem dan peralatan pentingnya, ketersediaan persediaan, dan kapasitas penanganan darurat dan bencana di rumah sakit, terutama untuk tanggapan dan pemulihan dari bahaya atau kejadian yang mungkin terjadi. Unsur penting dari pengembangan menuju rumah sakit yang aman adalah pengembangan dan penerapan indeks keamanan rumah sakit (hospital safety index)-alat diagnostik cepat dan murah untuk menilai kemungkinan bahwa rumah sakit akan tetap beroperasi dalam keadaan darurat dan bencana. Evaluasi tersebut menghasilkan informasi yang berguna mengenai kekuatan dan kelemahan rumah sakit dan akan menunjukkan tindakan yang diperlukan untuk memperbaiki kapasitas dari manajemen dan keamanan kerja dalam keadaan darurat dan bencana di rumah sakit.

Untuk mengukur kesiapsiagaan rumah sakit dalam menghadapi bencana maka rumah sakit agar melakukan self assessment dengan menggunakan instrument hospital safety index dari WHO tersebut. Dengan melakukan self assessment tersebut maka rumah sakit diharapkan dapat mengetahui kekurangan yang harus dipenuhi untuk menghadapi bencana.

Untuk menyiapkan instalasi gawat darurat rumah sakit dalam menghadapi bencana eksternal maka di instalasi gawat darurat perlu ada ruang dekontaminasi.

Ruang dekontaminasi di IGD sesuai peraturan perundang - undangan sebagai berikut:

- a) ruangan ini ditempatkan di sisi depan/luar ruang gawat darurat atau terpisah dengan ruang gawat darurat
- b) pintu masuk menggunakan jenis pintu swing membuka ke arah dalam dan dilengkapi dengan alat penutup pintu otomatis
- c) bahan penutup pintu harus dapat mengantisipasi benturan-benturan brankar
- d) bahan penutup lantai tidak licin dan tahan terhadap air
- e) konstruksi dinding tahan terhadap air sampai dengan ketinggian 120 cm dari permukaan lantai
- f) ruangan dilengkapi dengan wastafel (sink) dan pancuran air (shower)

Standar MFK 6.1

Rumah sakit melakukan simulasi penanganan/ menanggapi kedaruratan, wabah dan bencana.

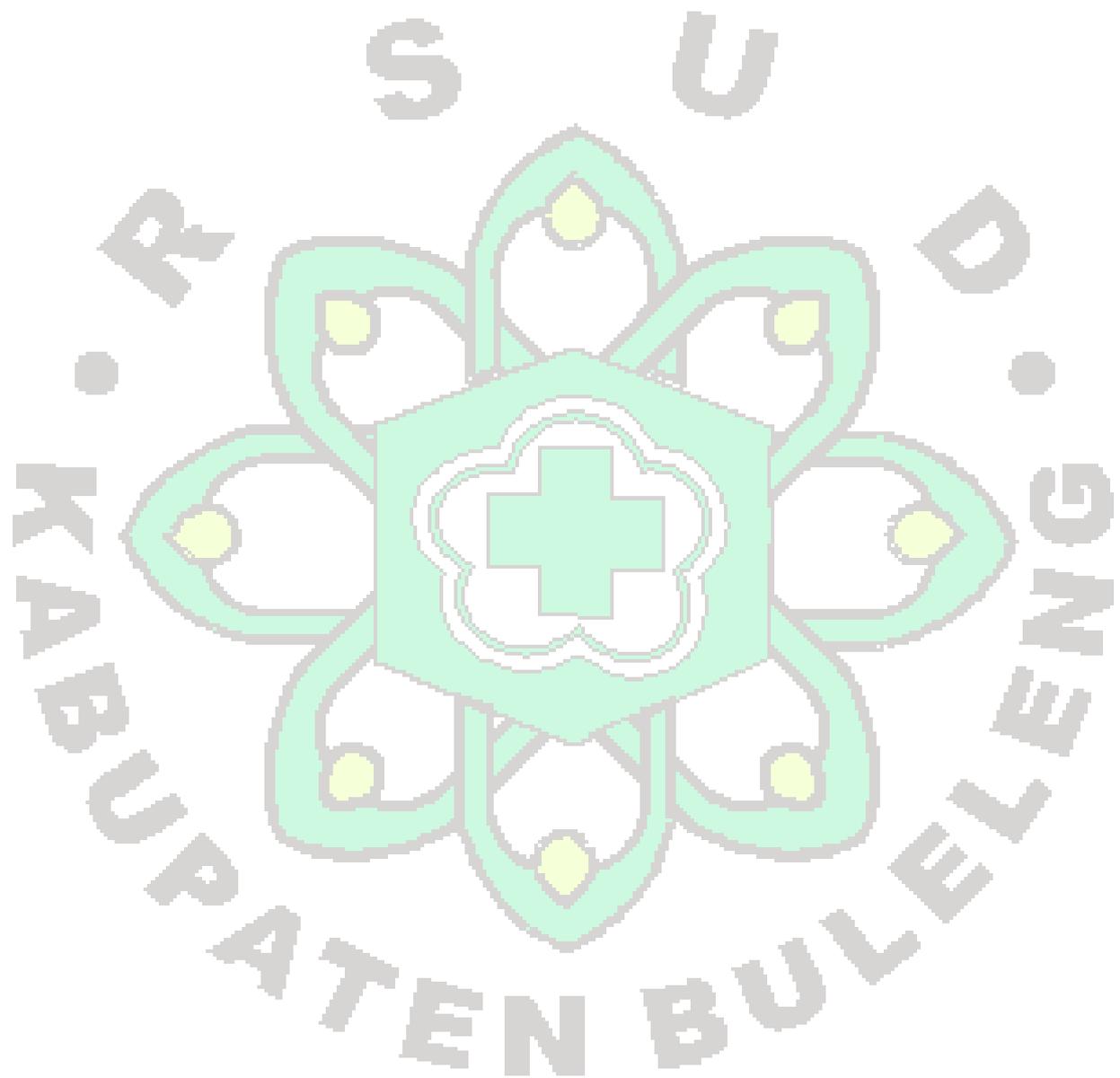
Maksud dan tujuan MFK 6.1

Program kesiapan menghadapi bencana (disaster) diujicoba/disimulasikan:

- Melakukan simulasi tahunan secara menyeluruh ditingkat internal rumah sakit atau sebagai bagian dari simulasi di tingkat masyarakat

- Simulasi terhadap unsur-unsur kritis rencana program dari c) hingga h) di maksud dan tujuan MFK 6 yang dilaksanakan setiap tahun.

Jika rumah sakit menghadapi kejadian bencana (disaster) yang sebenarnya, dan rumah sakit menjalankan program tersebut serta melakukan diskusi (debriefing) setelah kejadian, maka situasi tersebut dapat mewakili atau setara dengan simulasi tahunan.



PROTEKSI KEBAKARAN (FIRE SAFETY)

Standar MFK 7

Rumah sakit merencanakan dan menerapkan suatu program untuk pencegahan dan penanggulangan bahaya kebakaran dan penyediaan sarana evakuasi yang aman dari fasilitas sebagai respons terhadap kebakaran dan keadaan darurat lainnya.

Maksud dan tujuan MFK 7

Rumah sakit harus waspada terhadap keselamatan kebakaran karena kebakaran adalah risiko yang selalu bisa terjadi di rumah sakit. Dengan demikian, setiap rumah sakit perlu merencanakan bagaimana agar penghuni rumah sakit aman apabila terjadi kebakaran termasuk bahaya asap. Rumah sakit perlu melakukan asesmen terus menerus untuk memenuhi regulasi keamanan kebakaran sehingga secara efektif dapat mengidentifikasi risiko dan meminimalkan risiko.

Asesmen risiko kebakaran meliputi

- a) tekanan dan risiko lainnya di kamar operasi
- b) sistem pemisahan (pengisolasian) dan kompartemenisasi pengendalian api dan asap
- c) daerah berbahaya (dan ruang di atas langit-langit di seluruh area) seperti kamar linenkotor, tempat pengumpulan sampah, ruang penyimpanan oksigen
- d) sarana jalan keluar/evakuasi
- e) dapur yang memproduksi dan peralatan masak
- f) londri dan linen
- g) sistem tenaga listrik darurat dan peralatan
- h) gas medis dan komponen sistem vakum

Berdasarkan hasil asesmen risiko kebakaran rumah sakit agar menyusun regulasi termasuk program untuk:

- 1) Pencegahan kebakaran melalui pengurangan risiko, seperti penyimpanan dan penanganan bahan-bahan mudah terbakar secara aman, termasuk gas-gas medis yang mudah terbakar seperti oksigen;
- 2) Penanganan bahaya kebakaran yang terkait dengan konstruksi apapun, di atau yang berdekatan dengan bangunan yang ditempati pasien
- 3) Penyediaan sarana jalan keluar yang aman dan tidak terhalangi bila terjadi kebakaran;
- 4) Penyediaan sistem peringatan dini, deteksi dini, seperti detektor asap, alarm kebakaran, dan patroli kebakaran (fire patrols)
- 5) Penyediaan mekanisme pemadaman api, seperti selang air, bahan kimia pemadam api (chemical suppressants), atau sistem sprinkler.

Penggabungan tindakan-tindakan tersebut saat terjadi kebakaran atau asap akan membantu memberi waktu yang memadai bagi pasien, keluarga pasien, staf dan pengunjung untuk keluar dengan selamat dari fasilitas. Tindakan-tindakan tersebut harus efektif tanpa memandang usia, ukuran, maupun bentuk bangunan dan fasilitas.

Standar MEK 7.1

Rumah sakit menguji secara berkala rencana proteksi kebakaran dan asap, termasuk semua alat yang terkait dengan deteksi dini dan pemadaman serta mendokumentasikan hasilnya.

Maksud dan tujuan MFK 7.1

Program proteksi kebakaran (fire safety) rumah sakit mengidentifikasi:

- Frekuensi dilakukannya inspeksi, pengujian dan pemeliharaan sistem pencegahan dan keselamatan kebakaran secara konsisten sesuai dengan persyaratan.
- Program evakuasi yang aman jika terjadi kebakaran atau asap
- Proses pengujian setiap bagian dari program dalam kurun waktu 12 bulan
- Edukasi yang diperlukan bagi staf untuk melindungi dan mengevakuasi pasien secara efektif jika terjadi keadaan darurat
- Partisipasi anggota staf dalam ujicoba/simulasi penanganan kebakaran minimal sekali setahun.

Pengujian program dapat dicapai dengan beberapa metode. Sebagai contoh, rumah sakit dapat menugaskan komandan regu pemadam kebakaran atau K-3 RS menanyakan secara acak kepada staf di setiap unit, apa yang akan mereka lakukan bila terjadi kebakaran di unit mereka.

Kepada staf dapat diberikan pertanyaan-pertanyaan spesifik seperti:

- Dimana letak katup penutup aliran oksigen?
- Jika harus menutup katup oksigen, bagaimana Anda merawat pasien yang membutuhkan oksigen?
- Di mana letak alat pemadam api di unit Anda?
- Bagaimana melaporkan kebakaran?
- Bagaimana melindungi pasien jika terjadi kebakaran?
- Bila perlu mengevakuasi pasien, proses apa yang harus diikuti?

Staf harus mampu menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut dengan tepat. Jika tidak, hal ini harus didokumentasikan dan rencana untuk pendidikan ulang perlu disusun. "Komandan Regu penanggulangan pemadam kebakaran" atau K-3 RS harus memiliki catatan orang-orang yang berpartisipasi. Salah satu bagian dari pengujian program juga dapat berupa ujian tertulis untuk staf mengenai penanganan kebakaran yang dilakukan oleh rumah sakit. Semua inspeksi, pengujian dan pemeliharaan didokumentasikan.

Standar MFK 7.2

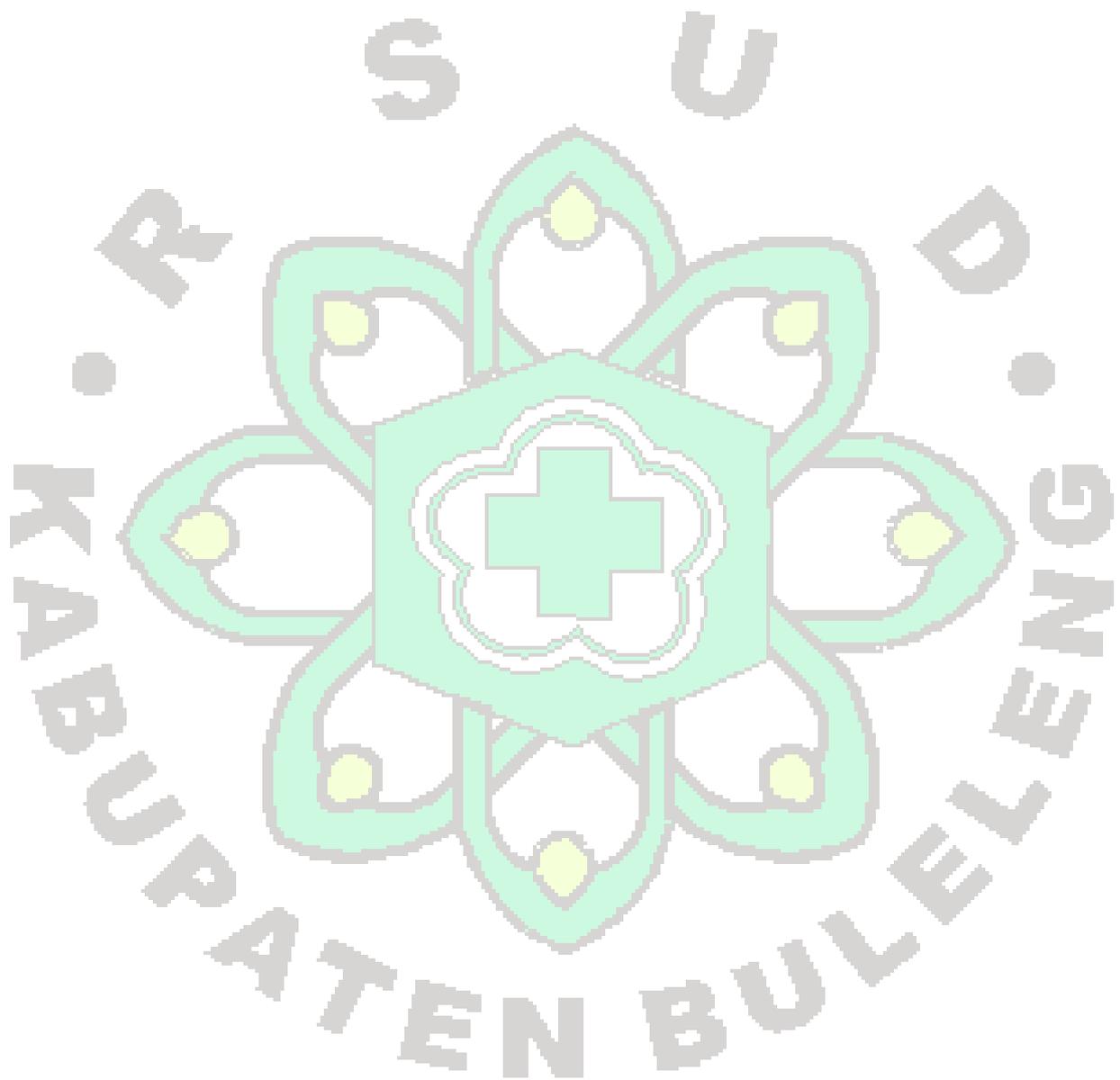
RS merupakan kawasan tanpa rokok dan asap rokok sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan tujuan MFK 7.2

Sesuai dengan peraturan perundangan, rumah sakit adalah kawasan tanpa rokok dan asap rokok, karena itu direktur rumah sakit agar membuat regulasi larangan merokok di rumah sakit termasuk larangan menjual rokok di rumah sakit.

Larangan merokok penting dilaksanakan di rumah sakit karena rumah sakit merupakan daerah yang berisiko terjadinya kebakaran dan banyak bahan yang mudah terbakar di rumah sakit (misalnya gas oksigen)

Regulasi larangan merokok tidak hanya untuk staf rumah sakit tetapi juga untuk pasien, keluarga dan pengunjung. Rumah sakit secara berkala perlu melakukan monitoring pelaksanaan larangan merokok di lingkungan rumah sakit.



PERALATAN MEDIS

Standar MFK 8

Rumah sakit merencanakan dan mengimplementasikan program untuk pemeriksaan, uji coba dan pemeliharaan peralatan medis dan mendokumentasikan hasilnya.

Maksud dan tujuan MFK 8

Untuk menjamin peralatan medis dapat digunakan dan layak pakai maka rumah sakit perlu melakukan

- a) melakukan inventarisasi peralatan medis yang meliputi peralatan medis yang dimiliki oleh RS, peralatan medis kerja sama operasional (KSO) milik pihak ketiga
- b) melakukan uji fungsi peralatan medis sesuai penggunaan dan ketentuan pabrik
- c) pelatihan penggunaan dan pemeliharaan peralatan medis
- d) melakukan pemeriksaan peralatan medis secara teratur
- e) melaksanakan pemeliharaan preventif dan kalibrasi

Rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur kegiatan a) sampai dengan e) tersebut diatas.

Staf yang kompeten melaksanakan kegiatan ini. Peralatan diperiksa dan diuji fungsi sejak masih baru dan seterusnya sesuai umur, penggunaan peralatan tersebut atau sesuai ketentuan pabrik. Pemeriksaan, hasil uji fungsi dan setiap kali tindakan pemeliharaan didokumentasikan. Hal ini membantu memastikan kelangsungan proses pemeliharaan dan membantu bila menyusun rencana biaya untuk penggantian, perbaikan, peningkatan upgrade), dan perubahan lain (lihat juga AP.5.5 dan AP.6.5).

Rumah sakit mempunyai proses identifikasi, penarikan dan pengembalian atau pemusnahan produk dan peralatan medis yang ditarik kembali oleh pabrik atau pemasok. Ada regulasi yang mengatur penggunaan setiap produk atau peralatan yang ditarik kembali (under recall)

Standar MFK 8.1

RS memiliki sistem untuk memantau dan bertindak bila ada pemberitahuan peralatan medis yang berbahaya, recall, laporan insiden, masalah dan kegagalan.

Maksud dan tujuan MFK 8.1

Rumah sakit mencari informasi terkait dengan peralatan medis yang telah di recall dari sumber-sumber terpercaya. Rumah sakit memiliki sebuah sistem yang diterapkan untuk pemantauan dan pengambilan tindakan terhadap pemberitahuan mengenai peralatan medis yang berbahaya, recall karena cacat produksi, laporan insiden, masalah, dan kegagalan yang dikirimkan oleh produsen, pemasok, atau agen yang mengatur. Recall yang dimaksud disini adalah penarikan kembali oleh produsen karena ada cacat.

Sejumlah negara mempersyaratkan pelaporan peralatan medis yang mengakibatkan kematian, cedera serius atau penyakit. Rumah sakit harus mengidentifikasi dan mematuhi peraturan perundang-undangan dalam hal pelaporan insiden peralatan medis. Program pengelolaan peralatan medis membahas penggunaan semua peralatan medis yang sudah dilaporkan memiliki masalah atau kegagalan, atau alat dalam kondisi bahaya bila digunakan atau dalam proses penarikan (lihat juga AP 5.5 dan AP 6.5).

SISTEM UTILITAS (SISTEM PENDUKUNG)

Standar MFK 9

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan program untuk memastikan semua sistem utilitas (sistem penunjang) berfungsi efisien dan efektif yang meliputi pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan dari sistem utilitas.

Maksud dan tujuan MFK 9

Definisi utilitas adalah sistem dan peralatan untuk menunjang layanan penting bagi keselamatan pasien.

Sistem utilitas sering disebut sistem penunjang. Sistem ini mencakup jaringan listrik, air, ventilasi dan aliran udara, gas medik, perpipaan, uap panas, limbah, sistem komunikasi dan data (teknologi informasi).

Sistem utilitas yang berfungsi efektif di semua tempat di rumah sakit menciptakan lingkungan asuhan pasien yang baik. Untuk memenuhi kebutuhan pasien, keluarga pasien, pengunjung dan staf, sistem utilitas harus dapat berfungsi efisien. Asuhan pasien rutin dan darurat, berjalan selama 24 jam terus menerus, setiap hari, dalam waktu 7 hari dalam seminggu. Jadi, kesinambungan fungsi utilitas merupakan hal esensial untuk memenuhi kebutuhan pasien, termasuk listrik dan air harus tersedia selama 24 jam terus menerus, setiap hari, dalam waktu 7 hari dalam seminggu.

Manajemen utilitas yang baik dapat menghasilkan sistem utilitas berjalan efektif dan mengurangi potensi risiko yang timbul. Sebagai contoh, kontaminasi berasal dari sampah di daerah persiapan makanan, kurangnya ventilasi di laboratorium klinik, tabung oksigen yang disimpan tidak terjaga dengan baik, kabel listrik bergelantungan, dapat menimbulkan bahaya. Untuk menghindari kejadian ini, rumah sakit harus melakukan pemeriksaan berkala, pemeliharaan preventif dan pemeliharaan lainnya. Sewaktu pengujian perhatian ditujukan pada komponen kritis (contoh : sakelar, relay/penyambung, dll.)

Karena itu rumah sakit perlu regulasi pengelolaan sistem utilitas meliputi:

- a. Ketersediaan air dan listrik 24 jam setiap hari dan dalam waktu tujuh hari dalam seminggu secara terus menerus.
- b. Membuat daftar inventaris komponen-komponen sistem utilitas dan menetapkan distribusinya dan melakukan update secara berkala.
- c. Pemeriksaan dan pemeliharaan serta perbaikan semua komponen utilitas yang ada di daftar inventaris
- d. Jadwal pemeriksaan, testing, pemeliharaan semua sistem utilitas berdasar kriteria
- e. Pelabelan pada tuas-tuas kontrol sistem utilitas untuk membantu pemadaman
- f. seperti rekomendasi dari pabrik, tingkat risiko dan pengalaman rumah sakit. darurat secara keseluruhan atau sebagian komponen listrik yang digunakan rumah sakit sesuai dengan standar dan peraturan perundang-undangan

Standar MFK 9.1

Dilakukan pemeriksaan, pemeliharaan, dan perbaikan sistem utilitas dan sistem utilitas utama di rumah sakit.

Maksud dan tujuan MFK 9.1

Rumah sakit harus mempunyai daftar lengkap dari sistem utilitas dan sistem utilitas utama di rumah sakit serta menentukan komponen yang berdampak pada bantuan hidup, pengendalian infeksi, pendukung lingkungan, dan komunikasi.

Program manajemen utilitas menetapkan pemeliharaan utilitas untuk memastikan utilitas seperti air, listrik, limbah, sampah, ventilasi, gas medis, teknologi informasi, lift agar dijaga, diperiksa berkala, dipelihara dan diperbaiki.

Utilitas utama antara lain air, listrik dan teknologi informasi agar berfungsi 24 jam.

Standar MFK 9.2

Sistem utilitas rumah sakit menjamin tersedianya air bersih dan listrik sepanjang waktu serta menyediakan sumber alternatif persediaan air dan tenaga listrik jika terjadi terputusnya sistem, kontaminasi atau kegagalan.

Maksud dan tujuan MFK 9.2

Pelayanan pasien dilakukan selama 24 jam terus menerus, setiap hari dalam seminggu di rumah sakit.

Rumah sakit mempunyai kebutuhan sistem utilitas yang berbeda-beda tergantung misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan sumber daya. Walaupun begitu pasokan sumber air bersih dan listrik terus menerus sangat penting untuk memenuhi kebutuhan pasien. Rumah sakit harus melindungi pasien dan staf dalam keadaan darurat seperti jika terjadi kegagalan sistem, pemutusan dan kontaminasi.

Sistem tenaga listrik darurat dibutuhkan oleh semua rumah sakit yang ingin memberikan asuhan kepada pasien tanpa putus dalam keadaan darurat. Sistem darurat ini memberikan cukup tenaga listrik untuk mempertahankan fungsi yang esensial dalam keadaan darurat dan juga menurunkan risiko terkait terjadinya kegagalan. Tenaga listrik cadangan dan darurat harus dites sesuai rencana yang dapat membuktikan beban tenaga listrik memang seperti yang dibutuhkan. Perbaikan dilakukan jika dibutuhkan seperti menambah kapasitas listrik di daerah dengan peralatan baru.

Mutu air dapat berubah mendadak karena banyak sebab, sebagian besar karena terjadi di luar RS, seperti ada kebocoran di jalur suplai ke rumah sakit. Jika terjadi suplai air ke rumah sakit terputus, persediaan air bersih darurat harus tersedia segera.

Untuk mempersiapkan diri terhadap keadaan darurat seperti ini, rumah sakit agarmempunyai regulasi yang antara lain meliputi:

- a) mengidentifikasi peralatan, sistem, dan area yang memiliki risiko paling tinggi terhadap pasien dan staf (sebagai contoh, rumah sakit mengidentifikasi area yang membutuhkan penerangan, pendinginan (lemari es), bantuan hidup/Ventilator, dan air bersih untuk membersihkan dan sterilisasi alat)
- b) menyediakan air bersih, listrik dan teknologi informasi 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu.
- c) menguji ketersediaan dan kehandalan sumber tenaga listrik, air bersih dan teknologi informasi darurat/pengganti/backup
- d) mendokumentasikan hasil-hasil pengujian

- e) memastikan bahwa pengujian sumber alternatif air bersih, listrik dan teknologi informasi dilakukan setidaknya setiap 6 bulan atau lebih sering jika dipersyaratkan oleh peraturan perundangan di daerah, rekomendasi produsen, atau kondisi dari sumber listrik dan air.

Kondisi dari sumber listrik, air dan teknologi informasi yang mungkin dapat meningkatkan frekuensi dari pengujian mencakup :

- perbaikan sistem air bersih yang terjadi berulang-ulang
- sumber air bersih sering terkontaminasi
- jaringan listrik yang tidak dapat diandalkan
- pemadaman listrik yang tak terduga dan berulang-ulang
- gangguan pada teknologi informasi.

Standar MFK 9.2.1

Rumah sakit melakukan uji beban listrik dan sumber air alternatif.

Maksud dan tujuan MFK 9.2.1

Rumah sakit melakukan asesmen risiko dan meminimalisasi risiko kegagalan sistem utilitas di area-area tersebut.

Rumah Sakit merencanakan tenaga listrik darurat (dengan menyiapkan genset) dan penyediaan sumber air bersih darurat untuk area-area yang membutuhkan. Untuk memastikan kapasitas beban yang bisa dicapai oleh unit genset apakah benar-benar mampu mencapai beban tertinggi maka pada waktu pembelian unit genset, dilakukan test loading dengan menggunakan alat yang bernama Dummy Load. Selain itu rumah sakit melaksanakan uji coba sumber listrik alternatif sekurangnya 6 bulan sekali atau lebih sering bila diharuskan oleh peraturan perundang-undangan atau oleh kondisi sumber listrik.

Jika sistem listrik darurat membutuhkan sumber bahan bakar maka jumlah tempat penyimpanan bahan bakar perlu dipertimbangkan. Rumah sakit dapat menentukan jumlah bahan bakar yang disimpan kecuali ada ketentuan lain dari pihak berwenang

Standar MFK 9.3

Rumah sakit melakukan pemeriksaan air bersih dan air limbah secara berkala sesuai dengan peraturan perundang - undangan.

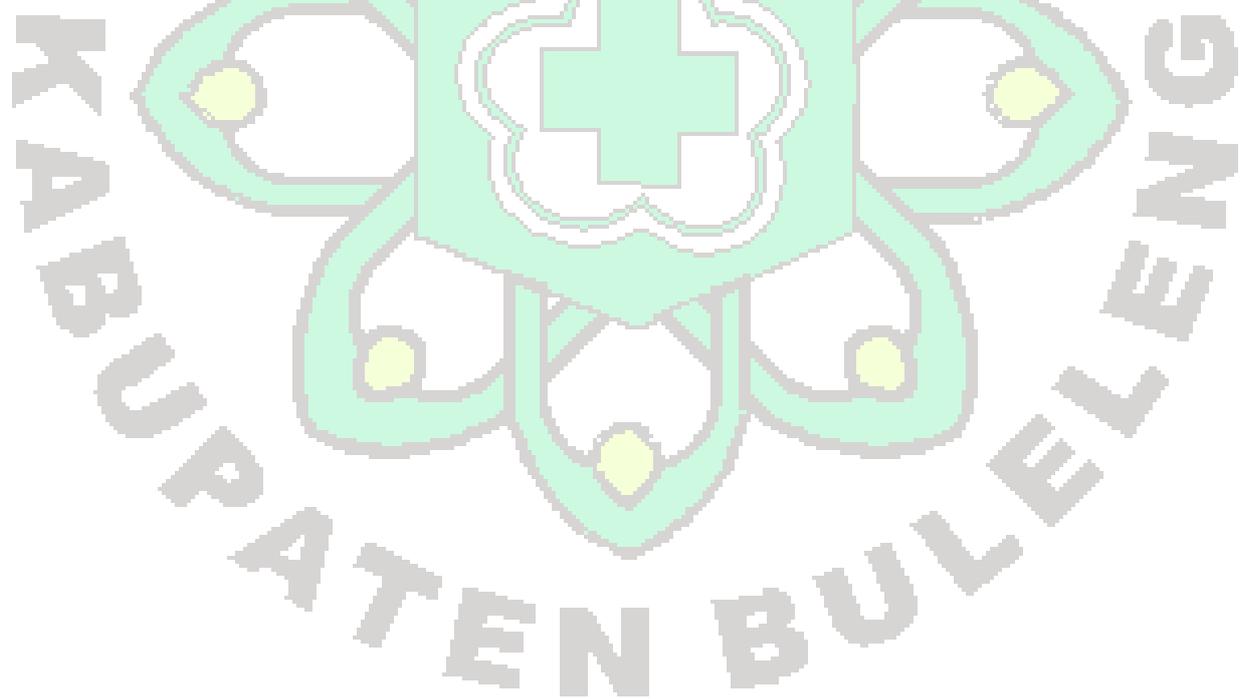
Maksud dan tujuan MFK 9.3

Seperti dijelaskan di MFK 9.2 dan MFK 9.2.1, mutu air rentan terhadap perubahan yang mendadak, termasuk perubahan diluar kontrol Rumah sakit. Mutu air juga kritical didalam proses asuhan klinik, seperti dalam dialisis ginjal. Jadi, Rumah sakit menetapkan proses monitor mutu air, termasuk tes (pemeriksaan) biologik dari air yang dipakai untuk dialisis ginjal. Tindakan dilakukan jika mutu air ditemukan tidak aman. Monitor dilakukan paling sedikit 3 bulan sekali atau lebih cepat mengikuti peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman yang lalu dengan masalah mutu air. Monitor dapat dilakukan oleh perorangan yang ditetapkan rumah sakit seperti staf dari laboratorium klinis, atau oleh dinas kesehatan, atau pemeriksa air pemerintah di luar rumah sakit yang kompeten untuk melakukan pemeriksaan seperti itu. Apakah diperiksa oleh staf rumah sakit atau oleh otoritas di

luar rumah sakit maka tanggung jawab rumah sakit adalah memastikan pemeriksaan (tes) dilakukan lengkap dan tercatat dalam dokumen.

Karena itu rumah sakit harus mempunyai regulasi sekurang-kurangnya meliputi:

- a) Pelaksanaan monitoring mutu air bersih paling sedikit setiap 1 tahun sekali. Untuk pemeriksaan kimia minimal setiap 6 bulan sekali atau lebih sering tergantung ketentuan peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan pengalaman sebelumnya dengan masalah mutu air. Hasil pemeriksaan didokumentasikan.
- b) Pemeriksaan limbah cair dilakukan setiap 3 bulan atau lebih sering tergantung peraturan perundang-undangan, kondisi sumber air, dan hasil pemeriksaan air terakhir bermasalah. Hasil pemeriksaan didokumentasikan
- c) Pemeriksaan mutu air yang digunakan untuk dialisis ginjal setiap bulan, untuk menilai pertumbuhan bakteri dan endotoksin.
- d) Pemeriksaan tahunan untuk menilai kontaminasi zat kimia. Hasil pemeriksaan didokumentasikan
- e) Melakukan monitoring hasil pemeriksaan air dan melakukan perbaikan bila diperlukan.



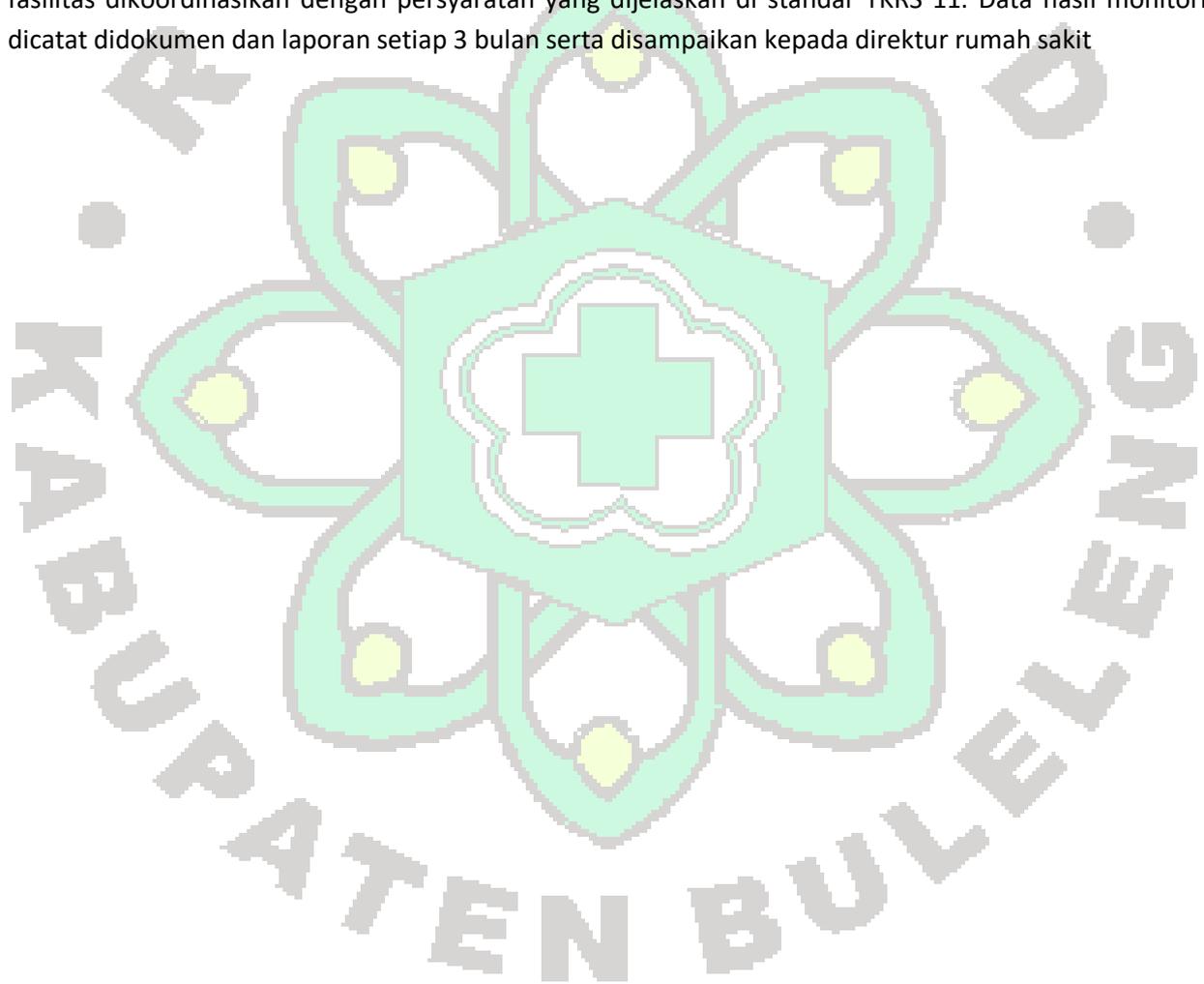
PROGRAM MONITORING FASILITAS

Standar MFK 10

Rumah sakit mengumpulkan data dari setiap program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan untuk mendukung rencana mengganti atau meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medik.

Maksud dan tujuan MFK 10

Monitoring program manajemen risiko fasilitas dan lingkungan melalui pengumpulan data dan analisisnya memberikan informasi yang dapat membantu rumah sakit mencegah masalah, menurunkan risiko, membuat keputusan tentang sistem perbaikannya, dan membuat rencana untuk meningkatkan fungsi (upgrade) teknologi medik, peralatan dan sistem utilitas. Persyaratan monitor untuk program manajemen fasilitas dikoordinasikan dengan persyaratan yang dijelaskan di standar TKRS 11. Data hasil monitoring dicatat didokumen dan laporan setiap 3 bulan serta disampaikan kepada direktur rumah sakit



PENDIDIKAN STAF

Standar MFK 11

RS menyelenggarakan edukasi, pelatihan, tes dan simulasi bagi semua staf tentang peranan mereka dalam memberikan fasilitas yang aman dan efektif.

Maksud dan tujuan MFK 11

Staf RS merupakan sumber kontak utama dengan pasien, keluarga pasien dan pengunjung. Dengan demikian, mereka perlu dibekali edukasi dan dilatih untuk menjalankan peran mereka dalam mengidentifikasi dan mengurangi risiko serta melindungi orang lain dan diri mereka sendiri untuk menjamin fasilitas yang aman dan terlindung (Lihat juga MFK 7.1, MKE 1).

Rumah sakit melakukan tes secara berkala pada staf tentang pengetahuannya soal prosedur darurat, proteksi kebakaran, respons terhadap B3 termasuk tumpahan bahan tersebut, penggunaan teknologi medik berisiko terhadap pasien dan staf. Pengetahuan yang dimiliki peserta tes dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti demonstrasi kelompok atau individual dan simulasi kejadian bila ada epidemi di masyarakat. Tes tertulis atau lewat komputer dan mendokumentasikan peserta dan hasil test.

Standar MFK 11.1

Staf dilatih dan diberi pengetahuan tentang peranan mereka dalam program rumah sakit untuk proteksi kebakaran, keamanan dan penanggulangan bencana.

Maksud dan tujuan MFK 11.1

Setiap rumah sakit harus memutuskan sendiri jenis dan tingkat pelatihan bagi stafnya kemudian melaksanakannya melalui program pendidikan dan pelatihan. Program dapat memuat misalnya diskusi kelompok, mencetak materi, orientasi bagi staf baru atau bentuklainnya untuk memenuhi kebutuhan RS. Program juga memuat proses dan prosedurpelaporan tentang risiko potensial, pelaporan insiden dan kecelakaan, penanganan bahan/barang berbahaya yang merupakan risiko pada dirinya sendiri dan lainnya.

Standar MFK 11.2

Staf dilatih untuk menjalankan dan memelihara peralatan medis dan sistem utilitas.

Maksud dan tujuan MFK 11.2

Staf yang bertanggung jawab menjalankan atau memelihara peralatan medis dan nonmedis, menerima pelatihan secara khusus. Pelatih dpt berasal dari rumah sakit, produsen teknologi atau tenaga ahli sebagai narasumber pelatihan.

MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)

Gambaran Umum

Memberikan asuhan pasien merupakan upaya yang kompleks dan sangat tergantung pada komunikasi dari informasi. Komunikasi tersebut adalah kepada dan dengan komunitas, pasien dan keluarganya, serta antar staf klinis terutama profesional pemberi asuhan (PPA).

Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan salah satu akar masalah yang paling sering menyebabkan insiden keselamatan pasien. Komunikasi dapat efektif apabila pesan diterima dan dimengerti sebagaimana dimaksud oleh pengirim pesan/komunikator, pesan ditindaklanjuti dengan sebuah perbuatan oleh penerima pesan/komunikator, dan tidak ada hambatan untuk hal itu. Komunikasi efektif sebagai dasar untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga agar mereka memahami kondisi kesehatannya sehingga pasien berpartisipasi lebih baik dalam asuhan yang diberikan dan mendapat informasi dalam mengambil keputusan tentang asuhannya. Edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh staf klinis terutama PPA yang sudah terlatih (dokter, perawat, nutrisi, apoteker dll). Mengingat banyak profesi yang terlibat dalam edukasi pasien dan keluarganya, maka perlu koordinasi kegiatan dan fokus pada kebutuhan edukasi pasien. Edukasi yang efektif diawali dengan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarganya. Asesmen ini menentukan bukan hanya kebutuhan akan pembelajaran, tetapi juga proses edukasi dapat dilaksanakan dengan baik. Edukasi paling efektif apabila sesuai dengan pilihan pembelajaran yang tepat, dengan mempertimbangkan agama, nilai budaya, juga kemampuan membaca, serta bahasa. Edukasi akan berdampak positif bila diberikan selama proses asuhan. Edukasi termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan. Edukasi termasuk pengetahuan yang diperlukan selama proses asuhan maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan (discharged) ke pelayanan kesehatan lain atau ke rumah. Dengan demikian, edukasi dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan emergensi bila dibutuhkan. Edukasi yang efektif dalam suatu rumah sakit hendaknya menggunakan format visual dan elektronik, serta berbagai edukasi jarak|jauh dan teknik lainnya.

KOMUNIKASI DENGAN KOMUNITAS MASYARAKAT

Standar MKE 1

Rumah sakit berkomunikasi dengan masyarakat untuk memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit dan informasi tentang pelayanan yang disediakan oleh rumah

Maksud dan tujuan MKE 1

Rumah sakit mengenali komunitas dan populasi pasiennya, serta merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok kunci (keygroup) tersebut. Komunikasi dapat dilakukan kepada individu secara langsung atau melalui media publik dan agen yang ada di komunitas atau pihak ketiga melalui komunikasi efektif. Tujuan komunikasi efektif dengan masyarakat adalah memfasilitasi akses masyarakat ke pelayanan di rumah sakit. Dalam memenuhi kebutuhan pelayanan di rumah sakit, maka rumah sakit juga harus mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan komunikasi efektif pada pasien dan keluarga. Komunikasi efektif harus tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh penerima.

Standar MKE 1.1

Strategi komunikasi dengan masyarakat, pasien dan keluarga didasarkan pada pengenalan populasi yang dilayani rumah sakit.

Maksud dan Tujuan MKE 1.1

Rumah sakit menetapkan populasi yang dilayani berdasar atas demografi yang diuraikan menurut usia, etnis, agama, tingkat pendidikan, serta bahasa yang digunakan termasuk adanya hambatan komunikasi. Berdasar analisa data populasi yang dilayani, rumah sakit menetapkan strategi komunikasi dengan masyarakat menggunakan pedoman komunikasi efektif.

Jenis informasi yang dikomunikasikan kepada masyarakat meliputi Informasi tentang pelayanan, jam pelayanan, serta akses dan proses mendapatkan pelayanan Informasi tentang kualitas pelayanan yang diberikan kepada publik dan kepada sumber rujukan

KOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA

Standar MKE 2

Rumah sakit memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang jenis asuhan dan pelayanan, serta akses untuk mendapatkan pelayanan

Maksud dan Tujuan MKE 2

Pasien dan keluarga membutuhkan informasi lengkap mengenai asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, serta bagaimana untuk mengakses pelayanan tersebut. Memberikan informasi ini penting untuk membangun komunikasi yang terbuka dan terpercaya antara pasien, keluarga, dan rumah sakit. Informasi tersebut membantu mencocokkan harapan pasien dengan kemampuan rumah sakit. Informasi sumber alternative asuhan dan pelayanan, diberikan jika rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan serta pelayanan yang dibutuhkan pasien di luar misi dan kemampuan rumah sakit.

Standar MKE 3

Komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan dalam format dan bahasa yang mudah dimengerti.

Maksud dan tujuan MKE 3

Pasien hanya dapat membuat keputusan yang dikemukakan dan berpartisipasi dalam proses asuhan apabila mereka memahami informasi yang diberikan kepada mereka. Oleh karena itu, perhatian khusus perlu diberikan terhadap format dan bahasa yang digunakan dalam berkomunikasi, serta pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga. Respons pasien akan berbeda terhadap format edukasi berupa instruksi lisan, mater tertulis, video, demonstrasi/peragaan dan lain-lain. Demikian juga, penting untuk mengerti bahasa yang dipilih. Ada kalanya, anggota keluarga atau penerjemah mungkin dibutuhkan untuk membantu dalam edukasi atau menerjemahkan materi.

Standar MKE 4

Terdapat komunikasi efektif untuk menyampaikan informasi yang akurat dan tepat waktu di seluruh rumah sakit termasuk yang "urgent"

Maksud dan Tujuan MKE 4

Ada kalanya di rumah sakit memerlukan penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu, khususnya keadaan yang urgent seperti code blue, code red dan perintah evakuasi.

Standar MKE 5

Informasi tentang asuhan pasien dan hasil asuhan dikomunikasikan antarstaf klinis selama bekerja dalam sif atau antar sif.

Maksud dan Tujuan MKE 5

Komunikasi dan pertukaran informasi diantara dan antarstaf klinis selama bekerja dalam sif atau antar sif penting untuk berjalan mulusnya proses asuhan. Informasi penting dapat dikomunikasikan dengan cara lisan, tertulis atau elektronik. Setiap rumah sakit menentukan informasi yang akan dikomunikasikan dengan cara dan informasi tersebut sering dikomunikasikan dari satu staf klinis kepada staf klinis lainnya, meliputi: status kesehatan pasien antara lain catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT); ringkasan asuhan yang diberikan (ringkasan pulang dan ringkasan rawat jalan); dan informasi klinis pasien saat transfer dan rujukan, serta serah terima

Standar MKE 6

Rumah sakit menyediakan edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan.

Maksud dan Tujuan MKE 6

Rumah sakit melaksanakan edukasi terhadap pasien dan keluarganya, sehingga mereka mendapat pengetahuan serta keterampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Rumah sakit mengembangkan/memasukkan edukasi ke dalam proses asuhan sesuai misi, jenis pelayanan yang diberikan, dan populasi pasien. Edukasi direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan edukasi sesuai dengan kebutuhannya. Rumah sakit menetapkan pengorganisasian sumber daya edukasi secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan organisasi Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS), menciptakan pelayanan edukasi, dan mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan edukasi secara terkoordinasi.

Standar MKE 7

Profesional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan edukasi harus mampu memberikan edukasi secara efektif.

Maksud dan Tujuan MKE 7

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang dapat dibantu oleh staf klinis lainnya yang memberi asuhan memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian edukasi pasien. Informasi yang diterima pasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan efektif. Agar profesional pemberi asuhan (PPA) mampu memberikan edukasi secara efektif dilakukan pelatihan sehingga terampil melaksanakan komunikasi efektif. Pengetahuan tentang materi yang diberikan, dan kemampuan berkomunikasi secara efektif adalah pertimbangan penting dalam edukasi yang efektif.

Standar MKE 8

Agar edukasi pasien dan keluarga dapat efektif, staf harus melakukan asesmen kemampuan, kemauan belajar dan kebutuhan edukasi yang dicatat di dalam rekam medis.

Maksud dan Tujuan MKE 8

Edukasi berfokus pada pengetahuan dan ketrampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, berpartisipasi dalam asuhan dan asuhan berkelanjutan di rumah. Hal tersebut

diatas berbeda dengan alur informasi pada umumnya antara staf dan pasien yang bersifat informatif tapi bukan bersifat edukasi seperti lazimnya.

Pengetahuan dan ketrampilan yang menjadi kekuatan dan kekurangan diidentifikasi dan digunakan untuk membuat rencana edukasi . Ada banyak variabel menentukan apakah pasien dan keluarga mau dan mampu untuk belajar.

Dengan demikian untuk merencanakan edukasi dilakukan asesmen:

- a) kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan;
- b) hambatan emosional dan motivasi;
- c) keterbatasan fisik dan kognitif;
- d) kesediaan pasien untuk menerima informasi.

Untuk memahami kebutuhan edukasi setiap pasien dan keluarganya, dibutuhkan proses asesmen untuk identifikasi jenis operasi, prosedur invasif lainnya, rencana tindakan, kebutuhan perawatannya, dan kesinambungan asuhan setelah keluar rumah sakit. Asesmen ini memungkinkan profesional pemberi asuhan (PPA) merencanakan dan melaksanakan edukasi yang dibutuhkan.

Standar MKE 9

Pemberian edukasi merupakan bagian penting dalam proses asuhan kepada pasien

Maksud dan Tujuan MKE 9

Edukasi di fokuskan pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dalam rangka memberdayakan pasien dalam proses asuhan, dengan memahami diagnosis dan perkembangan kondisi kesehatannya, ikut terlibat dalam pembuatan keputusan dan berpartisipasi dalam asuhannya, serta dapat melanjutkan asuhan di rumah.

Edukasi yang diberikan sebagai bagian dari proses memperoleh informed consent untuk pengobatan (misalnya pembedahan dan anestesi) didokumentasikan di rekam medis pasien. Sebagai tambahan, bila pasien atau keluarganya secara langsung berpartisipasi dalam pemberian pelayanan (contoh: mengganti balutan, menyuapi pasien, memberikan obat, dan tindakan pengobatan), maka mereka perlu diberi edukasi

Standar MKE 10

Edukasi pasien dan keluarga termasuk topik berikut ini, terkait dengan pelayanan pasien: penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, potensi interaksi antara obat dengan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri dan teknik rehabilitasi

Maksud dan Tujuan MKE 10

Rumah sakit menggunakan materi dan proses edukasi pasien yang standar paling sedikit pada topik-topik tertera dibawah ini:

- 1) penggunaan obat-obatan yang didapat pasien secara efektif dan aman (bukan hanya obat yang diresepkan untuk dibawa pulang), termasuk potensi efek samping obat;
- 2) penggunaan peralatan medis secara efektif dan aman;
- 3) potensi interaksi antara obat yang diresepkan dan obat lainnya termasuk obat yang tidak diresepkan serta makanan;
- 4) diet dan nutrisi;

- 5) manajemen nyeri;
- 6) teknik rehabilitasi;
- 7) cara cuci tangan yang benar

Standar MKE 11

Metode edukasi mempertimbangkan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga, dan memperkenankan interaksi yang memadai antar pasien-keluarga dan staf klinis agar edukasi efektif dilaksanakan.

Maksud dan Tujuan MKE 11

Proses edukasi berlangsung dengan baik bila menggunakan metode yang tepat dalam proses pemberian edukasi. Dalam proses edukasi pasien dan keluarga didorong untuk bertanya/berdiskusi agar dapat berpartisipasi dalam proses asuhan.

Perlu kepastian bahwa materi edukasi yang diberikan dapat dipahami oleh pasien dan keluarga. Kesempatan untuk interaksi antara staf, pasien, dan keluarga pasien dapat memberikan umpan balik (feed back) untuk memastikan bahwa informasi dimengerti, berfaedah dan dapat digunakan.

Profesional pemberi asuhan (PPA) memahami kontribusinya masing-masing dalam pemberian pendidikan pasien, dengan demikian mereka dapat berkolaborasi lebih efektif.

Kolaborasi, pada gilirannya dapat membantu menjamin bahwa informasi yang diterimapasien dan keluarga adalah komprehensif, konsisten, dan efektif. Dalam pemberian edukasi harus dilengkapi dengan materi tertulis.

Standar MKE 12

Dalam menunjang keberhasilan asuhan yang berkesinambungan, upaya promosi kesehatan harus dilakukan berkelanjutan.

Maksud dan Tujuan MKE 12

Pasien sering membutuhkan pelayanan tindak lanjut guna memenuhi kebutuhan kesehatan berkesinambungan atau untuk mencapai sasaran kesehatan mereka. Informasi kesehatan umum diberikan oleh rumah sakit, atau oleh sumber di komunitas, dan dapat dimasukkan bila membuat ringkasan pasien pulang.

Informasi tersebut mengenai praktik pencegahan yang relevan dengan kondisi pasien atau sasaran kesehatannya, serta edukasi untuk mengatasi penyakit atau kecacatannya yang relevan dengan kondisi pasien.

Rumah sakit mengidentifikasi sumber-sumber yang dapat memberikan edukasi dan pelatihan yang tersedia di komunitas, khususnya organisasi dan fasilitas kesehatan yang ada di komunitas yang memberikan dukungan promosi kesehatan serta pencegahan penyakit.

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

GAMBARAN UMUM

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien maka rumah sakit perlu mempunyai program peningkatan mutu dan keselamatan (PMKP) yang menjangkau keseluruhan unit kerja di rumah sakit.

Untuk melaksanakan program tersebut tidaklah mudah, karena memerlukan koordin dan komunikasi yang baik diantara Kepala bidang/divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi dan lainnya termasuk Kepala unit/departemen/instalasi pelayanan. Rumah sakit perlu menetapkan komite/tim atau bentuk organisasi lainnya untuk mengelolaprogram peningkatan mutu dan keselamatan pasien, agar mekanisme koordipelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dapat berjalan lebih baik

Standar ini menjelaskan pendekatan yang komprehensif untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang berdampak pada semua aspek pelayanan.

Pendekatan ini mencakup:

- Setiap unit terlibat dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien
- Rumah sakit menetapkan tujuan, mengukur seberapa baik proses kerja dilaksanakandan validasi datanya.
- Menggunakan data secara efektif dan fokus pada tolok ukur program; dan
- Bagaimana menerapkan dan mempertahankan perubahan yang telah menghasilkan perbaikan

Agar peningkatan mutu dan keselamatan pasien bisa berjalan baik, Direktur rumah sakit, para kepala bidang/divisi serta kepala unit dan departemen di rumah sakit :

- wajib mendorong dilaksanakannya program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP)
- berupaya untuk mendorong terlaksananya budaya mutu dan keselamatan (quality and safety culture)
- secara proaktif melakukan identifikasi dan menurunkan variasi;
- menggunakan data agar fokus kepada prioritas isu.
- berupaya untuk menunjukkan perbaikan yang berkelanjutan.

Mutu dan keselamatan sejatinya berakar dari pekerjaan sehari-hari dari seluruh staf di unit pelayanan. Seperti staf klinis melakukan asesmen kebutuhan pasien dan memberikan pelayanan. Standar PMKP ini membantu mereka untuk memahami bagaimana melakukan peningkatan nyata dalam memberikan asuhan pasien dan menurunkan risiko. Demikian pula staf non klinis dapat memasukkan standar dalam pekerjaan sehari-hari mereka untuk memahami bagaimana suatu proses dapat lebih efisien, sumberdaya dapatdigunakan dengan lebih bijaksana dan risiko fisik dapat dikurangi. Standar PMKP ini mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas pada rumah sakit. termasuk kerangka untuk meningkatkan kegiatan dan menurunkan risiko yang terkait dengan munculnya variasi (ketidak seragaman) dalam proses pelayanan.

Dengan demikian kerangka yang ada dalam standar ini sangat sesuai dengan berbagai variasi dalam struktur program dan pendekatan yang kurang formal terhadap peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Kerangka standar ini juga bisa terintegrasi dengan program pengukuran yang sudah dilaksanakan, seperti hal-hal yang terkait dengan kejadian yang tidak diantisipasi (manajemen risiko) dan pemanfaatan sumberdaya (manajemen utilisasi).

Seiring berjalannya waktu, rumah sakit yang mengikuti kerangka ini akan:

- Mengembangkan dukungan Direktur dan Kepala Bidang/Divisi serta Kepala Unit/
- Instalasi pelayanan terhadap program keseluruhan rumah sakit;
- Melatih dan melibatkan lebih banyak staf;
- Menetapkan prioritas yang lebih jelas tentang apa yang akan diukur dan dievaluasi;
- Membuat keputusan berdasarkan pengukuran data; dan
- Melakukan perbaikan berdasarkan perbandingan dengan rumah sakit lainnya, baik nasional dan internasional.

Fokus area standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien adalah:

1. Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien
2. Pemilihan, pengumpulan, analisis dan validasi data indikator mutu
3. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien
4. Pencapaian dan mempertahankan perbaikan
5. Manajemen risiko.

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN PENGELOLAAN KEGIATAN PMKP

Standar PMKP 1

Rumah sakit mempunyai Komite/Tim atau bentuk organisasi lainnya yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PMKP 1

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang selanjutnya disingkat menjadi PMKP merupakan proses kegiatan yang berkesinambungan (never ending process). Kegiatan PMKP harus dilaksanakan di setiap unit kerja yang memerlukan mekanisme koordinasi antar unit dan juga antar kepala unit kerja termasuk dengan komite medis dan Komite keperawatan, sehingga kegiatan PMKP tetap sesuai dengan program PMKP yang sudah disetujui oleh pemilik atau representasi pemilik. (lihat juga TKRS 1.3, TKRS 5, TKRS11, TKRS 11.2)

Karena itu rumah sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola kegiatan PMKP yang dapat berbentuk Komite atau Tim PMKP atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Perlu diingat, kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien tidak bisa dipisahkan secara tegas, karena ada kegiatan yang sering tumpang tindih (overlapping), misalnya terkait dengan pemilihan indikator mutu untuk pelayanan bedah yaitu salah operasi, salah orang dan salah prosedur, data tersebut juga merupakan data insiden keselamatan pasien. Karena itu kegiatan peningkatan mutu dan kegiatan keselamatan pasien sebaiknya dilaksanakan secara terintegrasi yang dikelola komite/tim atau bentuk organisasi lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Mengingat yang dikelola adalah data mutu dan data insiden maka dibawah komite dapat dibentuk sub komite/sub tim/penanggung jawab yang mengelola mutu dan keselamatan pasien, disesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan peraturan perundang-undangan. Selain komite/tim, rumah sakit juga perlu mempunyai penanggungjawab data di setiap unit kerja yang diharapkan dapat membantu komite/tim dalam pengumpulan dan analisis data. Komite/tim PMKP mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. sebagai motor penggerak penyusunan program PMKP rumah sakit;
- b. melakukan monitoring dan memandu penerapan program PMKP di unit kerja;

- c. membantu dan melakukan koordinasi dengan pimpinan unit pelayanan dalam memilih prioritas perbaikan, pengukuran mutu/indikator mutu, dan menindak-lanjuti hasil capaian indikator (lihat juga TKRS 11 dan TKRS 11.2);
- d. melakukan koordinasi dan pengorganisasian pemilihan prioritas program ditingkat unit kerja serta menggabungkan menjadi prioritas rumah sakit secara keseluruhan. Prioritas program rumah sakit ini harus terkoordinasi dengan baik dalam pelaksanaannya
- e. menentukan profil indikator mutu, metode analisis, dan validasi data dari data indikator mutu yang dikumpulkan dari seluruh unit kerja di rumah sakit;
- f. menyusun formulir untuk mengumpulkan data, menentukan jenis data, serta bagaimana alur data dan pelaporan dilaksanakan;
- g. menjalin komunikasi yang baik dengan semua pihak terkait serta menyampaikan masalah terkait pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien;
- h. terlibat secara penuh dalam kegiatan pendidikan dan pelatihan PMKP;
- i. bertanggung jawab untuk mengomunikasikan masalah-masalah mutu secara rutin kepada semua staf;
- j. menyusun regulasi terkait dengan pengawasan dan penerapan program PMKP.
- k. Menangani insiden keselamatan pasien yang meliputi pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab Insiden keselamatan pasien)
- l. Mengkoordinasikan penyusunan program manajemen risiko rumah sakit

Komite/tim PMKP dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait dengan manajemen data rumah sakit yaitu pengumpulan, analisa dan rencana perbaikan. Selain itu, agar komite/tim PMKP dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik maka perlu pelatihan tentang manajemen komunikasi. Pelatihan tersebut dapat dilaksanakan di rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PMKP 2

Kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien memerlukan regulasi yang didasarkan pada referensi ilmiah terkini. Karena ilmu pengetahuan terus berkembang, maka rumah sakit wajib menyediakan referensi sesuai perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang dapat dipergunakan untuk mendukung pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Referensi yang harus disediakan oleh rumah sakit dapat berupa literatur ilmiah terkait asuhan pasien dan manajemen, international clinical guidelines, pedoman nasional praktik kedokteran, panduan praktik klinis (clinical practice guidelines), panduan asuhan keperawatan temuan penelitian dan metodologi pendidikan, fasilitas internet, bahan cetak di perpustakaan, sumber-sumber pencarian online, bahan-bahan dan peraturan perundang-undangan merupakan sumber informasi terkini yang pribadi, berharga. (Lihat juga TKRS.7)

Secara rinci referensi dan informasi terkini yang diperlukan rumah sakit dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien meliputi:

- a. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung asuhan pasien terkini, misalnya pedoman nasional pelayanan kedokteran, international clinical guidelines, pedoman nasional asuhan keperawatan dan informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.
- b. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung penelitian (khusus untuk rumah sakit Pendidikan)

- c. Literatur ilmiah dan informasi lainnya yang dapat dipergunakan untuk mendukung terselenggaranya manajemen yang baik.
- d. Literatur dan Informasi lainnya sesuai kebutuhan rumah sakit, misalnya data indikator mutu di tingkat nasional atau internasional.
- e. peraturan perundang-undangan terkait dengan mutu dan keselamatan pasien dirumah sakit termasuk pedoman-pedoman yang dikeluarkan oleh pemerintah.

Referensi diatas agar dipergunakan dalam menyusun regulasi proses kegiatan asuhan klinis pada pasien dan proses kegiatan manajemen yang baik.

Di sisi lain untuk melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rumah sakit agar mempunyai regulasi peningkatan mutu dan keselamatan pasien sebagai acuan dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit yang dapat dilengkapi dengan SPO sesuai kebutuhan.

Standar PMKP 2.1

Rumah Sakit menyediakan teknologi dan dukungan lainnya untuk mendukung sistem manajemen data pengukuran mutu terintegrasi sesuai dengan perkembangan teknologi informasi.

Maksud dan Tujuan PMKP 2.1

Pengukuran fungsi klinis dan fungsi manajemen di rumah sakit akan menghasilkan akumulasi data dan informasi. Untuk memahami seberapa baik kemampuan rumah sakit, tergantung dari hasil analisis data, informasi yang terkumpul dibandingkan dengan rumah sakit lain. Pada rumah sakit besar dan kompleks sifatnya dibutuhkan teknologi dan/atau staf yang mempunyai kompetensi mengelola data. Rumah sakit memahami prioritas pengukuran dan perbaikan sebagai dukungan yang penting. Mereka memberikan dukungan secara konsisten sesuai sumber daya rumah sakit dan peningkatan mutu.

Karena itu rumah sakit perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi yang mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisa, validasi dan publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal rumah sakit. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit mempunyai regulasi sistem manajemen data, antara lain meliputi :

- a) RS perlu mempunyai sistem manajemen data yang didukung dengan teknologi informasi, mulai dari pengumpulan, pelaporan, analisis, validasi, serta publikasi data untuk internal rumah sakit dan eksternal RS. Publikasi data tetap harus memperhatikan kerahasiaan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- b) Data yang dimaksud meliputi, data dari indikator mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit, indikator mutu unit pelayanan, indikator mutu pelayanan (misalnya, Pelayanan Anestesi Bedah), indikator mutu program (misalnya program nasional) dan indikator mutu nasional;
- c) Data hasil surveilen pencegahan dan pengendalian infeksi;
- d) Data dari pelaporan insiden keselamatan pasien;
- e) Data hasil monitoring kinerja staf klinis (bila monitoring kinerja menggunakan indikator mutu)
- f) Data hasil pengukuran budaya keselamatan
- g) Integrasi seluruh data diatas baik di tingkat rumah sakit dan unit kerja meliputi:
 - pengumpulan
 - pelaporan
 - analisis
 - validasi dan publikasi indikator mutu

Rumah sakit seyogyanya mempunyai sistem manajemen data secara elektronik sehingga memudahkan komite/tim PMKP dalam mengelola data tersebut.

Standar PMKP 3

RS mempunyai program pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk pimpinan rumah sakit dan semua staf yang terlibat dalam pengumpulan, analisis dan validasi data mutu

Maksud dan Tujuan PMKP 3

Dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit direktur termasuk Direksi RS dan para pimpinan rumah sakit termasuk Ketua Komite Medik dan Ketua Komite Keperawatan berperan dalam program peningkatan mutu rumah sakit dengan mendorong pemilihan, pengumpulan dan analisis data mutu serta mendorong pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien. Sejalan dengan hal tersebut, komite medik dan komite keperawatan perlu memahami konsep dan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, sehingga dapat melaksanakan perbaikan sesuai bidang tugasnya. Staf baik yang di unit kerja maupun yang di komite/tim PMKP bertugas dalam mengumpulkan data, menentukan jenis data, validasi dan analisis data memerlukan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan. Unit pelayanan melaporkan bila terjadi insiden keselamatan pasien. Staf klinis dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) terlibat dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien rumah sakit melalui pemberian asuhan pasien berdasarkan panduan praktik klinis sesuai ilmu dan teknologi terkini.

Oleh karena itu, pelatihan peningkatan mutu dan keselamatan pasien perlu direncanakan dan dilaksanakan sesuai dengan peran para pimpinan dan staf dalam program PMKP Rumah sakit mengidentifikasi dan menyediakan pelatih kompeten untuk pendidikan dan pelatihan ini. Yang dimaksud kompeten disini yaitu pelatih tersebut telah pernah mengikuti pelatihan/workshop peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai standar akreditasi terkini.

Standar PMKP 4

Komite/tim PMKP atau bentuk organisasi lain terlibat proses pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan melakukan koordinasi dan integrasi kegiatan pengukuran di seluruh unit di rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PMKP 4

Pemilihan indikator menjadi tanggungjawab pimpinan program. Standar TKRS 5 menjelaskan bagaimana rumah Sakit menetapkan mutu pelayanan klinis prioritas untuk diukur di tingkat rumah sakit, sedangkan standar TKRS 11 menjelaskan proses pemilihan indikator mutu ditingkat unit pelayanan. Pemilihan indikator di unit pelayanan klinis maupun manajemen dipilih berdasarkan prioritas di unit tersebut. Jika indikator mutu yang dipilih di suatu unit pelayanan sama dengan unit pelayanan lain atau beberapa unit pelayanan, maka diperlukan koordinasi dan integrasi dalam pengumpulan data. Integrasi semua sistem ukuran akan memberikan kesempatan adanya penyelesaian dan perbaikan terintegrasi (lihat TKRS 4).

Integrasi indikator oleh beberapa unit pelayanan bisa dilaksanakan di rumah sakit besar seperti kegiatan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit yang merupakan integrasi pelayanan farmasi, pencegahan pengendalian infeksi termasuk integrasi dengan indikator sasaran keselamatan pasien. Komite/Tim PMKP terlibat dalam pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit dan melakukan koordinasi dan integrasi pengukuran mutu di unit pelayanan serta melakukan

supervisi dalam proses pengumpulan data. Setiap indikator mutu baik indikator mutu nasional, indikator mutu pelayanan klinis prioritas dan indikator mutu unit agar dilengkapi dengan profil indikator atau gambaran singkat tentang indikator sebagai berikut:

- a. Judul Indikator
- b. Dasar pemikiran
- c. Dimensi Mutu
- d. Tujuan
- e. Definisi Operasional
- f. Jenis Indikator
- g. Numerator (Pembilang)
- h. Denominator (Penyebut)
- i. Target Pencapaian
- j. Kriteria inklusi dan eksklusi
- k. Formula
- l. Sumber data
- m. Frekuensi pengumpulan data
- n. Periode analisis
- o. Cara Pengumpulan Data
- p. Sampel
- q. Rencana Analisis
- r. Instrumen Pengambilan Data
- s. Penanggung jawab

Standar PMKP 5

Rumah sakit memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang akan dievaluasi dan ditetapkan indikator-indikator

Maksud dan Tujuan PMKP 5

Peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan tersedianya data. Penggunaan data secara efektif dapat dilakukan berdasarkan evidence-based praktik klinik dan evidence-based praktik manajemen.

Setiap tahun rumah sakit harus memilih fokus perbaikan, proses dan hasil praktik klinis dan manajemen mengacu pada misi rumah sakit, kebutuhan pasien dan jenis pelayanan. Pemilihan ini didasarkan pada proses yang berimplikasi risiko tinggi, diberikan dalam volume besar atau cenderung menimbulkan masalah. Fokus perbaikan praktik klinis melibatkan komite medis dan kelompok staf medis terkait. Direktur rumah sakit bersama-sama dengan para pimpinan/manajer pelayanan dan manajemen memilih dan menetapkan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas untuk dilakukan evaluasi. Pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas tersebut dilakukan dengan menggunakan indikator-indikator mutu sesuai kebutuhan, sebagai berikut :

- 1) Indikator mutu area klinik (IAK) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area pelayanan
- 2) Indikator mutu area manajemen (IAM) yaitu indikator mutu yang bersumber dari area manajemen
- 3) Indikator mutu Sasaran Keselamatan Pasien yaitu indikator mutu yang mengukur kepatuhan staf dalam penerapan sasaran keselamatan pasien dan budaya keselamatan

Indikator mutu yang sudah dipilih bila sudah tercapai terus menerus selama setahun, tidak bermanfaat untuk melakukan perbaikan, karena sudah tidak ada lagi yang perlu diperbaiki maka sebaiknya diganti dengan indikator mutu baru.

Standar PMKP 5.1

Dilakukan evaluasi proses pelaksanaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit untuk menunjang pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas.

Maksud dan Tujuan PMKP 5.1

Implementasi standar pelayanan kedokteran di rumah sakit berupa standar prosedur operasional yang disusun dalam bentuk panduan praktik klinis (PPK) yang dapat dilengkapi dengan alur klinik/clinical pathway (CP), protokol, algoritme, prosedur atau standing order.

Terkait dengan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas pada PMKP 5 di atas, maka Direktur RS bersama-sama dengan Pimpinan medis, Ketua Komite medis dan Kelompok Staf Medis terkait menetapkan paling sedikit 5 (lima) evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran berupa panduan praktik klinis (PPK) atau alur klinik/clinical pathway (CP) atau orotokol, algoritme, prosedur atau standing order yang dimonitor implementasinya oleh Komite Medik dan atau Sub Komite Mutu Profesi. Tujuan dari monitoring pelaksanaan evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran sebagai berikut:

- 1) Mendorong tercapainya standarisasi proses asuhan klinik
- 2) Mengurangi risiko dalam proses asuhan, terutama yang berkaitan asuhan kritis
- 3) Memanfaatkan sumber daya yang tersedia dengan efisien dalam memberikan asuhan klinik tepat waktu dan efektif
- 4) Memanfaatkan indikator prioritas sebagai indikator dalam penilaian kepatuhan penerapan alur klinis di area yang akan diperbaiki di tingkat rumah sakit
- 5) Secara konsisten menggunakan praktik berbasis bukti (*evidence based practices*) dalam memberikan asuhan bermutu tinggi

Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran tersebut dipergunakan untuk mengukur keberhasilan dan efisiensi peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit. Evaluasi prioritas standar pelayanan kedokteran dapat dilakukan melalui audit medis dan atau audit klinis, dan dapat menggunakan indikator mutu. Tujuan dari evaluasi adalah untuk menilai efektivitas penerapan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit sehingga dapat dibuktikan bahwa penggunaan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit telah mengurangi adanya variasi dari proses dan hasil serta berdampak terhadap efisiensi (kendali biaya) (TKRS 11.2). Indikator area klinis (IAK), indikator area manajemen (IAM) dan indikator sasaran keselamatan pasien (ISKP) dapat digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap kepatuhan standar pelayanan kedokteran di rumah sakit misalnya kepatuhan terhadap pemberian terapi, pemeriksaan penunjang dan lama hari rawat (LOS).

Contoh:

- Dalam PPK disebutkan bahwa tata laksana stroke non-hemoragik harus dilakukan secara multidisiplin dan dengan pemeriksaan serta intervensi dari hari ke hari dengan urutan tertentu. Karakteristik penyakit stroke non-hemoragik sesuai untuk dibuat alur klinis (clinical pathway/CP); sehingga perlu dibuat CP untuk stroke non-hemoragik.
- Dalam PPK disebutkan bahwa pada pasien gagal ginjal kronik perlu dilakukan hemodialisis. Uraian rinci tentang hemodialisis dimuat dalam protokol hemodialisis pada dokumen terpisah.

- Dalam PPK disebutkan bahwa pada anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal. Uraian pelaksanaan pungsi lumbal tidak dimuat dalam PPK melainkan dalam prosedur pungsi lumbal dalam dokumen terpisah.
- Dalam tata laksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rektal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat bila dokter tidak ada; ini diatur dalam standing order.

Standar PMKP 6

Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.

Maksud dan Tujuan PMKP 6

Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. TKRS. 5 menjelaskan bagaimana Pimpinan rumah sakit memutuskan area prioritas untuk pengukuran di seluruh rumah sakit, dan TKRS.11 menjelaskan proses pemilihan indikator untuk setiap unit pelayanan/unit kerja. Semua unit pelayanan baik klinis dan manajerial - memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit.

Di rumah sakit yang besar dapat diantisipasi adanya kemungkinan indikator yang serupa dipilih oleh beberapa unit pelayanan.

Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/kerja. Komite/Tim PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, reliable, sensitive dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: "effective, efficient, accessible, acceptable/patient-centred, equitable, and safe". Setelah pimpinan unit memilih indikator mutu unit maka Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya membantu menyusun profil indikatornya.

Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.

Dalam memilih indikator mutu, kepala unit kerja dan unit pelayanan agar memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Indikator mutu nasional, dimana sumber data ada di unit tersebut
- b) Prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu di prioritas pengukuran mutu rumah sakit. sumber data pasti dari unit dan menjadi indikator mutu unit.
- c) Fokus mengukur hal-hal yang ingin diperbaiki
- d) Melakukan koordinasi dengan komite medis, bila evaluasi penerapan panduan praktik klinis dan evaluasi kinerja dokter menggunakan indikator mutu
- e) Indikator mutu yang dipergunakan untuk melakukan evaluasi kontrak pelayanan klinis atau non klinis, bila sumber data ada di unit tersebut.

Komite/Tim PMKP agar memfasilitasi pemilihan indikator mutu unit kerja dan unit pelayanan. Sebagai contoh, unit pelayanan farmasi, pengendalian infeksi dan penyakit menular mungkin masing-masing memilih prioritas yang terkait dengan pengurangan penggunaan antibiotik di rumah sakit. Program mutu dan keselamatan pasien yang dijabarkan dalam standar standar PMKP ini mempunyai peran yang penting dalam membantu unit pelayanan untuk menyetujui pendekatan bersama terhadap pengukuran dan

memudahkan pengambil data untuk pengukuran yang ditetapkan. Setiap indikator yang sudah dipilih agar dilengkapi dengan profil indikator sebagaimana diatur di maksud dan tujuan di PMKP 5.

Standar PMKP 7

Pengumpulan data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit lebih baik.

Maksud dan Tujuan PMKP 7

Dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengumpulan data merupakan bagian penting dari penilaian kinerja untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen yang lebih baik. Profil rumah sakit dapat dilihat dari data yang terkumpul. Kumpulan data ini perlu di analisis dan dibandingkan dengan rumah sakit lain yang sejenis. Jadi, pengumpulan data merupakan bagian penting dari kegiatan meningkatkan perbaikan kinerja. Data yang dimaksud adalah sesuai dengan a) sampai dengan g) yang ada di maksud dan tujuan PMKP 2.1. Pengumpulan data dari manajemen risiko, manajemen sistem utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, dapat membantu rumah sakit memahami kinerja rumah sakit saat ini, apa yang masih menjadi masalah dan perlu dilakukan perbaikan. Bank data dari luar juga berharga untuk memonitor praktik profesional yang dijelaskan di KKS.11. Dengan berpartisipasi menggunakan bank data dari luar, rumah sakit dapat membandingkan dirinya sendiri dengan rumah sakit lain yang sama tingkatannya, di tingkat lokal, nasional dan internasional. Perbandingan adalah alat efektif untuk menemukan langkah-langkah perbaikan dan mencatat tingkat kinerjanya. Jaringan pelayanan kesehatan dan mereka yang membayar untuk pelayanan kesehatan sering membutuhkan informasi ini. Bank data dari luar banyak bentuknya mulai bank data asuransi sampai perkumpulan profesional dan bisa juga indikator-indikator mutu yang diwajibkan oleh pemerintah. Sesuai peraturan perundangan mungkin ada RS yang diharuskan ikut sebagai peserta bank data. Dalam semua kasus, keamanan dan kerahasiaan data dan informasi harus dijaga. Rumah sakit juga dapat membandingkan data dengan menggunakan SISMAK, yaitu dengan membandingkan data capaian propinsi atau nasional. Berdasarkan hal tersebut di atas rumah sakit agar mempunyai regulasi tentang

- a) sistem manajemen data yang meliputi pengumpulan, pelaporan, analisis, feedback dan publikasi data (PMKP 2.1)
- b) Menetapkan data-data yang akan dibandingkan dengan rumah sakit lain atau menggunakan database eksternal
- c) Menjamin keamanan dan kerahasiaan data dalam berkontribusi dengan database eksternal.

Standar PMKP 7.1

Analisis data merupakan salah satu kegiatan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien untuk mendukung asuhan pasien dan manajemen rumah sakit

Maksud dan Tujuan PMKP 7.1

Untuk mencapai kesimpulan dan membuat keputusan, data harus dikumpulkan, dianalisis dan diubah menjadi informasi yang berguna. Analisis data melibatkan individu dalam Komite/Tim PMKP yang memahami manajemen informasi, mempunyai keterampilan dalam metode-metode pengumpulan data, dan mengetahui cara menggunakan berbagai alat statistik. Hasil analisis data harus dilaporkan kepada para pimpinan yang bertanggung jawab akan proses atau hasil yang diukur dan yang mampu

menindaklanjuti. Dengan demikian, data menyediakan masukan berkesinambungan yang membantu individu tersebut mengambil keputusan dan terus-menerus memperbaiki proses klinis dan manajerial. Pengertian terhadap teknik statistik dapat berguna dalam proses analisa data, khususnya dalam menafsirkan variasi dan memutuskan area yang paling membutuhkan perbaikan. Run charts, diagram kontrol (control charts), histogram, dan diagram Pareto adalah contoh dari metode statistik yang sangat berguna dalam memahami pola dan variasi dalam pelayanan kesehatan. Program mutu berpartisipasi dalam menetapkan seberapa sering data harus dikumpulkan dan dianalisis. Frekuensi dari proses ini bergantung dari kegiatan program tersebut dan area yang diukur serta frekuensi pengukuran. Sebagai contoh, pemeriksaan data mutu dari laboratorium klinis mungkin dianalisis setiap minggu untuk mematuhi peraturan perundangan-undangan, dan data tentang pasien jatuh mungkin dianalisis setiap bulan apabila jatuhnya pasien jarang terjadi. Maka, pengumpulan data pada titik-titik waktu tertentu akan memungkinkan rumah sakit untuk menilai stabilitas dari proses tertentu ataupun menilai dapat diprediksinya hasil tertentu terkait dengan ekspektasi yang ada.

Oleh karena itu, rumah sakit agar menyusun regulasi analisis data yang meliputi:

a) Penggunaan statistik dalam melakukan analisis data

b) Analisis yang harus dilakukan yaitu

- Membandingkan data di rumah sakit dari waktu ke waktu data (analisis trend), misalnya dari bulanan ke bulan, dari tahun ke tahun. Perlu diperhatikan dalam melakukan analisa tren, data atau titik yang ada di gambar grafik minimal 5-6 titik, bila di gambar grafik baru ada 3 titik data maka dapat diartikan analisa tren belum dilakukan.
- Membandingkan dengan rumah sakit lain, bila mungkin yang sejenis, seperti melalui database eksternal baik nasional maupun internasional
- Membandingkan dengan standar-standar, seperti yang ditentukan oleh badan akreditasi atau organisasi profesional ataupun standar-standar yang ditentukan oleh peraturan perundang-undangan
- Membandingkan dengan praktik-praktik yang diinginkan yang dalam literatur digolongkan sebagai best practice (praktik terbaik) atau better practice (praktik yang lebih baik) atau practice guidelines (panduan praktik klinik)

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

GAMBARAN UMUM

Tujuan pengorganisasian program PPI adalah mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan di antara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, dan pengunjung.

Risiko infeksi dan kegiatan program dapat berbeda dari satu rumah sakit ke rumah sakit lainnya bergantung pada kegiatan klinis dan pelayanan rumah sakit, populasi pasien yang dilayani, lokasi geografi, jumlah pasien, serta jumlah pegawai.

Program PPI akan efektif apabila mempunyai pimpinan yang ditetapkan, pelatihan dan pendidikan staf yang baik, metode untuk mengidentifikasi serta proaktif pada tempatberisiko infeksi, regulasi yang memadai, juga melakukan koordinasi ke seluruh rumah sakit.

Fokus area pada bab Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah:

- Kepemimpinan dan tata kelola
- Sumber daya
- Tujuan Program PPI
- Peralatan medis dan alat kesehatan habis pakai
- Limbah infeksius
- Pelayanan Makanan
- Risiko konstruksi
- Transmisi infeksi
- Peningkatan mutu dan program edukasi

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN KEPEMIMPINAN DAN TATA KELOLA

Standar PPI 1

Ditetapkan Komite atau Tim PPI untuk melakukan koordinasi semua kegiatan PPI yang melibatkan pemimpin rumah sakit, staf klinis dan non klinis sesuai dengan ukuran, serta kompleksitas rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PPI 1

Kegiatan PPI menjangkau ke dalam setiap unit di rumah sakit dan melibatkan staf klinis dan non klinis di berbagai unit kerja antara lain departemen klinik, fasilitas pemeliharaan, dapur, kerumah tanggaan, laboratorium, farmasi, unit sterilisasi. Rumah sakit menetapkan mekanisme untuk mengatur koordinasi kegiatan PPI.

Sesuai dengan peraturan perundang-undangan, pimpinan rumah sakit membentuk organisasi pengelola kegiatan PPI di rumah sakit dan menetapkan tanggung jawab dan tugas meliputi:

- 1) menetapkan definisi infeksi terkait layanan kesehatan;
- 2) metode pengumpulan data (surveilans);
- 3) membuat strategi/program menangani risiko PPI;
- 4) melaksanakan manajemen risiko pencegahan dan pengendalian infeksi
- 5) melaksanakan supervise
- 6) proses pelaporan

Organisasi tersebut dapat berbentuk komite atau tim PPI sesuai peraturan perundang undangan.

Organisasi tersebut harus mampu melakukan koordinasi termasuk komunikasi dengan semua pihak di rumah sakit untuk memastikan program berjalan efektif dan berkesinambungan.

Didalam organisasi tersebut, pemimpin rumah sakit, staf klinis dan non klinis terwakili dan terlibat dalam kegiatan PPI. Tergantung dari besar kecilnya ukuran rumah sakit dan kompleksitas layanan maka tenaga lain juga dapat terlibat sesuai peraturan perundang-undangan.

Koordinasi antara ketua organisasi dengan Perawat PPI/1PCN, dilakukan secara terstruktur dalam pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi antara lain untuk menetapkan:

- a. angka infeksi yang akan diukur (surveilans); dan
- b. sistem pelaporan Perawat PPI/1PCN ke ketua organisasi PPI yang akan dibahas diorganisasi dengan melibatkan semua anggota untuk mendapatkan hasil yang akurat.

Standar PPI 2

Ditetapkan perawat PPI/ IPCN (Infection Prevention and Control nurse) yang memiliki kompetensi untuk mengawasi serta supervisi semua kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi.

Maksud dan Tujuan PPI 2

Tujuan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) adalah untuk mengidentifikasi dan menurunkan risiko terkena penularan infeksi diantara pasien, staf klinis dan non klinis, pekerja kontrak, petugas sukarela, mahasiswa dan pengunjung

Program PPI tergantung pada risiko infeksi yang dihadapi masing-masing rumah sakit, yang mungkin berbeda antara satu rumah sakit dengan rumah sakit lainnya, tergantung kegiatan klinik dan layanan yang ada, populasi pasien yang dilayani, lokasi, jumlah pasien dan jumlah pegawai. Jadi pengawasan program PPI berkaitan dengan besar kecilnya rumah sakit, kompleksitas kegiatan, tingkat risiko, dan cakupan program.

Rumah sakit menetapkan satu orang atau lebih Perawat PPI/1PCN adalah staf perawat yang bekerja penuh waktu sesuai ketentuan. Kualifikasi perawat tersebut sudah sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

SUMBER DAYA

Standar PPI 3

Rumah sakit mempunyai perawat penghubung PPI/IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse) yang jumlah dan kualifikasinya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PPI 3

Dalam melaksanakan program PPI dibutuhkan tenaga agar sasaran program dapat tercapai. Jumlah tenaga yang dibutuhkan tergantung dari ukuran RS, kompleksitas kegiatan, tingkat risiko, cakupan program.

Dalam bekerja Perawat PPI/IPCN dapat dibantu beberapa Perawat Penghubung/IPCLN (Infection Prevention and Control Link Nurse) dari tiap unit, terutama yang berisiko terjadinya Infeksi.

Perawat penghubung PPI/IPCLN sebagai perawat pelaksana harian/penghubung bertugas:

- a) mencatat data surveilans dari setiap pasien di unit rawat inap masing-masing;
- b) memberikan motivasi dan mengingatkan pelaksanaan kepatuhan PPI pada setiap personil ruangan di unitnya masing-masing;
- c) memonitor kepatuhan petugas kesehatan yang lain dalam penerapan kewaspadaan isolasi;
- d) memberitahukan kepada IPCN apabila ada kecurigaan HAIs pada pasien;
- e) bila terdapat infeksi potensial KLB melakukan penyuluhan bagi pengunjung dan konsultasi prosedur PPI, serta berkoordinasi dengan IPCN;
- f) memantau pelaksanaan penyuluhan bagi pasien, keluarga dan pengunjung, serta konsultasi prosedur yang harus dilaksanakan.

Standar PPI 4

Pimpinan rumah sakit menyediakan sumber daya untuk mendukung pelaksanaan program PPI.

Maksud dan Tujuan PPI 4

Untuk melaksanakan program PPI, diperlukan sumber daya yang memadai. Sumber daya tersebut meliputi: tenaga, anggaran, fasilitas dan sumber informasi/referensi yang diperlukan.

Untuk menerapkan program pencegahan dan pengendalian infeksi diperlukan anggaran, karena itu rumah sakit perlu menyediakan anggaran yang antara lain meliputi anggaran untuk pengadaan disinfektan, misalnya untuk handrub, anggaran pelatihan PPI (dasar maupun lanjutan) yang dilaksanakan internal maupun di luar rumah sakit. Selain itu anggaran juga diperlukan untuk pemeriksaan kuman/kultur, pengadaan alat pelindung diri dan lainnya sesuai dengan kebutuhan. Rumah sakit menjamin tersedianya anggaran yang cukup untuk melaksanakan program PPI dengan efektif.

Adanya sistem informasi akan sangat mendukung kegiatan PPI rumah sakit. Sistem manajemen informasi merupakan sumber daya penting untuk mendukung pengumpulan data dan analisis untuk mengetahui tingkat risiko dan kecenderungan infeksi terkait dengan layanan kesehatan. Data dan informasi program PPI diintegrasikan dengan program peningkatan mutu rumah sakit

Pencegahan dan pengendalian infeksi terus berkembang sejalan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran dan kesehatan, karena itu rumah sakit diharapkan selalumencari informasi perkembangan ilmu dan teknologi serta peraturan perundangan terkait dengan program pencegahan dan pengendalian infeksi. Sumber informasi dan referensi diperlukan dalam melaksanakan surveilans dapat secara efektif dan melakukan pengawasan terhadap kegiatan PPI.

Sumber informasi dan referensi dapat diperoleh dari sumber nasional maupun internasional, misalnya tentang ilmu pengetahuan terkini dapat diperoleh dari sumber nasional maupun internasional yang dapat diperoleh dari :

- a) United States Centers for Disease Control and Prevention (USCDC);
- b) World Health Organization (WHO) dan organisasi lain yang dapat memberikan informasi "evidence based practice and guidelines";
- c) Asia Pacific Society Of Infection Control (APSID)
- d) Berbagai publikasi serta penetapan standar oleh organisasi profesi bidang kesehatan lingkungan dan kebersihan rumah sakit;
- e) Pedoman dari pemerintah yang memuat praktik pencegahan infeksi terkait dengan layanan klinis dan layanan penunjang;
- f) Peraturan perundang-undangan terutama yang berkaitan dengan ledakan (outbreak) penyakit infeksi
- g) Ketentuan pelaporan lainnya.

TUJUAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

Standar PPI 5

Rumah sakit mempunyai program PPI dan kesehatan kerja secara menyeluruh untuk mengurangi risiko tertular infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pada pasien, staf klinis, dan nonklinis.

Maksud dan Tujuan PPI 5

Program PPI efektif jika program dilaksanakan secara komprehensif meliputi seluruh unit maupun individu yang berada di rumah sakit. Program PPI juga mencakup upaya kesehatan kerja, melakukan identifikasi dan menangani masalah - masalah infeksi yang sangat penting bagi rumah sakit dari segi epidemiologik. Program PPI juga membutuhkan berbagai strategi yang mencakup semua tingkat unit atau layanan berdasar ukuran rumah sakit, lokasigeografik, layanan dan pasien.

Program PPI antara lain meliputi

- a) Kebersihan tangan
- b) Kebersihan lingkungan rumah sakit
- c) surveilans risiko infeksi
- d) investigasi wabah (outbreak) penyakit infeksi
- e) meningkatkan pengawasan terhadap penggunaan antimikroba secara aman;
- f) asesmen berkala terhadap risiko dan analisis risiko, serta menyusun risk register
- g) menetapkan sasaran penurunan risiko (lihat juga AP 5.3)
- h) mengukur tingkat infeksi dan me-review risiko infeksi.
- i) Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPI

Mengingat Program PPI juga mencakup upaya kesehatan kerja maka rumah sakit perlu mempunyai program kesehatan dan keselamatan staf. Program kesehatan dan keselamatan staf yang terkait dengan PPI adalah

- 1) Identifikasi risiko staf terpapar atau tertular berdasarkan epidemiology penyakit pasien di rumah sakit
- 2) Penggunaan alat pelindung diri (APD)
- 3) Skrining awal pada waktu rekrutmen dan Pemeriksaan Kesehatan berkala
- 4) Imunisasi/vaksinasi
- 5) Pencegahan dan pelaporan cedera jarum suntik dan pajanan bahan infeksius
- 6) Pengobatan dan konseling

Standar PPI 6

Program surveilans rumah sakit menggunakan pendekatan berdasar atas risiko dalam menetapkan fokus program terkait dengan pelayanan kesehatan.

Maksud dan Tujuan PPI 6, PPI 6.1 dan PPI 6.2

Rumah sakit harus mengidentifikasi infeksi yang penting secara epidemiologis, tempat/lokasi infeksi dan perangkat, prosedur, dan praktik terkait yang akan memberikan fokus upaya untuk mencegah dan mengurangi risiko dan kejadian infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Pendekatan berbasis risiko membantu rumah sakit mengidentifikasi praktik-praktik dan infeksi yang menjadi fokus program mereka. Pendekatan berbasis risiko menggunakan pengawasan sebagai komponen penting untuk mengumpulkan dan menganalisis data yang memandu penilaian risiko.

Rumah sakit mengumpulkan dan mengevaluasi data infeksi yang relevan dengan risiko infeksi akibat tindakan dan infeksi yang penting secara epidemiologis di rumah sakit, meliputi:

- a) Saluran pernapasan, seperti prosedur dan tindakan terkait intubasi, bantuan ventilasi mekanik, trakeostomi, dan lain lain
- b) Saluran kencing, seperti pada kateter, pembilasan urine, dan lain lain
- c) Alat invasive intravaskuler, saluran vena verifer, saluran vena central, dan lain lain
- d) Lokasi operasi, perawatan, pembalutan luka, prosedur aseptik, dan lain lain
- e) Penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologik, seperti multi drug resistant organism, infeksi yang virulen
- f) Timbulnya infeksi baru atau timbul kembalinya infeksi di masyarakat.

Sebagai tambahan, penggunaan ilmu pengetahuan terkait dengan pengendalian infeksi melalui strategi seperti penggunaan panduan praktik klinis (lihat juga TKRS 11.2), penerapan program pengendalian resistensi antimikroba (lihat juga Prognas sasaran ke IV), penerapan program pengurangan infeksi rumah sakit dan masyarakat, dan inisiatif untuk mengurangi penggunaan alat invasif yang tidak perlu dapat secara signifikan mengurangi tingkat infeksi.

Proses pencegahan dan pengendalian infeksi dirancang untuk menurunkan risiko infeksi bagi pasien, staf, dan lainnya. Untuk mencapai tujuan ini, rumah sakit harus secara proaktif mengidentifikasi risiko infeksi, mengukur angka infeksi, dan tren infeksi terkait pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit menggunakan informasi pengukuran/indikator untuk meningkatkan pencegahan dan pengendalian infeksi dan untuk mengurangi tingkat infeksi terkait pelayanan kesehatan ke tingkat serendah mungkin. Sebuah rumah sakit dapat menggunakan data pengukuran/indikator dan informasi terbaik dengan

memahami tingkat dan tren di rumah sakit lain yang serupa dan berkontribusi data ke database terkait infeksi. (lihat juga PMKP 7.1 EP 4; MIRM 4 EP 2).

Analisis data kejadian infeksi meliputi:

- 1) Analisis kecenderungan infeksi di rumah sakit
- 2) Analisis tingkat infeksi dibandingkan dengan standar/praktik terbaik
- 3) Analisa kejadian infeksi sebagai kejadian tidak diharapkan (KTD) rumah sakit

Selain melakukan analisis data kejadian infeksi, rumah sakit melaksanakan manajemen terdiri dari asesmen risiko infeksi (ICRA HAIS) yaitu identifikasi, analisis dan evaluasi risiko infeksi. Rumah sakit secara proaktif, setiap tahun agar membuat risk register yang infeksi dan pengendalian risiko infeksi.

Standar PPI 6.1

Rumah sakit menelusuri tingkat infeksi, kejadian infeksi, dan kecenderungan dari infeksi terkait layanan kesehatan serta melakukan upaya menurunkan angka infeksi tersebut.

Standar PPI 6.2

Rumah sakit secara proaktif melakukan asesmen risiko infeksi yang dapat terjadi dan menyusun strategi untuk menurunkan risiko infeksi tersebut.

PERALATAN MEDIS DAN ALAT KESEHATAN HABIS PAKAI

Standar PP 7

Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan proses asuhan invasif yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

Maksud dan tujuan PPI 7 dan PPI 7.1

Rumah sakit melakukan asesmen dan memberi asuhan kepada pasien dengan menggunakan banyak proses sederhana maupun kompleks, masing masing dengan tingkatan risiko infeksi terhadap pasien dan staf, misalnya pencampuran obat suntik, pemberian suntikan, terapi cairan, lumbal punksi dan lain sebagainya. Dalam hal ini sangat penting mengukur dan mengkaji proses tersebut dan melaksanakan regulasi, pelatihan, edukasi, kegiatan berdasar bukti pelaksanaan yang telah dirancang untuk menurunkan risiko infeksi (lihat juga ARK 6).

Rumah sakit juga melakukan manajemen risiko terhadap kegiatan penunjang di rumah sakit yang harus mengikuti prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta melaksanakan strategi untuk menurunkan risiko infeksi, namun tidak terbatas pada:

- a) sterilisasi alat;
- b) pengelolaan linen/londri;
- c) pengelolaan sampah;
- d) penyediaan makanan;
- e) kamar jenazah.

Standar PPI 7.1

Rumah sakit melaksanakan identifikasi prosedur dan kegiatan penunjang pelayanan yang berisiko infeksi serta menerapkan strategi untuk menurunkan risiko infeksi.

Standar PPI 7.2

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi dengan melakukan pembersihan dan sterilisasi peralatan dengan baik serta mengelola dengan benar.

Maksud dan Tujuan PPI 7.2 dan PPI 7.2.1

Risiko infeksi dapat ditekan melalui kegiatan dekontaminasi, pre-cleaning, cleaning, disinfeksi, dan sterilisasi. Pembersihan alat kesehatan dilaksanakan sesuai peraturan perundangan-undangan meliputi

- kritikal, untuk alat kesehatan yang digunakan untuk jaringan steril atau sistem darah dengan menggunakan teknik sterilisasi seperti instrumen operasi
- semi kritikal, berkaitan dengan mukosa dengan menggunakan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) seperti naso gastric tube (NGT) dan alat endoskopi
- non kritikal, untuk peralatan yang digunakan pada permukaan tubuh dengan menggunakan disinfeksi tingkat rendah seperti tensi meter dan termometer

Rumah sakit agar membuat regulasi tentang pembersihan alat kesehatan yang meliputi untuk:

- 1) alat yang kritikal yaitu sterilisasi
- 2) semi kritikal yaitu dengan disinfeksi tingkat tinggi
- 3) non kritikal yaitu dengan disinfeksi tingkat rendah.

Rumah sakit mempunyai kewajiban memiliki pusat sterilisasi sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi serta peraturan perundangan, namun untuk disinfeksi khususnya disinfeksi tingkat rendah, tidak mungkin seluruhnya dilaksanakan di pusat sterilisasi. Karena itu kepala unit sterilisasi agar melakukan koordinasi pelaksanaan sterilisasi (bila masih ada yang diluar pusat sterilisasi) dan pelaksanaan disinfeksi yang tidak dimungkinkan semuanya dilakukan di pusat sterilisasi sehingga semua pelaksanaan sterilisasi, desinfeksi tingkat tinggi dan desinfeksi tingkat rendah seragam di seluruh area rumah sakit.

Bahan medis habis pakai (BMHP) yang steril seperti kateter, benang, dan sebagainya ditentukan tanggal habis pakainya. Jika waktu habis pakainya sudah lewat, produsen barang tidak menjamin sterilitas, keamanan atau stabilitasnya. Beberapa bahan medis habis pakai berisi pernyataan bahwa barang tetap steril sepanjang kemasan masih utuh tidak terbuka.

Rumah sakit menetapkan ketentuan tentang penggunaan kembali alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional, termasuk penetapan proses untuk mengelola meliputi :

- a) alat dan material yang dapat dipakai kembali;
- b) jumlah maksimum pemakaian ulang dari setiap alat secara spesifik;
- c) identifikasi kerusakan akibat pemakaian dan keretakan yang menandakan alat tidak dapat dipakai;
- d) proses pembersihan setiap alat yang segera dilakukan sesudah pemakaian dan mengikuti protokol yang jelas;

- e) pencantuman identifikasi pasien pada bahan medis habis pakai untuk hemodialisis
- f) pencatatan bahan medis habis pakai yang reuse di rekam medis;
- g) evaluasi untuk menurunkan risiko infeksi bahan medis habis pakai yang di-reuse.

Ada 2 (dua) risiko jika menggunakan lagi (reuse) alat sekali pakai. Terdapat risiko tinggi terkena infeksi dan juga terdapat risiko kinerja alat tidak cukup atau tidak dapat terjamin sterilitas serta fungsinya.

Standar PPI 7.2.1

Rumah sakit mengidentifikasi dan menerapkan proses untuk mengelola perbekalan farmasi habis pakai (supplies) yang sudah kadaluwarsa dan penggunaan ulang peralatan sekali-pakai apabila diizinkan oleh peraturan perundang-undangan.

Standar PPI 7.3

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada pengelolaan linen/londri dengan benar sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan PPI 7.3 dan PPI 7.3.1

Rumah sakit memiliki unit pengelola linen/londri yang menyelenggarakan penatalaksanaan sesuai peraturan perundang-undangan. Penatalaksanaan linen kotor dan linen terkontaminasi yang sudah digunakan harus dilakukan dengan benar dan mencakup penggunaan perlengkapan alat pelindung diri (APD) sesuai prinsip-prinsip PPI.

Petugas yang menangani linen kotor dan linen terkontaminasi harus menggunakan alat pelindung diri (APD) sesuai peraturan perundang-undangan.

Standar PPI 7.3.1

Pengelolaan linen/londri dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI).

LIMBAH INFEKSIUS

Standar PPI 7.4

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi melalui pengelolaan limbah infeksius dengan benar.

Maksud dan Tujuan PPI 7.4 dan PPI 7.4.1:

Setiap hari rumah sakit banyak menghasilkan limbah, termasuk limbah infeksius. Pembuangan limbah infeksius dengan tidak benar dapat menimbulkan risiko infeksi di rumah sakit (lihat juga AP.5.3.1, MFK.5 dan MFK 5.1). Hal ini nyata terjadi pada pembuangan cairan tubuh dan material terkontaminasi dengan cairan tubuh, pembuangan darah dan komponen darah serta pembuangan limbah dari daerah kamar mayat dan kamar bedah mayat (post mortem) (lihat juga AP.5.3.1). Pemerintah mempunyai regulasi terkait dengan penanganan limbah infeksius dan limbah cair, rumah sakit diharapkan melaksanakan ketentuan tersebut sehingga dapat mengurangi risiko infeksi di rumah sakit.

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan risiko infeksi melalui kegiatan sebagai berikut:

- a) pengelolaan limbah cairan tubuh infeksius;
- b) penanganan dan pembuangan darah serta komponen darah;
- c) pemulasaraan jenazah dan bedah mayat;
- d) pengelolaan limbah cair;
- e) pelaporan pajanan limbah infeksius.

Standar PPI 7.5

Rumah sakit menetapkan pengelolaan limbah benda tajam dan jarum secara aman.

Maksud dan Tujuan PPI 7.5

Salah satu bahaya luka karena tertusuk jarum suntik adalah terjadi penularan penyakit melalui darah (blood borne diseases) Pengelolaan limbah benda tajam dan jarum yang tidak benar merupakan kekhawatiran staf terhadap keamanannya. Kebiasaan bekerja sangat mempengaruhi timbulnya risiko menderita luka dan kemungkinan terpapar penyakit secara potensial.

Identifikasi dan melaksanakan kegiatan praktek beradasar bukti sah (evidence based) menurunkan risiko luka karena tertusuk jarum dan benda tajam. Rumah sakit perlu mengadakan edukasi kepada staf bagaimana mengelola dengan aman benda tajam dan jarum. Pembuangan yang benar adalah dengan menggunakan wadah menyimpan khusus (safety box) yang dapat ditutup, anti tertusuk, anti bocor baik di dasar maupun di sisi nya sesuai peraturan perundangan. Wadah ini harus tersedia dan mudah dipergunakan oleh staf dan wadah tersebut tidak boleh terisi terlalu penuh. Pembuangan jarum yang tidak terpakai, pisau bedah (scalpel) dan limbah benda tajam lainnya, jika tidak dilakukan dengan benar akan berisiko terhadap kesehatan pada masyarakat umumnya dan terutama pada mereka yang bekerja di pengelolaan sampah. Pembuangan wadah berisi limbah benda tajam dilaut, misalnya, akan menyebabkan adanya risiko pada masyarakat karenawadah dapat rusak atau terbuka.

Rumah sakit menetapkan regulasi yang memadai mencakup:

- a) semua tahapan proses termasuk identifikasi jenis dan penggunaan wadah secara tepat, pembuangan wadah, dan surveilans psemi kritikal yaitu dengan disinfeksi tingkat tinggi proses pembuangan (lihat juga ARK 6);
- b) laporan tertusuk jarum dan benda tajam.

PELAYANAN MAKANAN

Standar PPI 7.6

Rumah sakit mengurangi risiko infeksi terkait penyelenggaraan pelayanan makanan.

Maksud dan Tujuan PPI 7.6

Penyimpanan dan persiapan makanan dapat menimbulkan penyakit, seperti keracunan makanan atau infeksi makanan. Penyakit yang berhubungan dengan makanan dapat sangat berbahaya bahkan mengancam jiwa pada pasien yang kondisi tubuhnya sudah lemah karena penyakit atau cedera.

Rumah sakit harus memberikan makanan dan produk nutrisi dengan aman dengan melakukan penyimpanan dan persiapan makanan pada suhu tertentu yang dapat mencegah berkembangnya bakteri.

Kontaminasi silang, terutama dari makanan mentah ke makanan yang sudah dimasak, adalah salah satu sumber infeksi makanan. Kontaminasi silang dapat juga disebabkan oleh tangan yang terkontaminasi, permukaan meja, papan alas untuk memotong makanan, ataupun kain yang digunakan untuk mengelap permukaan meja atau mengeringkan piring. Selain itu, permukaan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; alat makan, perlengkapan masak, panci, dan wajan yang digunakan untuk menyiapkan makanan; dan juga nampan, piring, serta alat makan yang digunakan untuk menyajikan makanan juga dapat menimbulkan risiko infeksi apabila tidak dibersihkan dan disanitasi secara tepat.

Bangunan dapur harus sesuai dengan ketentuan yang meliputi alur mulai bahan makanan masuk sampai makanan jadi keluar, tempat penyimpanan bahan makanan kering dan basah dengan temperature yang dipersyaratkan, tempat persiapan pengolahan, tempat pengolahan, pembagian dan distribusi sesuai peraturan dan perundangan termasuk kebersihan lantai.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka Rumah Sakit agar menetapkan regulasi yang meliputi

- a) pelayanan makanan di rumah sakit mulai dari pengelolaan bahan makanan (perencanaan bahan makanan, pengadaan, psemi kritikal yaitu dengan disinfeksi tingkat tinggi penyimpanan, pengolahan, pemorsian, distribusi), sanitas dapur, makanan, alat masak, serta alat makan untuk mengurangi risiko infeksi dan kontaminasi silang;
- b) standar bangunan, fasilitas dapur, dan pantry sesuai dengan peraturan perundangan termasuk bila makanan diambil dari sumber lain di luar rumah sakit.

RISIKO KONSTRUKSI

Standar PPI 7.7

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada fasilitas yang terkait dengan pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls)

Maksud dan Tujuan PPI 7.7 dan PPI 7.7.1

Pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) seperti sistem ventilasi bertekanan positif, biological safety cabinet, laminary airflow hood, thermostat di lemari pendingin, pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur adalah contoh peran penting standar pengendalian lingkungan harus diterapkan agar dapat diciptakan sanitasi yang baik yang selanjutnya mengurangi risiko infeksi di RS.

Pembongkaran, konstruksi, renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit, dapat merupakan sumber infeksi. Pemaparan terhadap debu dan kotoran konstruksi, kebisingan, getaran, kotoran dan bahaya lain dapat merupakan bahaya potensial terhadap fungsi paru-paru dan terhadap keamanan staf serta pengunjung. Rumah sakit menggunakan kriteria risiko untuk menangani dampak renovasi dan pembangunan gedung baru, terhadap persyaratan mutu udara, pencegahan dan pengendalian infeksi, standar peralatan, syarat kebisingan, getaran dan prosedur darurat (lihat juga, MFK.4)

Untuk menurunkan risiko infeksi maka rumah sakit perlu mempunyai regulasi tentang penilaian risiko pengendalian infeksi (infection control risk assessment/ICRA) untuk pembongkaran, konstruksi, serta renovasi gedung di area mana saja di rumah sakit yang meliputi:

- 1) identifikasi tipe/jenis konstruksi kegiatan proyek dengan kriteria;
- 2) identifikasi kelompok risiko pasien
- 3) matrix pengendalian infeksi antara kelompok risiko pasien dengan type konstruksi | kegiatan
- 4) proyek untuk menetapkan kelas/tingkat infeksi
- 5) tindak pengendalian infeksi berdasarkan tingkat/kelas infeksi
- 6) monitoring pelaksanaan

Rumah sakit juga perlu mempunyai regulasi pengendalian mekanis dan teknis (mechanical dan engineering controls) fasilitas yang antara lain meliputi:

- a) sistem ventilasi bertekanan positif;
- b) biological safety cabinet;
- c) laminary airflow hood;
- d) termostat di lemari pendingin;
- e) pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur.

Standar PPI 7.7.1

Rumah sakit menurunkan risiko infeksi pada saat melakukan pembongkaran, konstruksi, dan renovasi gedung

TRANSMISI INFEKSI

Standar PPI 8

Rumah sakit melindungi pasien, pengunjung, dan staf dari penyakit menular serta melindungi pasien yang mengalami imunitas rendah (immunocompromised) dari infeksi yang rentan mereka alami.

Maksud dan Tujuan PPI 8, PPI 8.1, PPI 8.2 dan PPI 8.3

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang isolasi dan pemberian penghalang pengaman serta menyediakan fasilitasnya. Regulasi ditetapkan berdasarkan bagaimana penyakit menular dan cara menangani pasien infeksius atau pasien immuno suppressed. Regulasi isolasi juga memberikan perlindungan kepada staf dan pengunjung serta lingkungan pasien (Lihat juga, PAP.3).

Karena itu rumah sakit perlu menetapkan regulasi sebagai berikut:

- 1) Pasien dengan penyakit infeksi airborne
 - Penyediaan ruangan isolasi tekanan negatif dengan ventilasi mekanis atau alami
 - Penempatan pasien di unit-unit pelayanan rumah sakit termasuk di unit gawat darurat
 - Penanganan dan transfer pasien dengan penyakit infeksi airborne mulai pasien masuk rumah sakit sampai pasien pulang, meninggal atau dirujuk ke luar rumah sakit (Lihat juga PAP 3.5 EP 1, 2, 3), misalnya untuk pasien Tb
 - Prosedur kunjungan pasien
- 2) Penyediaan ruangan dan penempatan pasien yang immunosupresi yaitu suatu kondisi pasien dimana terjadi penurunan reaksi pembentukan zat kebal tubuh atau antibodi akibat kerusakan organ limfoid. Dengan adanya penurunan jumlah antibodi dalam tubuh, maka penyakit-penyakit akan lebih leluasa masuk dan menginfeksi bagian tubuh
- 3) Penanganan pasien penyakit airborne bila terjadi ledakan (wabah) yang meliputi : penyediaan ruangan dan penempatan pasien, transfer antar unit dan keluar rumah sakit, edukasi staf tentang pengelolaan pasien penyakit infeksi airborne bila terjadi outbreak
- 4) Supervisi dan monitoring oleh IPCN

Regulasi tersebut diatas sangat diperlukan mengingat kewaspadaan terhadap udara penting untuk mencegah penularan bakteri infeksius yang dapat bertahan lama di udara.

Pasien dengan infeksi airborne ditempatkan di *airborne infection isolation room* (AIIR) yang biasa disebut ruangan tekanan negatif yaitu ruang perawatan pasien yang dirancang untuk mengisolasi patogen yang ada di udara, ruangan diupayakan atau dirancang dengan ventilasi yang baik dengan pembuangan udara terkontaminasi yang efektif, menurunkan konsentrasi droplet nuklei infeksius sehingga dapat mengurangi risiko infeksi. Selain itu, exhaust dari ruangan tersebut juga tidak di resirkulasi dalam sistem HVAC (*Heating, Ventilation dan Air Conditioning*). Kualitas ventilasi ini merupakan salah satu faktor utamayang menentukan risiko pajanan di ruangan isolasi. Pertukaran udara di ruangan isolasi tersebut ≥ 12 per jam (ACH). Arah aliran udara yang diharapkan, dapat dicapai dengan ventilasi alami atau mekanis.

Ketika ada wabah penyakit menular melalui udara dengan sejumlah besar pasien yang menular, namun ruang isolasi infeksi airborne yang diperlukan tidak tersedia atau tidak cukup jumlahnya dan rumah sakit tidak mungkin dapat membangun segera ruang tekanan negatif maka rumah sakit dapat membangun ruang isolasi tekanan negatif sementara (*temporary negative pressure infection/TNPI*). Dua sistem yang paling efektif untuk menciptakan TNPI melibatkan penggunaan sistem penyaringan udara partikulat

efisiensi tinggi (HEPA) yang membuang udara ke luar atau membuang udara ke sistem udara kembali. Penggunaan TNPI mengikuti pedoman yang berlaku dan harus mematuhi semua ketentuan dan peraturan-perundangan. Rumah sakit memiliki regulasi yang tentang bagaimana mengelola pasien dengan infeksi airborne untuk waktu singkat ketika ruang tekanan negatif tidak tersedia serta ketika ada gelombang besar/wabah pasien dengan infeksi menular. Pembersihan ruangan yang benar selama pasien tinggal di rumah sakit dan pembersihan kamar setelah pasien keluar rumah sakit dilakukan sesuai prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

Kewaspadaan isolasi menciptakan hambatan antara manusia dan kuman, oleh karena itu pengunjung pasien yang dirawat di ruang isolasi dan juga staf yang memasuki ruang/kamar isolasi sebaiknya dibatasi.

Standar PPI 8.1

Rumah sakit menetapkan penempatan pasien dan proses transfer pasien dengan *airborne diseases* di dalam rumah sakit dan keluar rumah sakit.

Standar PPI 8.2

Rumah sakit menetapkan penempatan pasien infeksi "*air borne*" dalam waktu singkat jika rumah sakit tidak mempunyai kamar tekanan negatif (ventilasi alamiah dan mekanik).

Standar PPI 8.3

Rumah sakit mengembangkan dan menerapkan sebuah proses untuk menangani lonjakan mendadak (*outbreak*) penyakit infeksi *air borne*.

Standar PPI 9

Kebersihan tangan menggunakan sabun dan desinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi.

Maksud dan Tujuan PPI 9 dan PPI 9.1

Kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri, disinfektan adalah sarana efektif untuk mencegah dan mengendalikan infeksi. Oleh karena itu harus tersedia di setiap tempat asuhan pasien yang membutuhkan barang ini. RS menetapkan ketentuan tentang tempat dimana alat pelindung diri ini harus tersedia dan dilakukan pelatihan cara memakainya. Sabun, disinfektan, handuk/tisu, alat lainnya untuk mengeringkan ditempatkan di daerah dimana tempat cuci tangan dan prosedur disinfeksi tangan dilakukan (lihat juga, SKP.5 dan ARK.6)

Standar PPI 9.1

Sarung tangan, masker, pelindung mata, serta alat pelindung diri lainnya tersedia digunakan secara tepat apabila disyaratkan.

PENINGKATAN MUTU DAN PROGRAM EDUKASI

Standar PPI 10

Kegiatan PPI diintegrasikan dengan program PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) dengan menggunakan indikator yang secara epidemiologik penting bagi rumah sakit.

Maksud dan Tujuan PPI 10

Rumah sakit menggunakan indikator sebagai informasi untuk memperbaiki kegiatan PPI dan mengurangi tingkat infeksi yang terkait layanan kesehatan sampai tingkat serendah mungkin.

Rumah sakit dapat menggunakan data indikator dan informasi dan membandingkan dengan tingkat dan kecenderungan di rumah sakit lain.

Standar PPI 11

Rumah sakit melakukan edukasi tentang PPI kepada staf klinis, dan nonklinis, pasien, keluarga pasien, serta petugas lainnya yang terlibat dalam pelayanan pasien.

Maksud dan Tujuan PPI 11

Agar program PPI efektif, harus dilakukan edukasi kepada staf tentang program PPI pada waktu mereka baru bekerja di rumah sakit dan diulangi secara teratur. Edukasi diikuti oleh staf profesional, staf klinik, staf non klinik, pasien, keluarga pasien, pedagang, dan pengunjung. Pasien dan keluarga didorong untuk berpartisipasi dalam implementasi program PPI.

Pelatihan diberikan sebagai bagian dari orientasi kepada semua staf baru dan dilakukan pelatihan kembali secara berkala, atau paling sedikit jika ada perubahan regulasi dan praktik yang menjadi panduan program PPI. Dalam pendidikan juga disampaikan temuan dan kecenderungan ukuran kegiatan. (lihat juga KKS 7)

Berdasar atas hal diatas maka rumah sakit agar menetapkan Program Pelatihan PPI yang meliputi pelatihan untuk

- a) orientasi pegawai baru baik staf klinis maupun nonklinis di tingkat rumah sakit maupundi unit pelayanan;
- b) staf klinis (profesional pemberi asuhan) secara berkala;
- c) staf nonklinis;
- d) pasien dan keluarga; dan
- e) pengunjung

TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)

GAMBARAN UMUM

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawatjalan, dan gawat darurat.

Untuk dapat memberikan pelayanan prima kepada pasien, Rumah Sakit dituntut memiliki kepemimpinan yang efektif. Kepemimpinan efektif ini ditentukan oleh sinergi yang positif antara pemilik Rumah Sakit, Direktur Rumah Sakit, para pimpinan di Rumah Sakit dan kepala unit kerja unit pelayanan: Direktur Rumah Sakit secara kolaboratif mengoperasikan Rumah Sakit bersama dengan para pimpinan, kepala unit kerja dan unit pelayanan untuk mencapai visi misi yang ditetapkan dan memiliki tanggung jawab dalam pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak sertamanajemen sumber daya.

Standar pada bab ini dikelompokkan dengan menggunakan hierarki kepemimpinan sebagaiberikut:

PEMILIK

Sesuai dengan peraturan dan perundangan, kepemilikan Rumah Sakit diatur sebagai berikut:

- 1) Rumah Sakit dapat didirikan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, atau swasta.
Rumah Sakit yang didirikan oleh swasta harus berbentuk badan hukum yang kegiatan usahanya hanya bergerak di bidang perumahsakit.
- 2) Berdasarkan pengelolaannya Rumah Sakit dapat dibagi menjadi Rumah Sakit publik dan Rumah Sakit privat. Rumah Sakit publik dapat dikelola oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba
- 3) Rumah Sakit privat dapat dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit yang berbentuk Perseroan Terbatas atau Persero
- 4) Pemilik Rumah Sakit dapat membentuk Dewan Pengawas Rumah Sakit yaitu merupakan suatu unit nonstruktural yang bersifat independen dan bertanggung jawab kepada pemilik Rumah Sakit.
- 5) Pemilik Rumah Sakit tidak bisa menjabat sebagai Direktur Rumah Sakit

Pemilik yang dimaksud dalam standar ini adalah pemilik Rumah Sakit dan badan representasi yang mewakili pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan Rumah Sakit tersebut.

Representasi dari pemilik dapat sebagai berikut:

- Rumah Sakit yang dimiliki oleh yayasan, representasi pemilik adalah pengurus yayasan.
- Rumah Sakit yang dimiliki oleh perkumpulan, representasi pemilik adalah pengurus perkumpulan.
- Rumah Sakit berbadan hukum perseroan terbatas (PT) representasi pemilik addid" Direksi PT.
- Rumah Sakit pemerintah yang sudah menjadi badan layanan umum dapat menunjuk dewan pengawas sebagai representasi pemilik
- Rumah Sakit pemerintah yang belum menjadi badan layanan umum, ketentuan siapa yang dapat menjadi representasi pemilik diserahkan kepada pemilik Rumah Sakit untuk menetapkannya.

Organisasi, kewenangan, akuntabilitas dari pemilik dan representasi pemilik diatur didalam standar ini.

DIREKSI RUMAH SAKIT

Untuk melaksanakan kegiatan operasional Rumah Sakit sehari-hari, pemilik Rumah Sakit menetapkan Direktur Rumah Sakit. Nama jabatan Direktur Rumah Sakit adalah kepala Rumah Sakit atau direktur utama Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit. Bila Direktur Rumah Sakit diberi nama jabatan direktur utama Rumah Sakit, dapat dibantu dengan direktur dan bila nama jabatan Direktur Rumah Sakit disebut direktur maka dapat dibantu dengan wakil direktur, kelompok tersebut, disebut direksi Rumah Sakit agar menetapkan tanggung jawab dan tugas direktur utama dan para direktur wakil direktur secara tertulis Dalam standar ini jabatan kepala Rumah Sakit untuk selanjutnya disebut Direktur Rumah Sakit

Direktur Rumah Sakit merupakan pimpinan tertinggi di Rumah Sakit.

Sesuai peraturan perundangan tentang Rumah Sakit, persyaratan sebagai Direktur Rumah Sakit adalah harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumaha-sakitan dan tidak boleh dirangkap oleh pemilik Rumah Sakit serta berkewarganegaraan Indonesia

Persyaratan Direktur Rumah Sakit harus sesuai Peraturan Perundangan.

Sedangkan wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut direktur utama), sesuai peraturan perundangan dapat dipimpin oleh unsur medis, keperawatan, penunjang medis dan administrasi keuangan. Pemilik mempunyai kewenangan untuk menetapkan organisasi Rumah Sakit, nama jabatan dan pengangkatan pejabat direksi Rumah Sakit, hal ini diatur di dalam peraturan internal atau corporate bylaws atau dokumen serupa sesuai dengan peraturan perundangan

KEPALA BIDANG/DIVISI DI RUMAH SAKIT

organisasi Rumah Sakit sesuai peraturan perundangan paling sedikit terdiri atas Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi umum dan keuangan, komite medis dan satuan pengawas internal

Unsur organisasi Rumah Sakit selain kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit dapat berupa direktorat, departemen, divisi, instalasi, unit kerja, komite dan/atau satuan sesuaiaengan kebutuhan dan beban kerja Rumah Sakit. Unsur organisasi Rumah Sakit tersebut dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit.

Beberapa standar di Bab TKRS ini memberikan para pimpinan di Rumah Sakit sejumlah tanggung jawab secara keseluruhan untuk membimbing Rumah Sakit mencapai misinya Yang dimaksud dengan para pimpinan tersebut adalah Kepala bidang bidang/divisi di Rumah Sakit, dalam standar ini digunakan nama jabatan adalah kepala bidang/divisi. Maka dalam standar ini pimpinan unsur pelayanan medis diberi nama kepala bidang/divisi medis vana bertanggung jawab terhadap pelayanan medis Rumah Sakit. Pimpinan unsur keperawatan disebut kepala bidang/divisi keperawatan yang bertanggung jawab terhadap pelayanan keperawatan. Pimpinan unsur umum dan keuangan dapat disebut kepala bidang/divisi umum dan keuangan. Pimpinan lainnya yaitu semua orang lain yang ditentukan Rumah Sakit, seperti ketua komite medik, ketua komite keperawatan, komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Rumah Sakit juga perlu menjelaskan tanggung jawab staf klinis, dan pengaturan staf klinis inidapat secara formal sesuai regulasi yang berlaku di Indonesia. Direktur Rumah Sakit agar menetapkan lingkup pelayanan dan atau unit kerja yang masuk dalam pimpinan pelayanan medis, keperawatan, penunjang medis dan administrasi dan keuangan.

KEPALA UNIT KERJA DAN UNIT LAYANAN

Agar pelayanan klinis dan manajemen Rumah Sakit sehari-hari menjadi efektif dan efisien, Rumah Sakit umumnya dibagi menjadi subkelompok yang kohesif seperti departemen/instalasi/unit, atau jenis layanan tertentu, yang berada di bawah arahan pimpinan pelayanan yang dapat disebut Kepala unit/instalasi/departemen, Standar ini menjelaskan ekspektasi dari kepala departemen atau pelayanan tertentu ini. Biasanya sub grup terdiri dari departemen klinis seperti medis, bedah, obstetrik, anak, dan lain sebagainya; satu atau lebih sub grup keperawatan; pelayanan atau departemen diagnostik seperti radiologi dan laboratorium klinis; pelayanan farmasi, baik yang tersentralisasi maupun yang terdistribusi di seluruh Rumah Sakit; serta pelayanan penunjang yang di antaranya meliputi bagian transportasi, umum, keuangan, pembelian, manajemen fasilitas, dan sumber daya manusia. Umumnya Rumah Sakit besar juga mempunyai manajer/kepala ruang di dalam subgrup ini. Sebagai contoh, perawat dapat memiliki satu manajer/kepala ruang di kamar operasi dan satu manajer/kepala ruang di unit rawat jalan, departemen medis dapat mempunyai manajer-manajer untuk setiap unit klinis pasien, dan bagian bisnis Rumah Sakit dapat mempunyai beberapa manajer untuk fungsi bisnis yang berbeda, di antaranya seperti untuk kontrol tempat tidur, penagihan, dan pembelian.

Akhirnya, terdapat persyaratan di bab TKRS yang bersentuhan dengan semua level di atas.

Persyaratan ini dapat ditemukan pada bab TKRS ini dan mencakup budaya keselamatan, etika, serta pendidikan dan penelitian profesional kesehatan, apabila ada. Dalam standar ini, kepala departemen/instalasi/unit/layanan tersebut untuk selanjutnya disebut sebagai berikut :

- Unit-unit yang dibawah bidang/divisi medis, keperawatan dan penunjang medis disebut unit pelayanan
- Unit-unit yang dibawah bidang/divisi umum dan keuangan disebut unit kerja, seperti misalnya ketatausahaan, kerumahtanggan, pelayanan hukum dan kemitraan, pemasaran, kehumasan, pencatatan, pelaporan dan evaluasi, penelitian dan pengembangan, sumber daya manusia, pendidikan dan pelatihan dan lain sebagainya.

Di bawah ini adalah fokus area standar tata kelola rumah sakit.

- a. Pemilik.
- b. Direksi.
- c. Kepala bidang/divisi.
- d. Manajemen sumber daya manusia.
- e. Manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
- f. Manajemen kontrak.
- g. Manajemen sumber daya
- h. Organisasi dan tanggung jawab staf.
- i. Unit pelayanan.
- j. Manajemen etis.
- k. Budaya keselamatan.

STANDAR, MAKSUD DAN TUJUAN, SERTA ELEMEN PENILAIAN PEMILIK RUMAH SAKIT

Standar TKRS 1

Organisasi serta wewenang pemilik dan representasi pemilik dijelaskan didalam regulasi yang ditetapkan oleh pemilik RS.

Maksud dan Tujuan TKRS 1, TKRS 1.1 dan TKRS 1.2

Tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik dan representasi dari pemilik diuraikan dalam regulasi yang ditetapkan pemilik Rumah Sakit. Regulasi meliputi pengorganisasian, wewenang, tanggung jawab serta penilaian kinerja representasi pemilik oleh pemilik. Regulasi dari pemilik dan representasi pemilik tersebut dapat berbentuk peraturan internal Rumah Sakit atau corporat bylaws atau dokumen lainnya yang serupa.

Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik terpisah dengan struktur organisasi Rumah Sakit sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik dan peraturan perundangan. Pemilik Rumah Sakit tidak diperbolehkan menjadi Direktur Rumah Sakit, tapi posisinya berada diatas representasi pemilik, mereka mengembangkan sebuah proses untuk melakukan komunikasi dan kerja- sama dengan Direktur Rumah Sakit dalam rangka mencapai misi dan perencanaan Rumah Sakit. Representasi pemilik, sesuai dengan bentuk badan hukum kepemilikan Rumah Sakit memiliki wewenang dan tanggung jawab untuk memberi persetujuan, dan pengawasan agar Rumah Sakit mempunyai kepemimpinan yang jelas, dijalankan secara efisien, dan memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman.

Disamping itu Rumah Sakit harus memiliki struktur organisasi yang ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan.

Ada penetapan siapa yang bertanggung jawab dan berwenang untuk:

- 1) menyediakan modal serta dana operasional dan sumber daya lain yang diperlukan untuk menjalankan Rumah Sakit dalam memenuhi visi dan misi serta rencana strategis Rumah Sakit;
- 2) menunjuk atau menetapkan direksi Rumah Sakit, dan melakukan evaluasi tahunan terhadap kinerja masing-masing individu direksi dengan menggunakan proses dan kriteria yang sudah baku
- 3) menunjuk atau menetapkan representasi pemilik, tanggung jawab dan wewenang dan melakukan penilaian kinerja representasi pemilik secara berkala, minimal setahun sekali.
- 4) menetapkan struktur organisasi Rumah Sakit
- 5) menetapkan regulasi pengelolaan keuangan Rumah Sakit dan pengelolaan sumberdaya manusia Rumah Sakit.
- 6) tanggung jawab dan kewenangan memberikan arahan kebijakan Rumah Sakit
- 7) tanggung jawab dan kewenangan menetapkan visi dan misi Rumah Sakit dan memastikan bahwa masyarakat mengetahui visi dan misi Rumah Sakit serta mereview secara berkala misi Rumah Sakit
- 8) tanggung jawab dan kewenangan menilai dan menyetujui rencana anggaran;
- 9) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui rencana strategi Rumah Sakit
- 10) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan membina pelaksanaan rencana strategis;
- 11) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui diselenggarakan pendidikan profesional kesehatan dan dalam penelitian serta mengawasi kualitas program-program tersebut;
- 12) tanggung jawab dan kewenangan menyetujui program peningkatan mutu dan keselamatan pasien serta menindak lanjuti laporan peningkatan mutu dan keselamatan yang diterima.

- 13) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya
- 14) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien dilaksanakan Rumah Sakit;
- 15) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban Rumah Sakit dilaksanakan Rumah Sakit;
- 16) tanggung jawab dan kewenangan mengawasi kepatuhan penerapan etika Rumah sakit, etika profesi, dan peraturan perundang-undangan;

Pengaturan tanggung jawab dan kewenangan antara pemilik dan representasi pemilik yang meliputi point 1) sampai dengan 16), diatur didalam peraturan internal atau corporat bylaws atau dokumen lainnya sesuai peraturan perundangan.

Bila tanggung jawab dan wewenang pemilik maupun representasi pemilik ada yang didelegasikan maka diatur didalam regulasi yang dikeluarkan pemilik RS. Sebagai contoh persetujuan anggaran modal dan operasional Rumah Sakit yang semula ada di pemilik rumah didelegasikan kepada representasi pemilik atau didelegasikan kepada Tim anggota sesuai dengan peraturan perundangan.

Tugas dan wewenang yang diatur di maksud dan tujuan ini merupakan minimal yang harus diatur, Rumah Sakit dapat menambah regulasi tersebut sesuai dengan yang diperlukan Rumah Sakit.

Berdasarkan hal tersebut diatas, maka pemilik perlu mempunyai regulasi yang dapat berbentuk corporat bylaws/peraturan internal Rumah Sakit atau dokumen lainnya yang serupa yang mengatur :

- a. Struktur organisasi pemilik dan representasi pemilik sesuai dengan bentuk badan hukum pemilik
- b. Tanggung jawab dan wewenang pemilik dan representasi pemilik yang meliputi 1) sampai dengan 16) yang ada di atas,
- c. Pendelegasian kewenangan dari pemilik kepada representasi pemilik atau Direktur Rumah Sakit atau individu lainnya sesuai peraturan perundangan
- d. Pengangkatan/penetapan dan Penilaian kinerja representasi pemilik
- e. Pengangkatan penetapan dan Penilaian kinerja Direktur Rumah Sakit
- f. Penetapan Kualifikasi, persyaratan Direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan
- g. Struktur organisasi rumah sakit

Struktur Organisasi Rumah Sakit yang disebut pada point g) sesuai dengan peraturan perundangan paling sedikit meliputi

- kepala Rumah Sakit atau direktur Rumah Sakit;
- unsur pelayanan medis;
- unsur keperawatan;
- unsur penunjang medis;
- unsur administrasi umum dan keuangan;
- komite medis; dan
- satuan pemeriksaan internal.

Unsur organisasi Rumah Sakit sebagaimana tersebut dapat digabungkan sesuai kebutuhan, beban kerja, dan/atau klasifikasi Rumah Sakit. Selain itu perlu juga ditetapkan lingkup pelayanan atau unit kerja yang masuk dalam unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, unsur administrasi umum dan keuangan.

Standar TKRS 1.1

Tanggung jawab dan akuntabilitas pemilik dan representasi pemilik telah dilaksanakan sesuai regulasi yang ditetapkan dan sesuai peraturan perundang-undangan.

Standar TKRS 1.2

RS memiliki misi, rencana strategis, rencana kerja, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pengawasan mutu pendidikan serta laporan akuntabilitas representasi pemilik.

Standar TKRS 1.3

Pemilik dan atau representasi pemilik memberi persetujuan program peningkatan mutudan keselamatan pasien Rumah Sakit, menerima laporan pelaksanaan program secara berkala dan memberi respon terhadap laporan yang disampaikan

Maksud dan Tujuan TKRS 1.3

Pemilik atau representasi pemilik mempunyai tanggung jawab dalam pengawasan kendalimutu dan kendali biaya. Dalam rangka pelaksanaan kendali mutu dan biaya rumah sakit makarumah sakit membuat program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP). Pemilik dan atau representasi pemilik mempunyai kewajiban untuk mengkaji program PMKP yang diusulkan oleh Direktur Rumah Sakit dan menyetujui bila sudah sesuai dengan misi rumah sakit dan melakukan pengawasan implementasi program PMKP secara berkesinambungan serta berkelanjutan. Investasi mutu ini membutuhkan perencanaan sumber daya dan perlu dievaluasi serta dimonitor melalui sistem yang ditetapkan. Pemilik atau representasi pemilik memberi persetujuan dan menerima laporan pelaksanaan program mutu sebagai berikut:

- a) Laporan capaian indikator mutu dan analisisnya setiap 3 bulan
- b) Laporan kejadian tidak diharapkan (KTD) setiap 6 bulan
- c) Laporan kejadian sentinel setiap ada kejadian, dan laporan ulang setelah kejadian sentinel. Selesai dilakukan analisis dengan menggunakan metode root cause analysa(RCA)

Pemilik atau representasi pemilik wajib memberikan respons terhadap laporan tersebut khususnya bila terjadi insiden keselamatan pasien dan capaian pemenuhan indicator yang masih rendah, termasuk juga untuk perbaikan/memenuhi standar diperlukan dana/anggaran tambahan maka representasi pemilik diharapkan dapat memperhatikan usulan tersebut dan membantu mengupayakan dana/anggaran tambahan tersebut.

DIREKTUR /DIREKSI RS

Standar TKRS 2

Direktur Rumah Sakit sebagai pimpinan tertinggi di Rumah Sakit bertanggung jawab untuk menjalankan Rumah Sakit dan mematuhi peraturan dan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan TKRS 2

Pimpinan tertinggi organisasi Rumah Sakit adalah kepala atau Direktur Rumah Sakit dengan nama jabatan kepala, direktur utama atau direktur, dalam standar akreditasi ini disebut Direktur Rumah Sakit.

Dalam menjalankan operasional Rumah Sakit, direktur dapat dibantu oleh wakil direktur atau direktur (bila pimpinan tertinggi disebut direktur utama) sesuai kebutuhan, kelompok ini disebut direksi. Kepemimpinan yang efektif sebuah Rumah Sakit sangat penting agar Rumah Sakit dapat beroperasi secara efisien dan memenuhi visi dan misinya. Kepemimpinan Rumah Sakit bisa dilaksanakan secara bersama-sama (direksi) atau individual (direktur).

Pendidikan dan pengalaman individu-individu tersebut memenuhi persyaratan untuk melaksanakan tugas yang termuat dalam uraian tugas serta sesuai dengan peraturan dan perundangan. Persyaratan untuk direktur Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundangan adalah tenaga medis ahli perumahsakit.

Direktur/Direksi bertanggung jawab untuk menjalankan misi Rumah Sakit yang sudah ditetapkan oleh pemilik atau representasi pemilik dan menyusun regulasi pelayanan dan manajemen untuk menjalankan Rumah Sakit.

Direktur/Direksi Rumah Sakit mempunyai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang antara lain meliputi:

- a) mengetahui dan memahami semua peraturan perundangan terkait dengan RumahSakit;
- b) menjalankan operasional Rumah Sakit dengan berpedoman pada peraturan perundang-undangan
- c) menjamin kepatuhan Rumah Sakit terhadap peraturan perundangan;
- d) menetapkan regulasi Rumah Sakit, termasuk regulasi tentang pengaturan regulasi dan dokumen rumah sakit
- e) menjamin kepatuhan staf Rumah Sakit dalam implementasi semua regulasi RS yang telah ditetapkan dan disepakati bersama;
- f) menindaklanjuti terhadap semua laporan dari hasil pemeriksaan dari badan auditekternal;
- g) menetapkan proses untuk mengelola dan mengendalikan sumber daya manusia dan keuangan sesuai peraturan perundangan.

Direktur dalam menyusun regulasi rumah sakit harus menetapkan tata naskah rumah sakit.

Pengaturan regulasi ini meliputi aspek-aspek sebagai berikut:

- 1) Pendokumentasian regulasi dengan dicetak dan atau digital
- 2) Peninjauan dan persetujuan semua regulasi oleh pihak yang berwenang sebelum diterbitkan
- 3) Proses peninjauan regulasi berkelanjutan yang ditetapkan waktunya sesuai per-aturan perundangan
- 4) Bagaimana mengidentifikasi adanya perubahan dalam regulasi aturan perundangan.
- 5) Pengendalian untuk memastikan bahwa hanya regulasi terbaru dan relevan yang tersedia
- 6) Pemeliharaan identitas dan keterbacaan regulasi jelas, singkat, tidak menimbulkan pesepsi ganda
- 7) Proses pengelolaan regulasi yang berasal dari luar rumah sakit
- 8) Proses retensi regulasi yang sudah tidak terpakai (obsolete) sesuai peraturan dan perundang-undangan,
- 9) Identifikasi dan pelacakan semua dokumen yang beredar.

KEPALA BIDANG/DIVISI

Standar TKRS 3

Para Kepala Bidang/divisi Rumah Sakit ditetapkan dan secara bersama, bertanggung jawab untuk menjalankan misi dan membuat rencana serta regulasi yang dibutuhkan untuk melaksanakan misi tersebut.

Maksud dan Tujuan TKRS 3

Dalam organisasi Rumah Sakit, harus ditetapkan para pimpinan yang secara struktural berada dibawah dan bertanggung jawab kepada Direktur Rumah Sakit, yang ditetapkan sesuai peraturan perundangan.

Para pimpinan tersebut minimal terdiri dari unsur :

- a. unsur pelayanan medis;
- b. unsur keperawatan;
- c. unsur penunjang medis;
- d. unsur administrasi umum dan keuangan;

Pimpinan pada butir a) sampai dengan d) yang diatas didalam standar tata kelola rumah sakit (TKRS) ini selanjutnya disebut kepala bidang/divisi.

Rumah Sakit menetapkan persyaratan kualifikasi jabatan untuk para pimpinan tersebut serta menunjuk atau mengusulkan pejabatnya yang sesuai dengan persyaratan dan kualifikasi tersebut Para kepala bidang /divisi tersebut dilibatkan dalam mendefinisi-operasionalkan dan menjalankan misi Rumah Sakit. Berdasarkan misi tersebut, para pimpinan bekerja-sama mengembangkan berbagai rencana program dan regulasi yang dibutuhkan untuk mencapai visi dan misi. Misi dan regulasi yang ditetapkan oleh pemilik, harus dilaksanakan oleh direktur/direksi bersama sama dengan kepala bidang /divisi (lihat juga APK.1, EP 2 dan 3).

Standar TKRS 3.1

Direktur Rumah Sakit dan para kepala bidang/divisi di Rumah Sakit mengidentifikasi dan merencanakan jenis pelayanan klinis yang dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang dilayani Rumah Sakit tersebut.

Maksud dan Tujuan TKRS 3.1

Pelayanan pasien perlu direncanakan dan dirancang untuk merespons kebutuhan pasien. Jenis pelayanan yang diberikan harus tertulis dan harus konsisten dengan misi Rumah Sakit. Kepala bidang/divisi menentukan kualifikasi pimpinan dari setiap departemen klinis dan unit/instalasi layanan yang ada di Rumah Sakit, baik layanan diagnostik, terapeutik, rehabilitatif, dan layanan penting lainnya untuk kepentingan pasien.

Para kepala bidang/divisi Rumah Sakit juga membuat rencana bersama dengan para unit pelayanan dan unit kerja pelayanan tentang cakupan dan jenis pelayanan-pelayanan yang disediakan oleh Rumah Sakit, baik secara langsung maupun tidak langsung. Direktur Rumah Sakit merencanakan dan mengikut sertakan masyarakat/tokoh masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan sekitar Rumah Sakit, dan pihak-pihak lainnya dalam merencanakan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk masyarakat. Bentuk pelayanan yang direncanakan ini mencerminkan arah strategis Rumah Sakit dan perspektif pasien yang dirawat oleh Rumah Sakit.

Para kepala bidang/divisi juga terlibat merencanakan pelayanan pasien dalam menentukan komunitas dan populasi pasien untuk Rumah Sakit tersebut, mengidentifikasi keperntingan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat, dan merencanakan komunikasi berkelanjutan dengan kelompok pemangku kepentingan utama dalam komunitas. Komunikasi dapat secara langsung ditujukan kepada individu atau melalui media masa atau melalui lembaga dalam komunitas ataupun pihak ketiga. Jenis informasi yang disampaikan meliputi:

- a. Informasi tentang layanan, jam kegiatan kerja dan proses untuk mendapatkan perawatan; dan
- b. Informasi tentang kualitas layanan, yang disediakan kepada masyarakat dan sumber rujukan.

Standar TKRS 3.2

Rumah sakit mempunyai regulasi untuk memastikan terselenggaranya komunikasi efektif di Rumah Sakit

Maksud dan Tujuan TKRS 3.2

Para kepala bidang/divisi Rumah Sakit bertanggung jawab bahwa di seluruh tempat di Rumah Sakit terselenggara komunikasi yang efektif, yaitu komunikasi antar kelompok profesional, antar unit struktural, antara profesional dan manajemen, profesional dengan organisasi diluar.

Direktur Rumah Sakit memperhatikan akurasi dan ketepatan waktu penyampaian informasi keseluruhan tempat di Rumah Sakit.

Direktur Rumah Sakit membentuk budaya kerjasama dan komunikasi untuk melakukan koordinasi dan integrasi asuhan pasien.

Metoda secara formal (contoh, pembentukan komite atau tim gabungan) dan informal (contoh, poster, surat kabar) digunakan untuk meningkatkan peran pentingnya komunikasi antara berbagai layanan dan anggota staf.

Pengembangan koordinasi layanan klinik yang baik diperoleh karena ada pengertian dari setiap unit pelayanan untuk berkolaborasi menyusun regulasi.

Dalam mengembangkan komunikasi dan koordinasi yang baik, rumah sakit perlu mengatur pertemuan di setiap tingkat rumah sakit, misalnya pertemuan direksi pertemuan para kepala bidang/divisi dan pertemuan antar unit pelayanan. Selain itu, perlu juga pertemuan antar tingkat, misalnya pertemuan direksi dengan kepala bidang divisi, dengan Kepala Unit Pelayanan. Disisi lain, rumah sakit juga perlu mengembangkan pertemuan antar profesi, misalnya pertemuan dokter, perawat dan PPA lainnya dalam membahas pengembangan pelayanan, update ilmu pengetahuan dan lain sebagainya.

Standar TKRS 3.3

Rumah sakit menetapkan proses seragam untuk melakukan penerimaan/pengangkatan (recruitment), retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan semua staf dengan melibatkan kepala bidang /divisi dan kepala unit pelayanan.

Maksud dan Tujuan TKRS 3.3

Kemampuan Rumah Sakit dalam memberikan asuhan pasien berkaitan langsung dengan kemampuan Rumah Sakit menarik dan mempertahankan staf yang bermutu dan kompeten. Direktur Rumah Sakit sadar bahwa mempertahankan staf yang bermanfaat dalam jangka waktu lama dibandingkan jika menerima staf yang baru. Mempertahankan (retensi) staf dapat bermanfaat untuk Direktur Rumah Sakit dalam mendukung proses pengembangan staf yang berkelanjutan. Direktur Rumah Sakit membuat

rencana/program dan melaksanakan program dan proses yang berkaitan dengan penerimaan, retensi, pengembangan dan pendidikan berkelanjutan dari setiap kategori staf dengan melibatkan para kepala bidang /divisi dan unit pelayanan.

Regulasi tentang kesempatan staf untuk mengikuti pendidikan dan latihan harus sesuaiperaturan perundangan yang berlaku (60 % pegawai @ 20 jam pertahun)

MANAJEMEN PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

Standar TKRS 4

Direktur RS merencanakan, mengembangkan, dan melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

bila Rumah Sakit ingin berhasil dalam memulai dan mempertahankan perbaikan serta mengurangi risiko bagi pasien dan staf, kepemimpinan dan perencanaan merupakan hal yang penting. Kepemimpinan dan perencanaan dimulai dari pemilik dan atau representasi pemilik, Direktur Rumah Sakit, pimpinan klinis dan pimpinan manajerial secara bersama sama menyusun dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memulai dan menyediakan dukungan berkelanjutan dalam hal komitmen Rumah Sakit terhadap mutu. Direktur Rumah Sakit mengembangkan program mutu dan keselamatan pasien dan mengajukan persetujuan Drogram kepada representasi pemilik, dan melalui misi Rumah Sakit serta dukungan pemilik Rumah Sakit membentuk suatu budaya mutu di Rumah Sakit (lihat juga KKS 1).

Direktur Rumah Sakit memilih pendekatan yang digunakan oleh Rumah Sakit untuk mengukur, menilai, dan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien. Pengukuran mutu dilakukan menggunakan indikator mutu di tingkat rumah sakit dan ditingkat unit pelayanan yang merupakan kesatuan yang tidak dapat dipisahkan.

Di samping itu, Direktur Rumah Sakit juga menetapkan bagaimana program peningkatan mutu dan keselamatan pasien diarahkan dan diatur setiap harinya, karena itu Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan organisasi yang mengelola dan melaksanakan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Direktur Rumah Sakit dapat membentuk komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien atau bentuk organisasi lainnya sesuai kondisi Rumah Sakit dan peraturan perundangan. Pimpinan perlu memastikan bahwa program tersebut mempunyai sumber daya termasuk tenaga yang cukup agar dapat berjalan efektif.

Berdasarkan hal diatas maka Direktur Rumah Sakit perlu menetapkan regulasi peningkatan mutu dan regulasi keselamatan pasien yang dapat berbentuk pedoman peningkatan mutudan keselamatan pasien dan prosedur-prosedur lainnya. Rumah sakit dapat menetapkan regulasi peningkatan mutu dan regulasi keselamatan pasien menjadi satu pedoman yaitu pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, tetapi dapat juga menjadi 2 pedoman yang terpisah yaitu pedoman peningkatan mutu dan buku yang satunya pedoman keselamatan pasien. Yang diutamakan adalah rumah sakit mempunyai pedoman yang mengatur peningkatan mutu rumah sakit dan yang mengatur tentang keselamatan pasien rumah sakit. Hal-hal yang perlu diatur dalam pedoman peningkatan mutu dan keselamatan antara lain meliputi

a) Penetapan organisasi yang mempunyai peran dan tugas mengarahkan, mengatur dan mengkoordinasikan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

- b) Pengaturan peran dan tugas Peran Direktur dan para pimpinan rumah sakit dalam:
- 1.1 merencanakan dan mengembangkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
 - memilih area prioritas pelayanan klinik sebagai area fokus untuk perbaikan
 - memilih indikator mutu di area prioritas pelayanan klinik (Indikator mutu prioritas RS) yang meliputi indikator area klinis, area manajemen dan sasaran keselamatan pasien dan keterlibatannya dalam menindaklanjuti capaian indikator yang masih rendah.
 - mendorong dan menerapkan budaya mutu dan budaya keselamatan di RS
 - 1.2 Peran pimpinan unit dalam pemilihan indikator mutu unit dan peningkatan mutu unit
 - 1.3 Peran komite medis, komite keperawatan dan kelompok staf medis dalam pemilihan, edukasi dan penerapan serta monitoring panduan praktis klinis - clinical pathway di tingkat rumah sakit dan juga di setiap kelompok staf medis
- c) Pengaturan dasar pemilihan pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas, perbaikan termasuk dasar pemilihan indikator mutunya dan implementasinya (lihat maksud tujuan TKRS 5)
- d) Pengaturan pemilihan indikator mutu unit.
- e) Sistem pemantauan (monitoring) tentang pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang terkoordinasi, siapa saja yang melakukan monitoring, kapan dilakukan, bagaimana melakukan monitoringnya.
- f) Proses pengumpulan data, analisis, interpretasi, feedback dan pemberian informasi ke staff dengan menggunakan teknologi informasi
- g) Bagaimana alur laporan pelaksanaan mutu Rumah Sakit, mulai dari unit sampai kepada pemilik Rumah Sakit
- h) Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dan analisisnya
- i) Bantuan teknologi /sistem informasi RS yang akan diterapkan untuk pengumpulan dan analisis data mutu, keselamatan pasien dan surveillance infeksi.

Selain pedoman peningkatan mutu dan keselamatan pasien, rumah sakit setiap tahun perlu menyusun program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dengan kegiatan antaralain meliputi:

- 1) Peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumah sakit yang meliputi penetapan peningkatan mutu area klinis prioritas yang dilengkapi dengan indikator-indikator mutu area klinis, area manajemen dan area sasaran keselamatan pasien
- 2) Peningkatan mutu unit, pemilihan dan penetapan indikator mutu unit
- 3) Monitoring peningkatan mutu pelayanan yang di kontrakan
- 4) Pengumpulan data, analisis, pelaporan dan feedback data indikator mutu nasional, indikator mutu tingkat rumah sakit dan indikator mutu unit.
- 5) Pemilihan evaluasi prioritas kepatuhan terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit dan evaluasi kepatuhan lima standar per tahun terhadap standar pelayanan kedokteran di rumah sakit pada masing-masing kelompok staf medis
- 6) Audit medis dan atau audit klinis
- 7) Penilaian kinerja professional pemberi asuhan, staf klinis dan non klinis

Standar TKRS 4.1

Direktur RS memberikan laporan pelaksanaan program PMKP kepada pemilik atau representasi pemilik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Maksud dan Tujuan TKRS 4 dan TKRS 4.1

Direktur Rumah Sakit juga menerapkan suatu struktur dan proses untuk memantau dan melakukan koordinasi menyeluruh terhadap program yang ada di Rumah Sakit. Tindakan ini memastikan adanya koordinasi di seluruh seluruh unit pelayanan dalam upaya pengukuran dan perbaikan. Koordinasi ini dapat tercapai melalui pemantauan dari unit/departemen mutu atau komite/tim peningkatan mutu, atau struktur lainnya. Koordinasi ini mendukung pendekatan sistem untuk pemantauan kualitas dan aktivitas perbaikan sehingga mengurangi duplikasi upaya peningkatan mutu; misalnya terdapat dua departemen yang secara independen mengukur suatu proses atau luaran yang sama (lihat juga KKS.2 dan PPI.10, ep 1).

Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab melaporkan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada representasi pemilik sebagai berikut :

- 1) setiap tiga bulan yang meliputi capaian dan analisis dari indikator mutu area klinis, areamanajemen dan sasaran keselamatan pasien dan capaian implementasi panduan praktik klinik dan alur klinik serta penerapan sasaran keselamatan pasien
- 2) Setiap 6 (enam) bulan Direktur Rumah Sakit melaporkan penerapan keselamatan pasien kepada representasi pemilik antara lain mencakup:
 - jumlah dan jenis kejadian tidak diharapkan/insiden keselamatan pasien serta analisis akar masalahnya;
 - apakah pasien dan keluarga telah mendapatkan informasi tentang kejadian tersebut;
 - tindakan yang telah diambil untuk meningkatkan keselamatan sebagai respons terhadap kejadian tersebut;
 - apakah tindakan perbaikan tersebut dipertahankan.
- 3) Khusus untuk kejadian sentinel, Direktur Rumah Sakit wajib melaporkan kejadian ke pada pemilik dan representasi pemilik paling lambat 2 X 24 jam setelah kejadian dan melaporkan ulang hasil analisis akar masalah setelah 45 hari.

Representasi pemilik mengkaji dan merespon laporan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, khususnya terkait dengan capaian indikator yang masih rendah.

Komunikasi informasi tentang program peningkatan mutu dan keselamatan pasien secara berkala kepada staf merupakan hal yang penting. Alur komunikasi mutu ini dilakukan melalui jalur yang efektif, seperti buletin, poster, pertemuan staf, dan proses sumber daya manusia. Informasi yang diberikan antara lain dapat berupa program baru atau program yang baru saja selesai, perkembangan dalam pencapaian Sasaran Keselamatan Pasien, hasil analisis kejadian sentinel atau kejadian tidak diinginkan lainnya, ataupun penelitian terkini maupun program benchmark.

Standar TKRS 5

Direktur rumah sakit memprioritaskan proses di rumah sakit yang akan diukur, program PMKP yang akan diterapkan, dan bagaimana mengukur keberhasilan dalam upaya di seluruh rumah sakit ini.

Maksud dan Tujuan TKRS 5

Karena adanya keterbatasan stat dan sumber daya, tidak semua proses di Rumah Sakit dapat diukur dan diperbaiki pada saat yang bersamaan. Oleh karena itu, tanggung jawab utama Direktur Rumah Sakit adalah secara kolaboratif menetapkan prioritas pengukuran dan perbaikan di seluruh area Rumah Sakit. Prioritas ini meliputi upaya pengukuran dan perbaikan yang mempengaruhi atau mencerminkan kegiatan yang terdapat di berbagai unit pelayanan dalam rangka kendali mutu, dapat juga berdasarkan pengembangan dari core bisnis RS atau unggulan Rumah Sakit, bisa juga dalam rangka kendali biaya. Untuk rumah sakit pendidikan maka program pendidikan dan riset klinis merupakan prioritas. Sebagai contoh : suatu rumah sakit menjadi pusat rujukan regional, maka Direktur Rumah Sakit akan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit tersebut sehingga mampu menjadid rujukan di tingkat regional tersebut.

Direktur rumah sakit dengan para pimpinan dan komite/tim peningkatan mutu dan keselamatan pasien merancang upaya peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas rumahsakit dengan memperhatikan

- a. Misi Rumah Sakit
- b. Data-data permasalahan yang ada, misalnya komplain pasien, capaian indikator mutu yang masih rendah, adanya kejadian tidak diharapkan
- c. Adanya sistem dan proses yang memperlihatkan variasi penerapan dan hasil yang paling banyak, misalnya pelayanan pasien stroke yang dilakukan oleh lebih dari satu dokter spesialis syaraf, memperlihatkan proses pelayanan yang masih bervariasi atau belum terstandarisasi sehingga hasil pelayanan juga bervariasi.
- d. Dampak dari perbaikan misalnya penilaian perbaikan efisiensi dari suatu proses klinis yang kompleks pada pelayanan stroke, pelayanan jantung dan lainnya, dan/atau identifikasi pengurangan biaya dan sumber daya yang digunakan dengan adanya perbaikan suatu proses. Penilaian dampak dari perbaikan tersebut akan menunjang pemahaman tentang biaya relatif yang dikeluarkan demi investasi mutu dan sumber daya manusia, finansial, dan keuntungan lain dari investasi tersebut. Untuk ini perlu pembuatan program (tool) sederhana untuk menghitung sumber daya yang digunakan pada proses yang lama dan pada proses yang baru.
- e. Dampak pada perbaikan sistem sehingga efek dari perbaikan dapat terjadi di seluruh rumah sakit, misalnya pengukuran mutu pelayanan klinis prioritas yang dapat berdampak terhadap perbaikan sistem manajemen obat di rumah sakit.
- f. Riset klinik dan program pendidikan profesi kesehatan merupakan prioritas untuk Rumah Sakit yang mempunyai peserta didik klinis.

Berdasarkan hal tersebut diatas, Direktur Rumah Sakit membuat program peningkatan mutu pelayanan prioritas dengan mengembangkan standarisasi proses dan hasil asuhan Klinis pelayanan prioritas serta mengembangkan pengukuran mutu klinis, manajerial dan penerapan sasaran keselamatan pasien (lihat juga PMKP 5).

MANAJEMEN KONTRAK

Standar TKRS 6

Para kepala bidang/divisi di RS bertanggung jawab untuk mengkaji/review, memilih, dan memantau kontrak klinis dan kontrak manajerial

Maksud dan Tujuan TKRS 6

Sesuai peraturan perundangan, Rumah Sakit wajib menyediakan pelayanan klinis dan manajemen.

Rumah Sakit bisa mempunyai pilihan memberi pelayanan klinis dan manajemen ini secara langsung atau bisa melalui kontrak atau perjanjian lainnya. Kontrak pelayanan klinis disebut kontrak klinis dan untuk kontrak pelayanan manajemen disebut kontrak manajemen. Kontrak klinis bisa juga berhubungan dengan staf profesional kesehatan. Apabila kontrak berhubungan dengan staf profesional kesehatan (misalnya, kontrak perawat untuk perawatan kritis, dokter tamu/dokter paruh waktu, dll), kontrak harus menyebutkan bahwa staf profesional tersebut memenuhi persyaratan yang ditetapkan Rumah Sakit.

Pelayanan yang dikontrakan antara lain meliputi layanan radiologi dan pencitraan diagnostik hingga pelayanan akuntansi keuangan dan pelayanan yang disediakan untuk housekeeping, makanan dan linen. Direktur rumah sakit menjabarkan secara tertulis jenis dan ruang lingkup layanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak. Kontrak manajemen bisa meliputi pelayanan akuntansi keuangan, kerumah tanggaan seperti security, parkir, makanan, linen/laundry, pengolah limbah sesuai kebutuhan Rumah Sakit.

Direktur Rumah Sakit menjabarkan secara tertulis, sifat dan cakupan dari pelayanan yang disediakan melalui perjanjian kontrak. Dalam semua hal, Direktur Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari aktivitas manajemen dan peningkatan mutu Rumah Sakit.

Kepala bidang/divisi pelayanan klinis dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi kontrak klinis dan bertanggung jawab untuk kontrak klinis.

Kepala bidang/divisi manajemen dan kepala unit/instalasi/departemen terkait berpartisipasi dalam seleksi terhadap kontrak manajemen dan bertanggung jawab atas kontrak manajemen tersebut. Kepala bidang/divisi dan Kepala unit/instalasi/departemen selain berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis atau kontrak manajemen, juga bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut (Lihat juga ARK 1 dan MIRM 6).

Berdasarkan hal diatas maka kontrak atau perjanjian lainnya perlu diatur regulasinya antara lain meliputi

- a. Penunjukan penanggung jawab untuk kontrak klinis dan penanggung jawab untuk kontrak manajemen
- b. Seleksi kontrak berdasarkan kepatuhan peraturan perundang-undangan yang terkait.
- c. Penetapan kontrak dan dokumen kontraknya.
- d. Dokumen menyebutkan pengalihan tanggung jawab pada pihak kedua.
- e. Monitoring mutu kontrak yang meliputi indikator mutu pelayanan yang dikontrakan, bagaimana pengumpulan dan analisa data serta pelaporan
- f. Teguran dan pemutusan kontrak, bila mutu pelayanan yang disediakan melalui kontrak tidak sesuai dengan kontrak
- g. Review kontrak untuk perpanjangan

selain kontrak atau perjanjian lainnya terkait dengan pelayanan yang perlu disediakan, rumah sakit juga perlu mengatur terkait kontrak atau perjanjian lainnya yang terkait sumber daya manusia, khususnya staf medis.

Standar TKRS 6.1

Kontrak dan perjanjian lainnya dievaluasi sebagai bagian dari program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan TKRS 6.1

Rumah sakit perlu melakukan evaluasi mutu pelayanan dan keselamatan pasien pada semua pelayanan di rumah sakit, baik yang secara langsung disediakan sendiri oleh rumah sakit maupun yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya. Rumah sakit perlu mendapatkan informasi mutu dari pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak atau perjanjian lainnya, lalu menganalisis informasi tersebut, kemudian mengambil tindakan berdasar atas data dan informasi tersebut. Pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak dan perjanjian lainnya perlu mencantumkan indikator mutu yang dapat dipergunakan untuk mengukur mutu pelayanan yang disediakan berdasar atas kontrak tersebut. Data indikator mutu apa saja yang harus dikumpulkan dan dilaporkan ke Komite/Tim Mutu rumah sakit, frekuensi pengumpulan data, dan format pengumpulan data.

Kepala unit pelayanan/departemen menerima laporan mutu dari penyedia kontrak yang kemudian ditindaklanjuti dan memastikan bahwa laporan-laporan tersebut di-integrasikan ke dalam proses penilaian mutu rumah sakit. (lihat juga APK 4.1, EP, dan APK.5, EP 4 dan 6).

Sebagai contoh: makanan pasien di rumah sakit disediakan berdasar atas kerja sama dengan pihak ketiga. Dengan demikian, pelayanan makanan yang disediakan pihak ketiga tersebut perlu diukur mutunya menggunakan indikator mutu. Penanggung Jawab Gizi secara berkala melaporkan hasil capaian indikator mutu kepada Komite/Tim Mutu Rumah Sakit.

Standar TKRS 6.2

Kepala bidang/kepala divisi pelayanan klinis memastikan bahwa dokter praktik mandiri yang bukan merupakan staf RS memiliki izin dan kredensial yang tepat sesuai dengan pelayanan yang diberikan kepada pasien rumah sakit dan peraturan perundangan

Maksud dan Tujuan TKRS 6.2

Kepala bidang /divisi pelayanan klinis dapat merekomendasikan kontrak atau mengatur pelayanan staf profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter, dokter gigi dan para praktisi independen lainnya diluar Rumah Sakit. Dalam beberapa kasus dokter praktik mandiri tersebut dapat berada diluar rumah sakit atau bahkan dari luar negeri. Pelayanan itu dapat mencakup telemedicine atau teleradiology. Apabila dari pelayanan praktisi tersebut pasien membutuhkan perawatan atau alur perawatan maka praktisi tersebut harus melalui proses kredensial dan pengurusan izin praktik di rumah sakit. Para Kepala bidang/divisi Rumah Sakit bertanggung jawab terhadap kontrak atau pengaturan lain untuk memastikan bahwa pelayanan dapat memenuhi kebutuhan pasien dan merupakan bagian dari kegiatan manajemen dan peningkatan mutu Rumah Sakit.

Kepala departemen/unit/instalasi pelayanan berpartisipasi dalam meninjau dan memilih semua kontrak klinis dan non-klinis serta bertanggung jawab untuk memantau kontrak tersebut.

MANAJEMEN SUMBER DAYA

Standar TKRS 7

dengan mempertimbangkan mutu dan keselamatan

Maksud dan Tujuan TKRS 7

Direktur Rumah Sakit dapat membuat keputusan lebih baik jika mempunyai data sebagai Direktur RS membuat keputusan terkait pengadaan dan penggunaan sumber dayadasar membuat keputusan. Sebagai contoh, jika Rumah Sakit ingin mengganti atau menambah pompa infus, informasi tidak hanya tentang harga saja, tetapi juga tentang persyaratan pemeliharannya, pelatihan orangnya, informasi tentang kegagalan fungsi dan insiden keselamatan pasien. Sama juga halnya, jika harus memutuskan tentang pengurangan atau memperkerjakan kembali seorang staf keperawatan, implikasi dari mutu dan keselamatan asuhan pasien menjadi pertimbangan (lihat juga KKS 6 EP 7 dan KKS 15EP 3). Direktur Rumah Sakit menetapkan proses mengumpulkan data dan informasi dalam pengadaan dalam jumlah besar serta rujukan informasi agar dapat dipastikan faktor mutu dan keselamatan pasien ada dalam informasi. Satu komponen dari pengumpulan data yang dipakai membuat keputusan terkait sumber daya, adalah memahami persyaratan atau yang direkomendasikan pada teknologi medis, perbekalan farmasi, obat, yang diperlukan untuk memberikan layanan. Rekomendasi dapat berasal dari pemerintah, organisasi profesi nasional atau internasional, atau dari sumber lain yang dapat dipercaya Yang dimaksud dengan teknologi medis adalah ilmu kedokteran yang menggunakan peralatan serta prosedur tertentu untuk membantu menemukan penyebab penyakit serta membantu pengobatannya. Berdasarkan hal diatas, rumah sakit perlu mempunyai regulasi yang mengatur pemilihan teknologi medis dan obat-obatan sebagai berikut:

- a. data dan informasi mengenai mutu dan implikasi keselamatan pasien dari penggunaanteknologi medis dan obat tersebut, jadi tidak hanya berdasarkan harga saja.
- b. rekomendasi dari staf klinis RS atau pemerintah atau organisasi profesi nasional maupun internasional atau sumber lain yang akurat

Jika pihak ketiga yang membuat keputusan, seperti, Kementerian Kesehatan maka Direktur Rumah Sakit harus memberikan data dan informasi tersebut kepada pihak ketiga ini Jika Rumah Sakit akan menggunakan teknologi medis dan/atau obat yang masih bersifat "trial" baik secara Nasional maupun Internasional pada asuhan pasien, maka Rumah Sakit harus menetapkan proses untuk mengkaji lalu kemudian menyetujui penggunaannya.

Persetujuan ini harus diberikan sebelum teknologi maupun obat obatan tersebut digunakan dalam asuhan pasien. Harus diputuskan apakah penggunaan teknologi medis dan atau obat obatan tersebut membutuhkan persetujuan khusus dari pasien.

Rumah Sakit perlu menyusun regulasi penggunaan teknologi medis dan obat baru yang masih dalam taraf uji coba (trial) sebagai berikut :

- 1) perlu melakukan kajian implikasi terhadap mutu dan keselamatan pasien dari pelaksa-naan uji coba (trial) tersebut.
- 2) pelaksanaan uji coba (trial) dapat dilakukan bila persetujuan dari Direktur RS sudah keluar.
- 3) dalam melaksanakan uji coba (trial) membutuhkan persetujuan khusus dari pasien (*in-formed consent*)

Standar TKRS 7.1

Direktur RS menelusuri dan menggunakan data dan informasi tentang rantai distribusi obat, dan perbekalan farmasi yang aman untuk melindungi pasien dan staf dari produk yang berasal dari pasar gelap, palsu, terkontaminasi atau cacat.

Maksud dan Tujuan TKRS 7.1

Manajemen rantai distribusi obat adalah faktor yang sangat penting dalam menjamin pengadaan perbekalan Rumah Sakit yang aman dan berkualitas. Rantai distribusi obat ini meliputi tahapan bagaimana perbekalan dikirim dari pabrik ke distributor dan akhirnya sampai ke Rumah Sakit. Rangkaian distribusi ini merupakan komponen sangat penting untuk memastikan tersedianya perbekalan yang dibutuhkan datang tepat waktu, mencegah obat serta teknologi medis yang tercemar, palsu, sampai di pasien di Rumah Sakit. Ini merupakan masalah global yang sudah dikenal dan untuk mengatasinya harus diketahui tentang reputasi, kredibilitas, kegiatan operasional setiap komponen dari rantai distribusi. Mungkin informasi yang ada tidak dapat lengkap dan sukar untuk mengkaitkan satu sama lain, tetapi Rumah Sakit paling sedikit dapat memutuskan dimana letak risiko yang signifikan berada dan kemudian melakukan pemilihan berdasar informasi. Penelusuran produk melalui bar-coding dan cara lain dapat membantu manajemen dan staf mengerti bagaimana gambaran dari rantai suplai dan dapat mencegah penggelapan.

Meskipun tidak ada standar tunggal secara global mengatur rantai distribusi ini, bahkan bila tidak ada standar nasional, Direktur Rumah Sakit tetap bertanggung jawab untuk mengetahui isu ini dan melaksanakan strategi melindungi rantai distribusinya. Jika perbekalan Rumah Sakit dibeli, disimpan, dan di distribusi oleh instansi pemerintah, Rumah Sakit ikut melaksanakan program untuk deteksi dan melaporkan perbekalan yang diduga tercemar, palsu dan mengambil tindakan mencegah kerugian potensial pada pasien. Jika sebuah Rumah Sakit pemerintah tidak mengetahui informasi tentang integritas setiap pemasok (supplier) di rantai distribusi, Rumah Sakit dapat minta informasi untuk mengetahui bagaimana perbekalan di beli dan di kelola oleh pemerintah atau badan non pemerintah.

Khusus untuk pembelian alat kesehatan, bahan medis habis pakai dan obat yang berisiko termasuk vaksin, agar memperhatikan alur rantai distribusi yang antara lain meliputi

- 1) Akte pendirian perusahaan dan pengesahan dari Kementerian Hukum dan Hak Azasi Manusia.
- 2) Sura Izin Usaha Perusahaan (SIUP)
- 3) NPWP
- 4) Izin Pedagang Besar Farmasi - Penyalur Alat Kesehatan (PBF-PAK)
- 5) Perjanjian Kerja Sama antara distributor dengan prinsipal dan RS
- 6) Nama dan Surat izin Kerja Apoteker untuk apoteker Penanggung jawab PBF
- 7) Alamat dan denah kantor PBF
- 8) Surat garansi jaminan keaslian produk yang didistribusikan (dari prinsipal)

ORGANISASI STAF KLINIS DAN TANGGUNG JAWABNYA

Standar TKRS 8

Rumah sakit menetapkan struktur organisasi pelayanan medis, pelayanan keperawatan dan pelayanan klinis lainnya secara efektif, lengkap dengan uraian tugas dan tanggung jawabnya.

Maksud dan Tujuan TKRS 8

Tata kelola klinis harus berjalan dengan baik di rumah sakit, karena itu selain terdapat pimpinan klinis, rumah sakit juga perlu membentuk Komite Medik dan Komite Keperawatan dengan tujuan dapat menjaga mutu, kompetensi, etik, dan disiplin para staf profesional tersebut. Rumah sakit agar menetapkan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan medis, lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan pelayanan keperawatan dan lingkup pelayanan yang dikoordinasikan oleh pimpinan penunjang medik. Kepala unit pelayanan dengan staf klinisnya mempunyai tanggung jawab khusus terhadap pasien di Rumah Sakit. Staf klinis yang ditempatkan di unit-unit pelayanan, secara fungsi dikoordinasi oleh para pimpinan pelayanan (kepala bidang/divisi). Dalam melakukan koordinasi tersebut pimpinan pelayanan medis juga melakukan koordinasi dengan komite medis dan untuk pimpinan keperawatan melakukan koordinasi dengan komite keperawatan, sehingga unit pelayanan dibawah koordinasi para pimpinan klinis (kepala bidang/divisi pelayanan klinis), dapat mempunyai fungsi:

- 1) Mendorong agar antar staf profesional terjalin komunikasi baik
- 2) Membuat rencana bersama dan menyusun kebijakan, panduan praktik klinik dan protokol, pathways, dan ketentuan sebagai panduan memberikan layanan klinik
- 3) Menetapkan etik dan melaksanakan sesuai profesinya masing masing
- 4) Mengawasi mutu asuhan pasien (lihat juga TKRS 10)
- 5) Kepala unit pelayanan menetapkan struktur organisasi unit pelayanan untuk dapat melaksanakan tanggung jawabnya.

Secara umum struktur organisasi unit pelayanan yang ditetapkan,

- a) Terdiri dari staf klinik yang relevan
- b) Didasarkan kepada kepemilikan Rumah Sakit, misi dan struktur organisasi Rumah Sakit
- c) Sesuai kompleksitas layanan Rumah Sakit dan jumlah staf profesional
- d) Efektif melaksanakan 4 (empat) fungsi tersebut di paragraph terdahulu di Maksud dan tujuan TKRS 8 ini.

Standar TKRS 9

Satu atau lebih individu yang kompeten ditetapkan sebagai kepala unit di masing-masing unit pelayanan di RS sesuai peraturan perundang-undangan

Maksud dan Tujuan TKRS 9

Pelayanan klinis, hasil asuhan klinis pasien, dan manajemen suatu rumah sakit secara keseluruhan dihasilkan dari kegiatan klinis dan manajerial tiap departemen serta unit pelayanan. Kinerja departemen atau unit pelayanan yang baik membutuhkan kepemimpinan yang jelas dari individu yang kompeten. Dalam departemen atau unit layanan yang lebih besar maka kepemimpinannya dapat dipisah-pisahkan. Dalam hal semacam itu maka tanggung jawab masing-masing didefinisikan secara tertulis. Sebagai contoh Departemen laboratorium, mempunyai kepala Departemen dan mempunyai kepala unit laboratorium patologi klinis, kepala unit laboratorium anatomi, laboratorium, dan lainnya. Kepala Departemen dalam

standar ini untuk selanjutnya disebut Koordinator Pelayanan. Tiap koordinator dan kepala unit pelayanan melakukan identifikasi kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya serta mengusulkan kepada direksi rumah sakit.

Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa staf, ruang, peralatan, dan sumber daya lainnya tersedia memadai setiap saat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Meskipun para Koordinator Pelayanan atau Kepala Unit Pelayanan telah membuat rekomendasi atau usulan mengenai kebutuhan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya, kebutuhan tersebut kadang-kadang berubah atau tidak terpenuhi. Karena itu, Koordinator pelayanan/Kepala unit pelayanan harus memiliki proses untuk merespons kekurangan sumber daya supaya pelayanan di unit pelayanan tetap aman dan efektif terjamin mutunya bagi semua pasien. Koordinator pelayanan dan unit layanan mempertimbangkan pelayanan yang diberikan dan direncanakan oleh departemen atau unit layanan tersebut serta pendidikan, keahlian, pengetahuan, dan pengalaman yang diperlukan oleh staf profesional dari departemen tersebut dalam melakukan pelayanan. Koordinator pelayanan dan unit layanan menyusun kriteria yang mencerminkan pertimbangan ini dan kemudian memilih staf berdasar atas kriteria tersebut. Pemimpin departemen dan unit layanan juga dapat bekerja sama dengan departemen sumber daya manusia dan departemen lainnya dalam proses seleksi berdasar atas rekomendasi mereka.

Pemimpin departemen dan unit layanan memastikan bahwa semua staf dalam departemen atau unit layanan memahami tanggung jawab mereka dan mengadakan kegiatan orientasi dan pelatihan bagi karyawan baru. Kegiatan orientasi mencakup misi rumah sakit dan departemen/unit layanan, lingkup dari pelayanan yang diberikan, serta regulasi yang terkait dalam memberikan pelayanan. Sebagai contoh, semua staf memahami prosedur pencegahan serta pengendalian infeksi dalam rumah sakit dan dalam departemen/unit layanan tersebut. Bila ada revisi maupun regulasi yang baru maka para staf akan diberikan pelatihan yang sesuai (lihat juga ARK 3 EP 1, AP 5.1, AP 6.1, AP 5.11 EP 1, PKPO 1, PMKP 1, dan PPI 1)

Standar TKRS 10

Kepala unit mengidentifikasi secara tertulis pelayanan yang diberikan oleh unit, serta mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pelayanan tersebut dengan pelayanan dari unit lain

Maksud dan Tujuan TKRS 10

Kepala dari unit pelayanan klinis rumah sakit bekerja-sama untuk menetapkan format dan isi yang seragam untuk dokumen perencanaan unit yang spesifik. Secara umum, dokumen yang disiapkan oleh tiap-tiap unit pelayanan klinis menetapkan tujuan maupun mengidentifikasi pelayanan saat ini dan yang direncanakan. Regulasi di unit mencerminkan tujuan dan pelayanan unitnya termasuk persyaratan jabatan staf yang dibutuhkan untuk melakukan asesmen serta memenuhi kebutuhan pelayanan pasien. Pelayanan klinis yang diberikan kepada pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan di dalam setiap unit pelayanan. Selain itu, setiap unit pelayanan mengkoordinasikan dan mengintegrasikan pelayanannya dengan unit pelayanan yang lain. Duplikasi pelayanan yang tidak perlu dihindari atau dihilangkan agar menghemat sumber daya. Yang dimaksud dengan unit pelayanan klinis adalah unit pelayanan dimana professional pemberi asuhan (PPA) memberikan asuhan klinis di unit tersebut. Contoh: unit rawat jalan, unit rawat inap, unit radiologi, unit farmasi, unit laboratorium, dan lain-lain

Standar TKRS 11

Kepala Unit pelayanan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan berpartisipasi dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien Rumah Sakit, melakukan monitoring, meningkatkan asuhan pasien yang spesifik berlaku di unitnya.

Maksud dan Tujuan TKRS 11

Kepala unit pelayanan melibatkan semua stafnya dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien yang mencerminkan prioritas rumah sakit secara menyeluruh (TKRS 5) serta melakukan monitoring kegiatan klinis dan nonklinis yang spesifik untuk unit pelayanan tersebut.

Sebagai contoh, unit layanan dapat berpartisipasi dalam upaya menyeluruh di rumah sakit untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat juga memonitor serta mengurangi variasi dalam suatu proses internal seperti pemesanan uji diagnostik untuk pasien dengan kondisi yang sama. Selain itu, unit juga dapat terlibat dalam proyek automasi untuk memperbaiki komunikasi serah terima dan dapat memonitor serta memperbaiki akurasi untuk pembayaran pasien. Oleh karena itu Kepala unit pelayanan menerapkan pemilihan dan pengawasan penilaian secara spesifik terhadap unit pelayanan yang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) Penilaian RS secara menyeluruh dan peningkatan mutu pelayanan klinis prioritas yang ditetapkan oleh Direktur RS, yang terkait secara spesifik dengan departemen atau unit layanan mereka, sebagai contoh: RS melakukan penilaian asesmen rehabilitasi medis pada pasien stroke, maka di unit pelayanan stroke untuk penilaian mutunya, wajib menggunakan indikator tersebut.
- b) Penilaian yang terkait dengan prioritas departemen/unit layanan secara spesifik untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan untuk tindakan/tata laksana berisiko tinggi, meningkatkan tingkat kepuasan pasien dan meningkatkan efisiensi. Sebagai contoh: di unit pelayanan anak, terdapat variasi dalam penanganan penyakit A, khususnya penggunaan obat, maka indikator mutu yang dikembangkan di unit tersebut adalah penggunaan obat X untuk penyakit A tersebut
- c) Penilaian spesifik di unit pelayanan ini juga diharapkan dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi praktik profesional berkelanjutan dari para Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Sebagai contoh: Salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan time-out, berdasarkan hal tersebut maka salah satu penilaian mutu dan keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan time out.

Berdasarkan atas poin a) sampai dengan c), maka jumlah minimal indikator mutu di unit pelayanan klinis, diserahkan ke Rumah Sakit, yang penting disini sudah memenuhi kriteria a) sampai dengan c).

Pemilihan unsur penilaian sebaiknya berdasar atas kegiatan dan proses yang membutuhkan perbaikan di setiap departemen/unit layanan. Untuk setiap unsur penilaian harus ada suatu target yang ditetapkan. Tidak menjadi masalah jika pada penilaian pertama didapatkan bahwa target tidak terpenuhi, namun saat strategi perbaikan telah dilaksanakan maka pimpinan departemen/unit layanan berharap dapat melihat perbaikan menuju tercapainya target tersebut. Ketika target telah tercapai dan dipertahankan untuk setidaknya empat periode penilaian akan diadakan pemilihan untuk unsur penilaian yang baru.

Kepala departemen/unit layanan klinis bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan penilaian dapat memberikan kesempatan untuk evaluasi bagi para staf maupun proses pelayanan. Karena itu, seiring dengan berjalannya waktu, penilaian harus mencakup semua pelayanan yang tersedia. Hasil dari data dan informasi yang didapatkan dalam penilaian adalah hal yang penting dalam upaya perbaikan di

setiap departemen/unit layanan, serta juga penting terhadap peningkatan mutu rumah sakit dan program keselamatan pasien. (lihat juga PMKP 1, EP 3; PMKP 4.1; dan PPI 10, EP 1)

Catatan:

Komite pencegahan dan pengendalian infeksi, unit fasilitas, unit radiologi/pengendalian yang tercantum dalam prioritas penilaian dan dijabarkan dalam standar dan laboratorium klinis mempunyai program berkala untuk upaya pengawasan serta terkait dengan pelayanan tersebut. (lihat juga AP 5.9, AP 6.7, PPI10, dan MFK 10)

Standar TKRS 11.1

Kepala Unit Pelayanan Klinis memilih dan menerapkan penilaian mutu dan keselamatan pasien secara spesifik terhadap cakupan pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan tersebut serta menyediakan data dan informasi dari hasil kegiatan tersebut, yang dapat dipergunakan untuk melakukan evaluasi dokter, perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya yang memberikan asuhan pasien di unit pelayanan tersebut.

Maksud dan Tujuan TKRS 11.1

Kepala unit bertanggung jawab menjamin bahwa kegiatan pengukuran memberikan kesempatan untuk mengevaluasi staf maupun proses pelayanannya.

Dengan demikian, dari waktu ke waktu pengukuran meliputi semua pelayanan yang diberikan. Data dan informasi yang dihasilkan tidak hanya penting untuk upaya peningkatan mutu unit pelayanannya, tetapi juga penting untuk program peningkatan mutu dan keselamatan pasien rumah sakit (lihat juga 2.1 EP 6, PAB 8.1.EP 6).

Kepala unit pelayanan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa kegiatan pengukuran tentang cakupan layanan yang diberikan oleh unit pelayanan berguna untuk melakukan evaluasi terhadap staf termasuk evaluasi terhadap proses asuhan klinis. Dalam beberapa hal, pengukuran mutu di dalam Departemen/Unit pelayanan dibandingkan juga dengan organisasi lain.

Data juga di butuhkan untuk melakukan evaluasi terhadap perawat dan staf klinis pemberi asuhan lainnya. Walaupun staf klinis pemberi asuhan lainnya ini sudah mempunyai rincian tugas serta fungsi dan kewajiban, kepala unit pelayanan masih bertanggung jawab untuk menyediakan data yang digunakan untuk pelaksanaan evaluasi terhadap tenaga-tenaga ini.

Sistem penilaian kinerja staf ini mengacu kepada regulasi di rumah sakit dan peraturan perundang-undangan.

Sebagai contoh: salah satu penilaian kinerja dokter bedah adalah pelaksanaan time-out dan berdasar atas hal tersebut maka salah satu penilaian mutu serta keselamatan pasien di unit kamar operasi adalah pelaksanaan time out.

Standar TKRS 11.2

Setiap Kelompok Staf Medis (KSM) memilih dan menetapkan panduan praktik klinik yang dapat dilengkapi dengan alur klinis (clinical pathway) dan/atau protokol klinis dan atau prosedur dan atau standing order sebagai pmisi dan struktur organisasi Rumah Sakit anduan dari asuhan klinik yang akan dilakukan evaluasi.

Maksud dan Tujuan TKRS 11.2

Sasaran rumah sakit adalah:

- standardisasi proses asuhan klinik.
- mengurangi risiko dalam proses asuhan, teristimewa yang berkaitan dengan keputusan tentang asuhan yang kritikal.
- memberikan asuhan klinik tepat waktu, efektif, menggunakan sumber daya yang tersedia dengan efisien.
- memberikan asuhan bermutu tinggi secara konsisten menggunakan "*evidence based practices*".

Rumah sakit dapat menggunakan berbagai sarana untuk mencapai tujuan-tujuan di atas maupun tujuan lainnya. Sebagai contoh yang diupayakan para tenaga medis adalah mengembangkan proses asuhan klinik dan membuat keputusan berdasar atas bukti ilmiah terbaik yang tersedia. Untuk upaya ini, panduan praktik klinis merupakan sarana yang bermanfaat untuk memahami serta menerapkan ilmu terbaik pada diagnosis dan kondisi-kondisi tertentu. (lihat juga PPI 6.1)

Rumah sakit dapat menyusun standar pelayanan kedokteran dengan memakai referensi pedoman nasional pelayanan kedokteran atau referensi dari organisasi profesi internasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Panduan praktik klinis, alur klinis (clinical pathway) atau protokol yang diseleksi untuk dilakukan evaluasi memenuhi kriteria:

- a) sesuai dengan populasi pasien yang ada dan misi RS
- b) disesuaikan dengan teknologi, obat, lain sumber daya di RS atau norma profesional yang berlaku secara nasional
- c) dilakukan asesmen terhadap bukti ilmiahnya dan disahkan oleh pihak berwenang
- d) disetujui resmi atau di gunakan oleh RS
- e) dilaksanakan dan di ukur terhadap efektivitasnya
- f) dijalankan oleh staf yang terlatih menerapkan pedoman atau pathways
- g) secara berkala diperbaharui berdasar bukti dan evaluasi dari proses dan hasil proses

Karena panduan, alur dan protokol terkait dapat memberikan dampak bagi beberapa unit pelayanan klinis, maka setiap Kelompok Staf Medis diharapkan terlibat dalam pemilihan, penerapan dan evaluasi panduan, alur dan protokol klinis di masing-masing Kelompok Staf Medis.

Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol di unit-unit pelayanan klinis maka Kepala Unit Pelayanan Klinis agar terlibat dalam evaluasi penerapan panduan, alur, dan protokol tersebut dengan menggunakan indikator-indikator mutu sebagaimana diatur di TKRS 11.

Setiap kelompok staf medis setiap tahun di harapkan mencapai hal-hal sbb:

- 1) Setiap Ketua Kelompok Staf Medis menetapkan secara bersama paling sedikit setiap tahun, 5 (lima) panduan praktik klinis untuk diimplementasikan di unit pelayanan dengan memilih proses yang diimplementasikan, misalnya sebuah diagnosis seperti stroke, tindakan seperti transplantasi, populasi pasien seperti geriatri, penyakit seperti diabetes melitus yang selanjutnya panduan ditetapkan berdampak terhadap keamanan dan mutu asuhan pasien serta mengurangi variasi hasil yang tidak diinginkan. Mengingat penerapan panduan, alur, dan protokol klinis di unit pelayanan maka dalam pemilihan dan penetapan panduan, alur, dan protokol agar melakukan komunikasi dan koordinasi dengan unit pelayanan terkait agar dapat membantu penerapan dan evaluasi penerapannya

- 2) Menetapkan panduan pemilihan dan penyusunan panduan praktik klinis, alur klinis (clinical pathway), dan/atau protokol klinis, dan/atau prosedur, dan/atau standing order sebagai panduan asuhan klinis dengan mengacu pada butir a) sampai dengan g) di atas.

Komite medis bersama-sama dengan pimpinan pelayanan medis melakukan monitoring kepatuhan staf medis/DPIP terhadap panduan praktik klinis. Monitoring dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi ketepatan penggunaan obat, pemeriksaan penunjang medis, dan length of stay (LOS) walau harus diakui bahwa perpanjangan LOS banyak faktor yang terkait dan tidak murni mengukur kepatuhan DPJP.

ETIKA ORGANISASI DAN ETIKA KLINIS

Standar TKRS 12

RS menetapkan tata kelola untuk manajemen etis dan etika pegawai agar menjamin bahwa asuhan pasien diberikan didalam norma-norma bisnis, finansial, etis, dan hukum yang melindungi pasien dan hak mereka.

Maksud dan Tujuan TKRS 12 sampai dengan TKRS 12.2

Rumah sakit menghadapi banyak tantangan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas. Kemajuan dalam bidang teknologi kedokteran, dana/anggaran rumah sakit yang terbatas, dan harapan pasien yang terus meningkat sejalan dengan semakin meningkatnya pendidikan di masyarakat serta dilema etis dan kontroversi yang sering terjadi telah menjadi hal yang sering dihadapi oleh rumah sakit.

Kerangka kerja rumah sakit untuk manajemen etis meliputi pemasaran, admisi/penerimaan pasien rawat inap (admission), pemindahan pasien (transfer), pemulangan pasien (discharge), dan pemberitahuan (disclosure) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien. Berdasar atas hal tersebut maka rumah sakit harus mempunyai kerangka etika yang menjamin bahwa asuhan pasien diberikan di dalam norma-norma bisnis, finansial, etis, serta hukum yang melindungi pasien dan hak mereka. Kerangka etika yang dapat berbentuk pedoman atau bentuk regulasi lainnya termasuk referensi atau sumber etikanya dari mana, dan diperlukan edukasi untuk seluruh staf.

Kerangka etika atau pedoman etik Rumah Sakit tersebut antara lain mengatur:

- 1) tanggung jawab Direktur Rumah Sakit secara profesional dan hukum dalam menciptakan dan mendukung lingkungan dan budaya kerja yang berpedoman pada etika dan perilaku etis termasuk etika pegawai
- 2) penerapan etika dengan bobot yang sama pada kegiatan bisnis/manajemen maupun kegiatan klinis/pelayanan Rumah Sakit
- 3) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat untuk acuan kinerja dan sikap organisasi selaras dengan visi, misi dan pernyataan nilai-nilai Rumah Sakit, kebijakan sumber daya manusia, laporan tahunan serta dokumen lainnya
- 4) kerangka etika (pedoman etik) ini dapat membantu tenaga kesehatan, staf, serta pasien dan keluarga pasien ketika menghadapi dilema etis dalam asuhan pasien, seperti perselisihan antar profesional dan perselisihan antara pasien dan dokter mengenai keputusan dalam asuhan dan pelayanan. Sesuai regulasi, Rumah Sakit dapat menetapkan Komite/Panitia/Tim yang mengelola etik RS, termasuk melakukan koordinasi antara komite etik RS dengan subkomite etik profesi medis dan sub komite etik keperawatan

- 5) mempertimbangkan norma-norma nasional dan internasional terkait dengan hak asasi manusia dan etika profesional dalam menyusun kerangka etika dan dokumen pedomanlainnya

Rumah sakit dalam menjalankan kegiatannya secara etika harus

- a. mengungkapkan kepemilikan dan konflik kepentingan;
- b. menjelaskan pelayanannya pada pasien secara jujur;
- c. melindungi kerahasiaan informasi pasien;
- d. menyediakan regulasi yang jelas mengenai pendaftaran pasien, transfer, dan pemulangan pasien;
- e. menagih biaya untuk pelayanan yang diberikan secara akurat dan memastikan bahwa insentif finansial dan pengaturan pembayaran tidak mengganggu pelayanan pasien;
- f. mendukung transparansi dalam melaporkan pengukuran kinerja klinis dan kinerja organisasi;
- g. menetapkan sebuah mekanisme agar tenaga kesehatan dan staf lainnya dapat melaporkan kesalahan klinis atau mengajukan kekhawatiran etis dengan bebas dari hukuman, termasuk melaporkan perilaku staf yang merugikan terkait dengan masalah klinis ataupun operasional;
- h. mendukung lingkungan yang memperkenankan diskusi secara bebas mengenai masalah/isu etis tanpa ada ketakutan atas sanksi;
- i. menyediakan resolusi yang efektif dan tepat waktu untuk masalah etis yang ada;
- j. memastikan praktik nondiskriminasi dalam hubungan kerja dan ketentuan atas asuhan pasien dengan mengingat norma hukum serta budaya negara Indonesia;
- k. mengurangi kesenjangan dalam akses untuk pelayanan kesehatan dan hasil klinis. (lihat juga PP 1, HPK 1.1, dan TKRS 8)

Standar TKRS 12.1

Kerangka kerja Rumah Sakit untuk manajemen etis meliputi pemasaran, admisi penerimaan pasien rawat inap (admission), pemindahan pasien (transfer), pemulangan pasien (discharge) dan pemberitahuan (disclosure) tentang kepemilikan serta konflik bisnis maupun profesional yang bukan kepentingan pasien.

Standar TKRS 12.2

Kerangka kerja RS untuk manajemen etis mendukung pengambilan keputusan secara etis didalam pelayanan klinis dan pelayanan nonklinis.

BUDAYA KESELAMATAN

Standar TKRS 13

Direktur RS menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan TKRS 13 dan TKRS 13.1

Budaya keselamatan dapat diartikan sebagai berikut : "Budaya keselamatan di rumah sakit adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif di mana staf klinis memperlakukan satu sama lain dengan hormat, dengan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari individu maupun kelompok, yang menentukan komitmen terhadap keselamatan, serta kemampuan manajemen rumah sakit, dicirikan dengan komunikasi yang berdasarkan rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan".

Tim belajar dari kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera. Staf klinis pembernberiasuhan menyadari keterbatasan kinerja manusia dalam sistem yang kompleks, dan adaproses yang terlihat dari belajar dan menjalankan perbaikan melalui briefing.

Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja samadan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit, Direktur RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS.

Perilaku yang tidak mendukung budayakeselamatan seperti:

- Perilaku yang tidak layak (Inappropriate), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki;
- perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, "celetukan maut" adalah komentar sembrono didepan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, contoh mengomentari negative hasil tindakan atau pengobatan staf lain didepan pasien, misalnya "obatnya ini salah, tamatan mana dia..?", melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya didepan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, membuang rekam medis diruangrawat;
- perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender;
- pelecehan seksual

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:

- 1) staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman
- 2) regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera
- 3) direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan
- 4) mendorong kolaborasi antarstaf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.

Komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporanyang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan.

Masih banyak rumah sakit yang masih memiliki budaya untuk menyalahkan suatu pihak yang akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan. Just culture adalah model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan budaya belajar, merancang sistem-sistem yang aman, serta mengelola perilaku yang terpilih (human error, at risk behavior, dan reckless behavior). Model ini melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal-hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang-peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku.

Ada saat-saat individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan; sebagai contoh, ketika ada komunikasi yang buruk antara pasien dan staf, ketika perlu pengambilan keputusan secara cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dalam pola proses pelayanan. Namun, terdapat juga kesalahan

tertentu yang merupakan hasil dari perilaku yang sembrono dan hal ini membutuhkan pertanggungjawaban. Contoh dari perilaku sembrono mencakup kegagalan dalam mengikuti pedoman kebersihan tangan, tidak melakukan time-out sebelum mulainya operasi, atau tidak memberi tanda pada lokasi pembedahan.

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menunjukan masalah yang terkait dengan sistem yang mengarah pada perilaku yang tidak aman. Pada saat yang sama, rumah sakit harus memelihara pertanggungjawaban dengan tidak mentoleransi perilaku sembrono. Pertanggungjawaban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yang berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (seperti mengabaikan langkah-langkah keselamatan yang sudah ditetapkan).

Beban kerja yang berlebihan serta stres yang mungkin terjadi pada staff RS juga bisa mengarah pada perilaku yang tidak aman/berisiko, karena itu rumah sakit perlu melakukan identifikasi jam kerja dan beban kerja serta stress yang mungkin bisa terjadi pada Profesional Pemberi Asuhan (PPA), staf klinis, staf non klinis termasuk residen dan peserta didik klinis lainnya. Bila ditemukan jam kerja dan beban kerja yang berlebihan dan adanya stress maka rumah sakit perlu melakukan upaya-upaya perbaikan.

Direktur Rumah Sakit melakukan evaluasi rutin dengan jadwal yang tetap dengan menggunakan beberapa metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.

Direktur Rumah Sakit mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif ini. Direktur Rumah Sakit harus menanggapi perilaku yang tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik.

Standar TKRS 13.1

Direktur Rumah Sakit melaksanakan, melakukan monitor, mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area di Rumah Sakit.

MANAJEMEN INFORMASI DAN REKAM MEDIK (MIRM)

GAMBARAN UMUM

Informasi diperlukan untuk memberikan, mengkoordinasikan dan juga mengintegrasikan pelayanan rumah sakit. Hal ini meliputi ilmu pengasuhan pasien secara individual, asuhan yang diberikan, dan kinerja staf klinis. Informasi merupakan sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan rumah sakit seperti halnya sumber daya manusia, material dan finansial. Setiap rumah sakit berupaya mendapatkan, mengelola, dan menggunakan informasi untuk meningkatkan/memperbaiki hasil asuhan pasien, kinerja individual, dan kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Seiring perjalanan waktu, rumah sakit harus lebih efektif dalam :

- mengidentifikasi kebutuhan informasi;
- merancang suatu sistem manajemen informasi;
- mendefinisikan serta mendapatkan data dan informasi;
- menganalisis data dan mengolahnya menjadi informasi;
- mengirim serta melaporkan data dan informasi; juga
- mengintegrasikan dan menggunakan informasi.

Walaupun komputerisasi dan teknologi lainnya meningkatkan efisiensi, prinsip manajemen informasi yang baik tetap berlaku untuk semua metode, baik berbasis kertas maupun elektronik. Standar-standar ini dirancang menjadi kompatibel dengan sistem non-komputerisasi dan teknologi masa depan.

Informasi Rumah sakit terkait asuhan pasien sangat penting untuk komunikasi antar staf klinis, yang didokumentasikan dalam Rekam Medis

Rekam medis (RM) adalah bukti tertulis (kertas/elektronik) yang merekam berbagai informasi kesehatan pasien seperti temuan hasil asesmen, rencana asuhan, rincian pelaksanaan asuhan dan pengobatan, catatan perkembangan pasien terintegrasi, serta ringkasan keputusannya yang dibuat oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

Penyelenggaraan rekam medis merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di rumah sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP) serta PPA lainnya selama pasien mendapat asuhan. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan rekam medis yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan pasien atau keperluan lainnya.

Rekam Medis memiliki aspek-aspek yang sangat penting, yaitu:

1. Aspek Administrasi: karena isi rekam medis menyangkut tindakan berdasar atas wewenang tanggung jawab sebagai tenaga kesehatan, profesional pemberi asuhan PPA dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis : karena catatan/rekaman tersebut dipergunakan sebagai dasar merencanakan pengobatan/asuhan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum: karena menyangkut masalah jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan : karena mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar pembiayaan.
5. Aspek Penelitian : karena menyangkut data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai dasar penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

6. Aspek Pendidikan : karena menyangkut data/informasi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran di bidang kesehatan.
7. Aspek Dokumentasi : karena menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban serta laporan rumah sakit.

Rekam Medis memiliki kegunaan sebagai:

1. Alat komunikasi antara professional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan asuhan (communication);
2. Dasar dalam perhitungan biaya pelayanan kepada pasien (financial billing).
3. Penyedia data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan (research & education).
4. Dasar untuk merencanakan asuhan yang harus diberikan kepada pasien (assessment).
5. Bahan yang berguna untuk analisis, penelitian, dan evaluasi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien (audit klinis)
6. Sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan.
7. Bukti tertulis/terekam atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit, dan pengobatan selama pasien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
8. Pelindung kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun PPA (*legal documentation*).

Tujuan pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan adalah menunjang tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang didukung oleh suatu system pengelolaan rekam medis yang cepat, tepat, bernilai, dapat dipertanggungjawabkan serta berfokus kepada pasien dan keselamatan pasien secara terintegrasi.

Standar MIRM 1

Penyelenggaraan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIM-RS) harus mengacu peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan MIRM 1 dan MIRM 1.1

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat SIMRS adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.

Sistem Informasi Kesehatan adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan.

RS menetapkan unit kerja yang mengelola SIMRS dan memiliki sumber daya manusia yang terdiri dari kepala unit dan staf dengan kualifikasi analisis sistem, programmer, hardware dan pemeliharaan jaringan. Dalam rangka keterbukaan kepada publik tersedia sistem pendaftaran rawat inap dan rawat jalan secara online.

Standar MIRM 1.1

Rumah sakit mengelola data dan informasi klinik serta manajerial

Standar MIRM 2

Rumah sakit merencanakan dan merancang proses manajemen informasi untuk memenuhi kebutuhan informasi internal maupun eksternal.

Maksud dan Tujuan MIRM 2

Informasi dikumpulkan dan digunakan selama asuhan pasien untuk mengelola sebuah rumah sakit yang aman dan efektif. Kemampuan menerima dan memberikan informasi memerlukan perencanaan yang efektif.

Perencanaan rumah sakit menggabungkan masukan dari berbagai sumber, antara lain:

- a) para profesional pemberi asuhan (PPA)
- b) para kepala bidang/divisi dan kepala unit pelayanan
- c) badan/pihak lain diluar rumah sakit yang membutuhkan data dan informasi tentang operasional dan pelayanan rumah sakit

Perencanaan juga mempertimbangkan misi rumah sakit, pelayanan yang diberikan, sumber daya, akses teknologi yang dapat dicapai, dan dukungan komunikasi efektif diantara pemberi pelayanan.

Permintaan terhadap data dan informasi harus selalu mengacu pada ketentuan dalam peraturan perundangan, misalnya tentang rahasia kedokteran. Prioritas kebutuhan informasi dari sumber-sumber mempengaruhi strategi manajemen informasi rumah sakit dan kemampuan mengimplementasikan strategi tersebut, sesuai dengan ukuran rumah sakit, kompleksitas pelayanan, ketersediaan staf terlatih, dan sumber daya manusia serta teknikal lainnya.

Perencanaan yang komprehensif meliputi seluruh unit kerja dan pelayanan yang ada dirumah sakit.

Standar MIRM 3

Para profesional pemberi asuhan (PPA) dan para kepala bidang/divisi serta kepala unit pelayanan berpartisipasi dalam memilih, mengintegrasikan, dan menggunakan teknologi manajemen informasi.

Maksud dan Tujuan MIRM 3

Teknologi manajemen informasi membutuhkan sumber daya yang besar sebagai investasi untuk rumah sakit. Oleh karena, itu teknologi harus secara cermat disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit saat ini dan masa depan, serta sumber dayanya.

Kebutuhan teknologi yang tersedia diintegrasikan dengan proses manajemen informasi yang ada saat ini serta membantu mengintegrasikan aktifitas seluruh unit kerja dan pelayanan rumah sakit.

Proses seleksi teknologi informasi yang sesuai dengan kebutuhan RS dilakukan melalui koordinasi dan partisipasi para profesional pemberi asuhan (PPA), para kepala bidang/divisi, dan kepala unit pelayanan.

Standar MIRM 4

Sistem manajemen data dan informasi rumah sakit menyiapkan kumpulan serta menentukan data dan informasi yang secara rutin (reguler) dikumpulkan sesuai dengan kebutuhan profesional pemberi asuhan (PPA), kepala bidang/divisi, kepala unit pelayanan, serta badan/pihak lain di luar rumah sakit.

Maksud dan Tujuan MIRM 4

Kumpulan data merupakan bagian penting dalam kegiatan peningkatan kinerja RS, karena dapat memberikan gambaran atau profil RS selama kurun waktu tertentu, dan dapat membandingkan kinerja dengan RS lain.

Kumpulan data terdiri atas:

- a. data mutu dan insiden keselamatan pasien
- b. data surveilans infeksi
- c. data kecelakaan kerja

Data tersebut membantu RS untuk mengetahui kinerja terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Standar MIRM 5

Data dianalisis diubah menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien, manajemen rumah sakit dan program manajemen mutu, serta pendidikan dan penelitian.

Maksud dan Tujuan MIRM 5

Rumah sakit mengumpulkan dan menganalisis data menjadi informasi untuk mendukung asuhan pasien serta manajemen rumah sakit. Informasi tersebut memberikan gambaran/ profil rumah sakit selama kurun waktu tertentu, dan dapat digunakan untuk membandingkan kinerja dengan rumah sakit lain. Jadi, kumpulan data merupakan bagian penting dalam upaya peningkatan kinerja rumah sakit.

Secara khusus, kumpulan data terdiri dari atas data mutu dan insiden keselamatan pasien, data surveilans infeksi, data kecelakaan kerja, manajemen risiko, sistem manajemen utilitas, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta tinjauan pemanfaatan/utilisasi dapat membantu rumah sakit untuk mengetahui kinerjanya terkini dan mengidentifikasi peluang untuk peningkatan/perbaikan.

Standar MIRM 6

Penyampaian data dan informasi secara tepat waktu dalam format yang memenuhi harapan pengguna dan dengan frekuensi yang dikehendaki.

Maksud dan Tujuan MIRM 6

Format dan metode penyampaian data dan informasi kepada pengguna yang menjadi sasaran dibuat agar memenuhi harapan pengguna. Strategi penyampaian, meliputi:

1. memberikan data dan informasi hanya atas permintaan dan kebutuhan pengguna;
2. membuat format laporan untuk membantu pengguna dalam proses pengambilan keputusan;
3. memberikan laporan dengan frekuensi sesuai yang dibutuhkan oleh pengguna;
4. mengaitkan sumber data dan informasi; dan
5. memberikan interpretasi atau klarifikasi atas data.

Standar MIRM 7

Rumah sakit mendukung asuhan pasien, pendidikan, serta riset dan manajemen melalui penyediaan informasi yang tepat waktu dari sumber data terkini.

Maksud dan Tujuan MIRM 7

PPA, peneliti, pendidik, kepala bidang/ divisi dan kepala unit pelayanan seringkali membutuhkan informasi untuk membantu mereka dalam pelaksanaan tanggung jawab.

Informasi demikian termasuk literatur ilmiah dan manajemen, panduan praktik klinis, hasil penelitian, metode pendidikan. Internet, materi cetakan di perpustakaan, sumber pencarian daring (on-line) dan materi pribadi yang semuanya merupakan sumber yang bernilai sebagai informasi terkini.

MANAJEMEN REKAM MEDIS

Standar MIRM 8

Rumah sakit menyelenggarakan pengelolaan rekam medis terkait asuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan MIRM 8

Penyelenggaraan rekam medis (RM) merupakan proses kegiatan yang dimulai sejak saat pasien diterima rumah sakit, dilakukan pencatatan data medis, selama pasien mendapat asuhan medis, keperawatan, dan PPA lainnya. Kegiatan dilanjutkan dengan penanganan RM yang meliputi penyimpanan dan penggunaan untuk kepentingan sendiri atau untuk kepentingan lainnya.

RS menetapkan organisasi yang mengelola sistem rekam medis yang tepat, benar, bernilai dan dapat dipertanggungjawabkan. Informasi kesehatan baik kertas maupun elektronik harus dijaga keamanan dan kerahasiaannya sehingga harus disimpan sesuai dengan peraturan dan perundangan. Untuk informasi kesehatan elektronik harus dijamin keamanan dan kerahasiaan dalam 3 (tiga) tempat yaitu server di dalam rumah sakit, salinan (backup) data rutin, dan data virtual (cloud)

Standar MIRM 9

Setiap pasien memiliki rekam medis yang formatnya selalu diperbaharui (terkini).

Maksud dan Tujuan MIRM 9

Setiap pasien memiliki berkas rekam medis, baik dalam bentuk kertas maupun elektronik yang merupakan sumber informasi utama mengenai proses asuhan dan perkembangan pasien, sehingga menjadi media komunikasi yang penting. Oleh karena itu, berkas rekam medis dievaluasi dan diperbaharui sesuai kebutuhan dan secara periodik.

Agar informasi ini berguna dan mendukung asuhan pasien secara berkelanjutan, maka rekam medis harus tersedia selama asuhan pasien rawat inap, rawat jalan, dan setiap saat dibutuhkan, serta dijaga untuk selalu mencatat perkembangan pasien terkini. Catatan medis, keperawatan, dan catatan PPA lainnya tersedia untuk semua tenaga kesehatan yang memberikan asuhan kepada pasien terkait. Rumah sakit mempunyai regulasi yang menetapkan tenaga kesehatan yang mempunyai akses ke berkas rekam medis pasien untuk menjamin kerahasiaan informasi pasien.

Sebagai contoh, pasien rawat jalan yang memerlukan riwayat sebelumnya di rawat inap atau sebaliknya.

Standar MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi tentang retensi rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 10

Rumah sakit mempunyai regulasi menentukan jangka waktu retensi rekam medis, data, dan informasi lainnya terkait pasien sesuai peraturan perundang-undangan, untuk mendukung asuhan pasien, manajemen, dokumentasi yang sah secara hukum, serta pendidikan dan penelitian.

Untuk rekam medis dalam bentuk kertas dilakukan pemilahan rekam medis aktif dan rekam medis yang tidak aktif serta disimpan secara terpisah. Penentuan jangka waktu retensi berkas rekam medis ditentukan atas dasar nilai kegunaan tiap-tiap berkas rekam medis dan konsisten dengan kerahasiaan dan keabsahan informasi. Bila jangka waktu retensi sudah habis maka rekam medis, data dan informasi yang terkait dengan pasien dimusnahkan sesuai peraturan perundang-undangan.

Standar MIRM 11

Berkas rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, gangguan, serta akses dan penggunaan yang tidak berhak.

Maksud dan Tujuan MIRM 11

Rekam medis pasien dan data serta informasi lain terkait pasien harus dijaga dan dilindungi sepanjang waktu. Sebagai contoh, rekam medis pasien yang aktif disimpan di area yang hanya tenaga kesehatan mempunyai otorisasi untuk akses.

Dokumen disimpan di lokasi yang terhindar dari air, api, panas, dan kerusakan lainnya.

Di rumah sakit yang menyimpan rekam medis secara elektronik, terdapat regulasi untuk mencegah akses menggunakan rekam medis tanpa ijin dan melaksanakan proses pencegahan penggunaan yang tidak berhak.

Standar MIRM 12

Rumah sakit menetapkan standar kode diagnosa, kode prosedur/tindakan, simbol, singkatan, dan artinya.

Maksud dan Tujuan MIRM 12

Terminologi, arti, kamus, serta nomenklatur memudahkan untuk membandingkan data dan informasi didalam rumah sakit dan membandingkan antar rumah sakit. Standarisasi berguna untuk mencegah terjadi salah komunikasi dan potensi terjadi kesalahan. Penggunaan secara seragam kode diagnosis dan prosedur memudahkan pengumpulan data serta analisisnya sesuai peraturan perundang-undangan.

Singkatan dapat menjadi masalah dan mungkin berbahaya, terutama berkaitan dengan penulisan resep obat. Sebagai tambahan, jika satu singkatan dipakai untuk bermacam macam istilah medik, akan terjadi kebingungan dan dapat menghasilkan kesalahan medik.

Singkatan dan simbol juga digunakan termasuk daftar "jangan digunakan" (do-not-use).

Ketentuan ini harus sesuai dengan standar lokal dan nasional yang diakui.

Standar MIRM 13

Rumah sakit menyediakan rekam medis untuk setiap pasien.

Maksud dan Tujuan MIRM 13

Setiap pasien yang menjalani asuhan dan pelayanan yang terdiri atas hasil asesmen, rencana asuhan, dan perkembangan kondisi pasien, baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat, serta pasien yang datang untuk pemeriksaan penunjang harus mempunyai rekam medis.

Setiap pasien memiliki satu nomor rekam medis dan pengaturan urutan berkas rekam medis untuk memudahkan menemukan rekam medis pasien dan mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.

Standar MIRM 13.1

Rekam medis pasien memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi pengobatan, dokumen pemeriksaan dan hasil pengobatan serta meningkatkan kesinambungan asuhan diantara PPA termasuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1

Rumah sakit menetapkan data dan informasi spesifik yang dicatat dalam rekam medis setiap pasien yang dilakukan asesmen atau diobati oleh professional pemberi asuhan (PPA) baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat.

Rekam medis memuat informasi yang memadai untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan serta meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara professional pemberi asuhan (PPA)

Format dan isi rekam medis pasien sesuai standar, yang terintegrasi dan kesinambungan asuhan antar professional pemberi asuhan (PPA) termasuk untuk manajer pelayanan pasien (MPP).

Standar MIRM 13.1.1

Rekam medis setiap pasien gawat darurat memuat jam kedatangan, ringkasan kondisipasien saat keluar dari gawat darurat dan instruksi tindak lanjut asuhan.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.1.1

Rekam medis pasien gawat darurat memuat waktu kedatangan dan keluar unit pelayanan gawat darurat. Informasi ini berlaku bagi semua pasien yang keluar dari rumah sakit maupun yang dipindahkan ke unit lain atau ke unit rawat inap.

Saat keluar dari gawat darurat diartikan pasien secara fisik keluar meninggalkan unit gawat darurat, dapat pulang kerumah atau dipindahkan ke unit lain atau unit rawat inap atau dirujuk ke rumah sakit lain. RM juga memuat kesimpulan pada saat asuhan pasien selesai, kondisi pasien saat pindah atau dipulangkan dan instruksi yang diberikan sebagai tindak lanjut pelayanan.

Standar MIRM 13.2

Regulasi rumah sakit mengidentifikasi mereka yang berhak untuk mengisi rekam medis pasien dan menentukan isi rekam medis dan format rekam medis.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.2

RS menetapkan regulasi untuk mengidentifikasi individu yang berhak memperoleh hak akses dan mengisi (memasukkan catatan) kedalam rekam medis pasien sesuai peraturan perundang-undangan. Hal ini penting untuk menjaga keamanan informasi pasien. Proses yang efektif menentukan:

- 1) individu yang mempunyai hak akses ke informasi dalam RM,
- 2) Jenis informasi yang dapat diakses,
- 3) kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi;
- 4) proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar.

Rumah sakit menetapkan format dan isi rekam medis yang terstandarisasi guna membantu meningkatkan integrasi dan kesinambungan pelayanan diantara professional pemberi asuhan (PPA) dalam asuhan pasien, disamping itu ditetapkan juga proses pengisian dan koreksi /pembetulan.

Standar MIRM 13.3

Setiap professional pemberi asuhan (PPA) yang mengisi rekam medis menulis identitas setelah pencatatan dibuat.

Maksud dan Tujuan MIRM 13.3

Terdapat proses untuk menjamin bahwa hanya profesional pemberi asuhan (PPA) yang diberi kewenangan yang mengisi rekam medis pasien dan bahwa setiap pengisian ditulis tanggal dan jam, serta identifikasi profesional pemberi asuhan (PPA) berupa nama jelas dan tandatangan/paraf.

Standar MIRM 13.4

Dalam upaya perbaikan kinerja, rumah sakit secara teratur melakukan evaluasi atau review rekam medis

Maksud dan Tujuan MIRM 13.4

Setiap rumah sakit sudah menetapkan isi dan format rekam medis pasien dan mempunyai proses untuk melakukan asesmen terhadap isi dan kelengkapan berkas rekam medis. Proses tersebut merupakan bagian dari kegiatan peningkatan kinerja rumah sakit yang dilaksanakan secara berkala.

Review rekam medis berdasarkan sampel yang mewakili PPA yang memberikan pelayanan dan jenis pelayanan yang diberikan.

Proses review melibatkan staf medis, keperawatan, serta PPA lainnya yang relevan dan mempunyai otorisasi untuk mengisi rekam medis pasien.

Review berfokus pada ketepatan waktu, kelengkapan, dapat terbaca, keabsahan dan lain-lain dari rekam medis serta informasi klinis. Isi rekam medis yang dipersyaratkan oleh peraturan dan perundang-undangan dimasukkan dalam proses review rekam medis.

Review rekam medis di rumah sakit tersebut termasuk rekam medis pasien yang saat ini sedang dalam perawatan dan pasien yang sudah pulang. Hasil review dilaporkan secara berkala kepada Pimpinan rumah sakit.

Standar MIRM 14

Kerahasiaan dan privasi informasi dijaga

Maksud dan Tujuan MIRM 14

Rumah sakit menjaga privasi dan kerahasiaan data serta informasi dan secara khusus dalam menjaga data dan informasi yang bersifat sensitif. Keseimbangan antara berbagi data dan kerahasiaannya diatur, termasuk data yang dapat di akses oleh pasien. Rumah sakit menetapkan tingkat privasi dan kerahasiaan yang dijaga untuk kategori beragam informasi (misalnya: rekam medis pasien, data riset dan lainnya).

Standar MIRM 15

Ringkasan pasien pulang (discharge summary) dibuat untuk semua pasien rawat inap.

Maksud dan Tujuan MIRM 15

Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang tinggal dirumah sakit Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yang bertanggungjawab memberikan tindak lanjut asuhan.

Ringkasan memuat hal:

- 1) Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lainnya;
- 2) temuan fisik penting dan temuan temuan lain;
- 3) tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan;
- 4) obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah;
- 5) kondisi pasien (status present);
- 6) ringkasan memuat instruksi tindak lanjut;
- 7) ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga

KOMPETENSI DAN KEWENANGAN STAF (KKS)

PERENCANAAN

Standar KKS 1

Pimpinan rumah sakit menetapkan perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KKS 1

Pimpinan unit layanan menetapkan persyaratan pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf untuk memenuhi kebutuhan memberikan asuhan kepada pasien. Untuk menghitung jumlah staf yang dibutuhkan digunakan faktor sebagai berikut

- a) misi rumah sakit
- b) keragaman pasien yang harus dilayani, kompleksitas, dan intensitas kebutuhan pasien;
- c) layanan diagnostik dan klinis yang disediakan rumah sakit;
- d) volume pasien rawat inap dan rawat jalan;
- e) teknologi medis yang digunakan untuk pasien.

Rumah sakit memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan tentang syarat tingkat pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan dan pengalaman untuk setiap anggota staf, serta ketentuan yang mengatur jumlah staf yang dibutuhkan di setiap unit layanan (lihat juga PMKP 1; TKRS.8).

Standar KKS 2

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit terus menerus dimutakhirkan oleh pimpinan rumah sakit dengan menetapkan jumlah, jenis, kualifikasi yang meliputi pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman yang dibutuhkan sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 2, KKS 2.1, KKS 2.3 dan KKS 2.4

Perencanaan kebutuhan yang tepat dengan jumlah yang mencukupi adalah hal yang sangat penting bagi asuhan pasien termasuk keterlibatan rumah sakit dalam semua kegiatan pendidikan dan riset. Penempatan (placement) atau penempatan kembali (replacement) harus memperhatikan faktor kompetensi. Sebagai contoh, seorang perawat yang memiliki kompetensi hemodialisis tidak dirotasi ke rawat jalan lain, demikian juga terkait pemberlakuan jenjang karir maka tidak lagi memberlakukan sistem rotasi yang tidak sesuai dengan kompetensinya.

Pimpinan unit layanan membuat rencana pola ketenagaan dengan menggunakan proses yang sudah diakui untuk menentukan jenjang kepegawaian. Perencanaan kepegawaian meliputi hal-hal sebagai berikut:

- 1) penempatan kembali dari satu unit layanan ke lain unit layanan karena alasan kompetensi, kebutuhan pasien, atau kekurangan staf;
- 2) mempertimbangkan keinginan staf untuk ditempatkan kembali karena alasan nilai-nilai, kepercayaan, dan agama;
- 3) memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan.

Rencana dan pelaksanaan strategi dimonitor secara berkelanjutan dan diperbaharui jika dibutuhkan.

Dilakukan proses koordinasi oleh pimpinan unit layanan untuk update perencanaan staf ini (lihat juga TKRS 7; TKRS 9).

Seseorang yang bekerja di rumah sakit harus mempunyai uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang. Dalam hal ini kompetensi dan kewenangan menjadi dasar dalam menentukan penempatan, uraian jabatan, dan kriteria untuk evaluasi kinerja staf.

Uraian jabatan juga diperlukan untuk tenaga kesehatan profesional yang:

- a) memiliki rangkap jabatan. Contoh, dokter spesialis bedah merangkap sebagai kepala instalasi kamar operasi maka yang bersangkutan harus memiliki uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang, dan sebagai dokter bedah harus mempunyai surat tanda registrasi (STR), surat izin praktek (SIP), surat penugasan klinis (SPK), rincian kewenangan klinis (RKK);
- b) seseorang dalam program pendidikan dan bekerja di bawah supervisi maka pro-program pendidikan menentukan apa yang boleh dan apa yang tidak boleh dikerjakan sesuai dengan tingkat pendidikannya;
- c) bagi mereka yang diizinkan menurut peraturan perundang-undangan melakukan praktik mandiri harus dilakukan proses kredensial untuk memberikan wewenang dalam melaksanakan praktik mandiri sesuai dengan dasar latar belakang pendidikan, kompetensi, pelatihan, dan pengalaman (lihat juga KKS 10). Persyaratan standar ini berlaku untuk semua jenis staf yang harus ada uraian tugasnya (contoh, penugasan penuh waktu, paruh waktu, dipekerjakan, sukarela, sementara)

Standar KKS 2.1

Rumah sakit melaksanakan evaluasi dan pemutakhiran terus menerus perencanaan kebutuhan staf rumah sakit.

Standar KKS 2.2

Rumah sakit menetapkan jumlah staf rumah sakit berdasarkan kebutuhan masing-masing unit termasuk pengembangannya sesuai peraturan perundang-undangan.

Standar KKS 2.3

Dalam perencanaan kebutuhan staf rumah sakit ditetapkan persyaratan pendidikan, keterampilan, pengetahuan dan persyaratan lain dari seluruh staf rumah sakit. Setiap staf rumah sakit mempunyai uraian jabatan yang meliputi persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang.

Standar KKS 2.4

Perencanaan kebutuhan staf rumah sakit juga dengan mempertimbangkan penempatan atau penempatan kembali harus memperhatikan faktor kompetensi.

Standar KKS 3

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses rekrutmen, evaluasi, penempatan staf dan prosedur lain.

Maksud dan Tujuan KKS 3

Rumah sakit menetapkan proses rekrutmen yang terpusat, efisien, dan terkoordinasi agar terlaksana proses yang seragam di seluruh rumah sakit. Kebutuhan rekrutmen berdasar atas rekomendasi jumlah

dan kualifikasi staf yang dibutuhkan untuk memberikan layanan klinis kepada pasien dari pimpinan unit kerja.

Standar KKS 4

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pengetahuan dan keterampilan staf klinis sesuai dengan kebutuhan pasien

Maksud dan Tujuan KKS 4

Anggota staf klinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, sertifikasi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf klinis pada awalnya dan seterusnya dapat memenuhi kebutuhan pasien.

Standar KKS 5

Rumah sakit menetapkan proses seleksi untuk menjamin bahwa pendidikan, pengetahuan dan keterampilan staf non klinis sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Maksud dan Tujuan KKS 5

Anggota staf nonklinis yang kompeten direkrut melalui proses yang seragam dengan proses rekrutmen staf lainnya. Proses ini menjamin bahwa pendidikan, kompetensi, kewenangan, keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman staf nonklinis pada awalnya dan seterusnya sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Staf nonklinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Pimpinan unit menjabarkan kualifikasi staf non klinis yang diperlukan dan memastikan bahwa staf non klinis dapat memenuhi tanggung jawabnya sesuai dengan penugasannya. Semua staf disupervisi dan dievaluasi berkala untuk menjamin kontinuitas kompetensi di posisinya.

Rumah sakit mencari staf yang kompeten dan memenuhi kualifikasi staf non klinis. Staf non klinis meliputi seluruh tenaga yang tidak memberikan asuhan pasien secara langsung. Staf secara berkala dilakukan evaluasi kinerja untuk memastikan terpeliharanya kompetensi pada jabatan.

Standar KKS 6

Rumah sakit menyediakan dan memelihara file kepegawaian untuk setiap staf rumah sakit dan selalu diperbaharui.

Maksud dan Tujuan KKS 6

Setiap staf rumah sakit mempunyai dokumen catatan memuat informasi tentang kualifikasi, pendidikan, pelatihan, kompetensi, uraian tugas, proses rekrutmen, riwayat pekerjaan, hasil evaluasi, dan penilaian kinerja individual tahunan. File kepegawaian dibuat terstandar dan selalu diperbaharui sesuai dengan regulasi (lihat juga KKS 9; KKS 13; dan KKS 15).

ORIENTASI

Standar KKS 7

Semua staf klinis dan non klinis diberi orientasi di rumah sakit dan unit kerja tempat staf saat akan bekerja dan tanggung jawab spesifik pada saat diterima bekerja.

Maksud dan Tujuan KKS 7

Keputusan untuk menempatkan seseorang sebagai staf rumah sakit dilakukan melalui berbagai proses. Agar dapat berperan dan berfungsi dengan baik, semua staf baru harus mengetahui dengan benar segala sesuatu tentang rumah sakit dan memahami tanggung jawab pekerjaan klinis atau nonklinis untuk mencapai misi rumah sakit. Hal ini dapat dicapai melalui orientasi umum dan orientasi khusus.

Orientasi umum tentang rumah sakit, mutu, keselamatan pasien, serta pencegahan dan pengendalian infeksi.

Orientasi khusus tentang unit kerja, uraian tugas, dan tanggung jawab dalam pekerjaannya.

Demikian pula berlaku untuk staf kontrak, staf magang, internship dan peserta didik (lihat juga PPI 11; IPKP 6 dan TKRS 9).

PENDIDIKAN DAN PELATIHAN

Standar KKS 8

Setiap staf mengikuti pendidikan atau pelatihan di dalam atau di luar rumah sakit, termasuk pendidikan profesi berkelanjutan untuk mempertahankan atau meningkatkan kompetensinya

Maksud dan Tujuan KKS 8

Rumah sakit mengumpulkan data dari berbagai sumber untuk dapat memahami pendidikan dan pelatihan yang dibutuhkan oleh staf.

Sumber data yang dapat digunakan adalah:

- a) hasil kegiatan pengukuran mutu dan keselamatan;
- b) monitor program manajemen fasilitas; c) penggunaan teknologi medis baru;
- d) keterampilan dan pengetahuan yang diperoleh melalui evaluasi kinerja;
- e) prosedur klinis baru;
- f) rencana memberikan layanan baru di kemudian hari.

Rumah sakit menentukan staf yang diharuskan menerima pendidikan berkelanjutan untuk mempertahankan kredibilitasnya. Rumah sakit juga menetapkan keharusan ada dokumen pelatihan staf yang dimonitor dan didokumentasikan (lihat juga TKRS 3.3 EP 4).

Untuk mempertahankan kinerja staf, memberikan pendidikan keterampilan baru, dan memberi pelatihan tentang teknologi serta prosedur medis baru maka rumah sakit menyediakan fasilitas, pendidik, serta waktu untuk memberi pendidikan dan pelatihan di dalam dan di luar rumah sakit. Pelatihan ini harus sesuai dengan perkembangan kebutuhan pasien. Sebagai contoh, anggota staf medis menerima pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi, pengembangan praktik medis tingkat lanjut, budaya keselamatan pasien, atau teknologi medis baru. Hasil capaian pelatihan didokumentasikan dalam file kepegawaian.

Pimpinan rumah sakit membantu pelatihan di dalam rumah sakit dengan cara menyediakan ruangan, peralatan, waktu untuk program pendidikan dan pelatihan, serta biayanya.

Pelaksanaan pelatihan di dalam rumah sakit dilakukan juga agar dapat mendukung pengembangan profesional berkelanjutan. Teknologi informasi yang tersedia dapat membantu penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan. Pelatihan diatur sedemikian rupa agar tidak mengganggu pelayanan pasien.

Standar KKS 8.1

Setiap staf yang memberikan asuhan kepada pasien dan staf yang ditentukan oleh rumah sakit dilatih dan dapat melaksanakan secara benar teknik resusitasi jantung paru.

Maksud dan Tujuan KKS 8.1

Rumah sakit mengadakan pelatihan teknik resusitasi tingkat dasar untuk seluruh staf dan tingkat lanjut untuk staf yang telah ditentukan seperti staf kamar operasi, pelayanan intensif, dan gawat darurat. Pelatihan tersebut dilakukan ulang setiap dua tahun bila program pelatihan yang diakui tidak digunakan. Diharapkan agar staf yang mengikuti pelatihan dapat mencapai tingkat kompetensi yang ditentukan (lihat juga PAP 3.2).

Standar KKS 8.2

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keselamatan staf.

Maksud dan Tujuan KKS 8.2

Staf rumah sakit mempunyai risiko terpapar infeksi karena pekerjaannya yang langsung dan tidak langsung kepada pasien. Pelayanan kesehatan dan keselamatan staf merupakan hal penting bagi rumah sakit untuk menjaga kesehatan fisik, kesehatan mental, kepuasan, produktivitas, dan keselamatan staf dalam bekerja. Karena hubungan staf dengan pasien dan kontak dengan bahan infeksius maka banyak petugas kesehatan berisiko terpapar penularan infeksi. Identifikasi sumber infeksi berdasar atas epidemiologi sangat penting untuk menemukan staf yang berisiko terpapar infeksi. Pelaksanaan program pencegahan serta skrining seperti imunisasi, vaksinasi, dan profilaksis dapat menurunkan secara signifikan insiden infeksi penyakit menular. (lihat juga PPI.5)

Staf rumah sakit juga dapat mengalami kekerasan di tempat kerja. Anggapan bahwa kekerasan tidak terjadi di rumah sakit tidak sepenuhnya benar mengingat jumlah tindak kekerasan di rumah sakit semakin meningkat. Untuk itu rumah sakit diminta menyusun program pencegahan kekerasan (lihat juga TKRS 13).

Kesehatan dan keselamatan staf harus menjadi bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Cara rumah sakit melakukan orientasi dan pelatihan staf, penyediaan lingkungan kerja yang aman, pemeliharaan peralatan dan teknologi medis, pencegahan atau pengendalian infeksi terkait perawatan kesehatan (health care-associated infections), serta beberapa faktor lainnya menentukan kesehatan dan kesejahteraan staf. (lihat juga PPI 5 EP 2) Program kesehatan dan keselamatan staf dapat berada di dalam rumah sakit atau diintegrasikan ke dalam program eksternal. Dalam pelaksanaan program kesehatan dan keselamatan maka staf harus memahami

- cara pelaporan dan mendapatkan pengobatan, menerima konseling, dan menangani cedera yang mungkin terjadi akibat tertusuk jarum suntik, terpapar penyakit menular, atau mendapat kekerasan di tempat kerja;
- identifikasi risiko dan kondisi berbahaya di rumah sakit;

- masalah kesehatan dan keselamatan lainnya.

Program tersebut dapat juga mencakup skrining kesehatan awal saat penerimaan pegawai, imunisasi pencegahan, dan pemeriksaan kesehatan berkala serta tata laksana kondisi terkait pekerjaan yang umum dijumpai seperti cedera punggung atau cedera lain yang lebih darurat.

Penyusunan program mempertimbangkan masukan dari staf serta penggunaan sumber daya klinis yang ada di rumah sakit dan di komunitas.

MENENTUKAN PENUGASAN STAF MEDIS

Standar KKS 9

Rumah sakit menyelenggarakan pengumpulan dokumen kredensial dari anggota staf medis yang diberi izin memberikan asuhan kepada pasien secara mandiri.

Maksud dan Tujuan KKS 9, KKS 9.1 dan KKS 9.2

Istilah yang digunakan di standar dijelaskan sebagai berikut:

Kredensial adalah proses evaluasi oleh suatu rumah sakit terhadap seorang staf medis untuk menentukan apakah yang bersangkutan layak diberi penugasan klinis dan kewenangan klinis untuk menjalankan asuhan/tindakan medis tertentu dalam lingkungan rumah sakit tersebut untuk periode tertentu.

Dokumen kredensial adalah dokumen yang dikeluarkan oleh badan resmi untuk menunjukkan bukti telah dipenuhinya persyaratan seperti ijazah dari fakultas kedokteran surat tanda registrasi, izin praktik, fellowship, atau bukti pendidikan dan pelatihan yang telah mendapat pengakuan dari organisasi profesi kedokteran. Dokumen ini harus diverifikasi dari sumber primer yang mengeluarkan dokumen. Dokumen kredensial dapat juga diperoleh dari rumah sakit, perorangan, badan hukum yang terkait dengan riwayat profesional, atau riwayat kompetensi dari pelamar seperti surat rekomendasi, semua riwayat pekerjaan sebagai staf medis di tempat kerja yang lalu, catatan asuhan klinis yang lalu, riwayat kesehatan, dan foto. Dokumen ini akan diminta rumah sakit sebagai bagian dari proses kredensial dan ijazah serta STR harus diverifikasi ke sumber primernya. Syarat untuk verifikasi kredensial disesuaikan dengan posisi pelamar. Sebagai contoh, pelamar untuk kedudukan kepala departemen/unit layanan di rumah sakit dapat diminta verifikasi terkait jabatan dan pengalaman administrasi di masa lalu. Juga untuk posisi staf medis di rumah sakit dapat diminta verifikasi riwayat pengalaman kerja beberapa tahun yang lalu.

Staf medis adalah semua dokter dan dokter gigi yang memberikan layanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, bedah, atau layanan medis/gigi lain kepada pasien, atau yang memberikan layanan interpretatif terkait pasien seperti patologi, radiologi, laboratorium, serta memiliki surat tanda registrasi dan surat izin praktik.

Verifikasi adalah sebuah proses untuk memeriksa validitas dan kelengkapan kredensial dari sumber yang mengeluarkan kredensial. Proses dapat dilakukan ke- fakultas/rumah sakit/perhimpunan di dalam maupun di luar negeri melalui email/surat konvensional/pertanyaan on line/atau melalui telepon. Verifikasi dengan email maka alamat email harus sesuai dengan alamat email yang ada pada website resmi universitas/rumahsakit/perhimpunan profesi tersebut dan bila melalui surat konvensional harus dengan pos tercatat.

Kredensial adalah sebuah proses memeriksa dokumendari pelamar, wawancara, dan ketentuan lain sesuai dengan kebutuhan rumah sakit untuk memutuskan apakah seorang memenuhi syarat diberi

rekomendasi kewenangan klinis untuk memberikan asuhan pasien yang dibutuhkan pasien. Untuk pelamar baru, informasi yang diperiksa terutama berasal dari sumber luar.

Rekredensial merupakan sebuah proses kredensial ulang setiap 3 tahun. Dokumen kredensial dan rekredensial meliputi

- a. STR, izin praktik yang masih berlaku;
- b. file pelanggaran etik atau disiplin termasuk informasi dari sumber luar seperti dari Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Disiplin Kedokteran Indonesia (MKDKI);
- c. rekomendasi mampu secara fisik maupun mental memberikan asuhan kepada pasien tanpa supervisi dari profesi dokter yang ditentukan;
- d. bila staf medis mengalami gangguan kesehatan, kecacatan tertentu, atau proses penuaan yang menghambat pelaksanaan kerja maka kepada yang bersangkutan dilakukan penugasan klinis ulang;
- e. jika seorang anggota staf medis mengajukan kewenangan baru terkait pelatihan spesialisasi canggih atau subspecialisasi maka dokumen kredensial harus segera diverifikasi dari sumber yang mengeluarkan sertifikat tersebut. Keanggotaan staf medis mungkin tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai teknolog medis khusus untuk mendukung kewenangan klinis tertentu. Sebagai contoh, seorang nefrolog melamar untuk memberikan layanan dialisis di rumah sakit bila rumah sakit tidak memiliki pelayanan ini maka kewenangan klinis untuk melakukan haemodialisis tidak dapat diberikan.

Standar KKS 9.1

Rumah sakit melaksanakan verifikasi terkini terhadap pendidikan, registrasi, izin, pengalaman dan lainnya dalam kredensialing staf medis.

Standar KKS 9.2

Rumah sakit melaksanakan proses seragam dan transparan untuk menentukan penerimaan staf medis.

PEMBERIAN KEWENANGAN KLINIS STAF MEDIS

Standar KKS 10

Rumah sakit menetapkan proses yang seragam, obyektif, berdasar bukti (evidence based) untuk memberikan wewenang kepada staf medis untuk menerima, menangani, memberikan layanan klinis kepada pasien sesuai kualifikasinya.

Maksud dan Tujuan KKS 10

Penentuan kompetensi seorang anggota staf medis terkait keputusan tentang layanan klinis yang diizinkan sering disebut dengan istilah pemberian kewenangan klinis dan penentuan ini merupakan keputusan yang sangat kritis bagi rumah sakit untuk melindungi keselamatan pasien dan juga mengembangkan mutu. Pertimbangan pemberian kewenangan klinis pada penugasan (appointment) pertama adalah sebagai berikut

1. keputusan tentang kewenangan klinis yang akan diberikan kepada seorang staf medis didasarkan terutama atas informasi dan dokumentasi yang diterima dari sumber luar rumah sakit. Sumber luar ini dapat berasal dari program pendidikan spesialis, surat rekomendasi dari penempatan sebagai staf medis yang lalu, atau dari organisasi profesi, kolega dekat, dan setiap data informasi yang mungkin

diberikan kepada rumah sakit. Secara umum, sumber informasi ini terpisah dari yang diberikan oleh institusi pendidikan seperti program dokter spesialis, tidak diverifikasi dari sumber kecuali ditentukan lain oleh regulasi rumah sakit, paling sedikit area kompetensi sudah dapat dianggap benar. Evaluasi praktik profesionalnya akan menjadi bahan validasi tentang kebenaran anggapan kompetensi ini (lihat juga KKS 11)

2. program pendidikan spesialis menentukan dan membuat daftar secara umum tentang kompetensinya di area diagnosis dan tindakan profesi dan Konsil kedokteran Indonesia mengeluarkan standar kompetensi atau kewenangan klinis.
Perhimpunan profesi lain membuat daftar secara detail jenis/tindak medis yang dapat dipakai sebagai acuan dalam proses pemberian kewenangan klinis;
3. di idalam setiap area spesialisasi proses untuk merinci kewenangan ini seragam
4. verifikasi peran administrasi ini;
5. seorang dokter dengan spesialisasi yang sama dimungkinkan memiliki kewenangan klinis berbeda yang disebabkan oleh perbedaan pendidikan dan pelatihan tambahan, pengalaman, atau hasil kinerja yang bersangkutan selama bekerja, sertakemampuan motoriknya;
6. keputusan kewenangan klinis dirinci dan akan direkomendasikan kepada pimpinan rumah sakit dalam sebuah area spesialisasi terkait dengan proses lain, di antaranya:
7. Penilaian kinerja staf medis berkelanjutan setiap tahun yang dikeluarkan oleh rumah sakit yang berisi jumlah pasien per penyakit/tindakan yang ditangani pertahun, rerata lama dirawat, serta angka kematiannya. Angka ILO dan kepatuhan terhadap PPK meliputi penggunaan obat, penunjang diagnostik, darah, produk darah, dan lainnya;
8. hasil evaluasi praktik professional berkelanjutan (OPPE) dan terfokus (FPPE);
9. hasil pendidikan dan pelatihan tambahan dari pusat pendidikan, kolegium, perhimpunan profesi, dan rumah sakit yang kompeten mengeluarkan sertifikat;
10. untuk kewenangan tambahan pada pelayanan risiko tinggi maka rumah sakit menentukan area pelayanan risiko tinggi seperti prosedur cathlab, penggantian sendi lutut dan panggul, pemberian obat kemoterapi, obat radioaktif, obat anestesi, dan lainnya. Prosedur dengan risiko tinggi tersebut maka staf medis dapat diberikan kewenangan klinis secara khusus. Prosedur risiko tinggi, obat-obat, atau layanan yang lain ditentukan di kelompok spesialisasi dan dirinci kewenangannya secara jelas. Beberapa prosedur mungkin digolongkan berisiko tinggi disebabkan oleh peralatan yang digunakan seperti dalam kasus penggunaan robot atau penggunaan tindakan dari jarak jauh melalui komputer. Juga pemasangan implan yang memerlukan kaliberasi, presisi, dan monitor jelas membutuhkan kewenangklinis secara spesifik (periksa juga PAB 7.4);
11. kewenangan klinis tidak dapat diberikan jika rumah sakit tidak mempunyai peralatan khusus atau staf khusus untuk mendukung pelaksanaan kewenangan klinis. Sebagai contoh, seorang nefrolog kompeten melakukan dialisis atau kardiolog kompeten memasang sten tidak dapat diberi kewenangan klinis jika rumah sakit tidak memilikinya.
12. Catatan: jika anggota staf medis juga mempunyai tanggung jawab administrasi seperti ketua kelompok staf medis (KSM), administrator rumah sakit, atau posisi lain maka tanggung jawab peran ini diuraikan di uraian tugas atau job description (lihat juga KKS 1.1). Rumah sakit menetapkan sumber primer untuk memverifikasi peran administrasi ini.

Proses pemberian rincian kewenangan klinis.

- a. Terstandar, objektif, berdasar atas bukti (evidence based).
- b. Terdokumentasi di regulasi rumah sakit.

c. Aktif dan berkelanjutan mengikuti perubahan kredensial staf medis.

d. Diikuti semua lapisan keanggotaan staf medis.

e. Dapat dibuktikan bahwa prosedur yang digunakan efektif.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dan diumumkan kepada setiap staf medis serta ke semua unit pelayanan.

Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis tersedia dalam bentuk tercetak maupun elektronik (softcopy) pada semua unit pelayanan untuk menjawab pertanyaan dari berbagai pihak termasuk pasien, apakah seorang staf medis berwenang melakukan tindakan klinis tertentu (lihat juga TKRS 5.2; KKS 3).

MONITORING DAN EVALUASI BERKELANJUTAN ANGGOTA STAF MEDIS

Standar KKS 11

Rumah sakit melaksanakan proses yang seragam untuk melaksanakan evaluasi mutu dan keselamatan asuhan pasien yang diberikan oleh setiap anggota staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 11

Penjelasan dari istilah yang dimuat di standar ini sebagai berikut:

Monitoring dan evaluasi berkelanjutan

Monitoring dan evaluasi adalah proses dengan kegiatan terus menerus mengumpulkan dan menganalisis data serta informasi tentang sikap, perkembangan profesional, dan hasil dari layanan klinis anggota staf medis. Pimpinan medik/unit layanan bersama komite medis bertanggungjawab untuk mengintegrasikan data dan informasi tentang staf medis dan mengambil tindakan bilamana diperlukan. Tindakan segera, dapat dalam bentuk nasehat menempatkan kewenangan tertentu di bawah supervisi, pembatasan kewenangan, atau tindakan lain untuk membatasi risiko terhadap pasien, dan untuk meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. Tindakan yang lebih lama adalah menggabungkan data dan informasi menjadi rekomendasi terkait kelanjutan keanggotaan staf medis dan kewenangan klinis.

Proses ini berlangsung paling kurang 3 tahun. Tindakan lain mungkin memberi tahu anggota staf medis yang lain tentang sikap dan hasil layanan klinis yang ada buktinya di data dan informasi dari anggota staf medis.

Monitor dan evaluasi berkelanjutan staf medis menghasilkan informasi kritis dan penting terhadap proses mempertahankan keanggotaan staf medis dan proses pemberian kewenangan klinis (lihat juga KKS 9 dan KKS 9.2). Walaupun dibutuhkan 3 tahun untuk memperpanjang keanggotaan staf medis dan kewenangan kliniknya, prosesnya dimaksudkan berlangsung sebagai proses berkelanjutan dan dinamis. Masalah mutu dan insiden keselamatan pasien dapat terjadi jika isu kinerja klinis anggota staf medis tidak dikomunikasikan dan dilakukan tindakan.

Proses monitor dan evaluasi berkelanjutan dimaksudkan untuk

- 1) meningkatkan praktik individual terkait mutu dan asuhan pasien yang aman;
- 2) digunakan sebagai dasar mengurangi variasi di dalam KSM (kelompok staf medis)/unit layanan dengan cara membandingkan antara kolega, penyusunan PPK (panduan praktik klinis), dan clinical pathway;
- 3) digunakan sebagai dasar memperbaiki kinerja kelompok staf medis/unit layanan dengan cara membandingkan acuan praktik di luar rumah sakit, publikasi riset, dan indikator kinerja klinis nasional bila tersedia.

Monitoring dan evaluasi berkelanjutan dari staf medis memuat 3 (tiga) area umum, yaitu perilaku, pengembangan profesional, dan kinerja klinis.

Perilaku

Anggota staf medis ialah model atau mentor dalam menumbuhkan budaya aman (safept culture) di rumah sakit. Budaya aman ditandai dengan partisipasi penuh semua staf untuk melaporkan bila ada insiden keselamatan pasien tanpa ada rasa takut untuk melaporkan dan disalahkan (no blame culture). Budaya aman juga sangat menghormati satu sama lain, antar kelompok profesional, dan tidak terjadi sikap saling mengganggu. Umpan balik staf dalam bentuk survei atau mekanisme lain dapat membentuk sikap dan perilaku yang diharapkan dapat mendukung anggota staf menjadi model untuk menumbuhkan budaya aman.

Evaluasi perilaku memuat:

- a) evaluasi apakah seorang staf medis mengerti dan mendukung kode etik dan disiplin profesi dan rumah sakit serta dilakukan identifikasi perilaku yang dapat atau tidak dapat diterima maupun perilaku yang mengganggu;
- b) tidak ada laporan dari anggota staf medis tentang perilaku yang dianggap tidak dapat diterima atau mengganggu;
- c) mengumpulkan, analisis, serta menggunakan data dan informasi berasal dari survei staf serta survei lainnya tentang budaya aman di rumah sakit.

Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan harus dapat mengenali hasil pencapaian, pengembangan potensial terkait kewenangan klinis dari anggota staf medis, dan layanan yang diberikan. Evaluasi perilaku dilaksanakan secara kolaboratif antara subkomite etik dan disiplin, manajer SDM, manajer pelayanan, dan kepala unit kerja.

Pengembangan Profesional

Anggota staf medis berkembang dengan menerapkan teknologi baru dan pengetahuan klinis baru.

Setiap anggota staf medis dari segala tingkatan akan merefleksikan perkembangan dan perbaikan pelayanan kesehatan dan praktik profesional sebagai berikut:

- a) Asuhan pasien, penyediaan asuhan penuh kasih, tepat dan efektif dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan penyakit, dan asuhan di akhir hidup. Alat ukurnya adalah layanan preventif dan laporan dari pasien serta keluarga. (lihat juga HPK 3)
- b) Pengetahuan medik/klinis termasuk pengetahuan biomedik, klinis, epidemiologi, ilmu pengetahuan sosial budaya, dan pendidikan kepada pasien. Alat ukurnya adalah penerapan panduan praktik klinis (clinical practice guidelines) termasuk revisi pedoman hasil pertemuan profesional dan publikasi (lihat juga TKRS 11.2).
- c) Praktik belajar berdasar bukti (practice-based learning) dan pengembangan, penggunaan bukti ilmiah dan metode pemeriksaan, evaluasi, serta perbaikan asuhan pasien berkelanjutan berdasar atas evaluasi dan belajar terus menerus (contoh alat ukur survei klinis, memperoleh kewenangan berdasar atas studi dan keterampilan klinis baru, dan partisipasi penuh pada pertemuan ilmiah).
- d) Kepandaian berkomunikasi antarpersonal termasuk menjaga dan meningkatkan pertukaran informasi dengan pasien, keluarga pasien, dan anggota tim layanan kesehatan yang lain (contoh, partisipasi aktif di ronde ilmiah, konsultasi tim, dan kepemimpinan tim).

- e) Profesionalisme, janji mengembangkan profesionalitas terus menerus, praktiktetik, pengertian terhadap perbedaan, serta perilaku bertanggung jawab terhadap pasien, profesi, dan masyarakat (contoh, alat ukur: pendapat pimpinan di staf medis terkait isu klinis dan isu profesi, aktif membantu diskusi panel tentang etik, ketepatan waktu pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap, dan partisipasi di masyarakat).
- f) Praktik berbasis sistem, serta sadar dan tanggap terhadap jangkauan sistem pelayanan kesehatan yang lebih luas (contoh alat ukur: pemahaman terhadap regulasi rumah sakit yang terkait dengan tugasnya seperti sistem asuransi medis, asuransi kesehatan (JKN), sistem kendali mutu, dan biaya. Peduli pada masalah resistensi antimikrob).
- g) Mengelola sumber daya, memahami pentingnya sumber daya dan berpartisipasi melaksanakan asuhan yang efisien, serta menghindari penyalahgunaan pemeriksaan untuk diagnostik dan terapi yang tidak ada manfaatnya bagi pasien serta meningkatkan biaya pelayanan kesehatan (contoh alat ukur: berpartisipasi dalam kendali mutu dan biaya, kepedulian terhadap biaya yang ditanggung pasien, serta berpartisipasi dalam proses seleksi pengadaan)
- h) Sebagai bagian dari proses penilaian, proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan, serta harus mengetahui kinerja anggota staf medis yang relevan dengan potensi pengembangan kemampuan profesional staf medis.

Kinerja klinis

Proses monitoring dan evaluasi berkelanjutan staf medis harus dapat memberi indikasi sebagai bagian dari proses peninjauan bahwa kinerja anggota staf medis terkait upaya mendukung budaya aman/keselamatan.

Penilaian atas informasi bersifat umum berlaku bagi semua anggota staf medis dan juga tentang informasi spesifik terkait kewenangan anggota staf medis dalam memberikan pelayanannya.

Sumber data rumah sakit

Rumah sakit mengumpulkan berbagai data untuk keperluan manajemen, misalnya membuat laporan ke pimpinan rumah sakit tentang alokasi sumber daya atau sistem pembiayaan rumah sakit. Agar bermanfaat bagi evaluasi berkelanjutan seorang staf medis maka sumber data rumah sakit

- harus dikumpulkan sedemikian rupa agar teridentifikasi staf medis yang berperan. Harus terkait dengan praktik klinis seorang anggota staf medis;
- dapat menjadi rujukan (benchmark) di dalam KSM/Unit layanan atau di luarnya untuk mengetahui pola individu staf medis.

Contoh, sumber data potensial seperti itu adalah lama hari rawat (length of stay), frekuensi jumlah pasien yang ditangani), angka kematian, pemeriksaan diagnostik, pemakaian darah, pemakaian obat-obat tertentu, angka ILO, dan lain sebagainya.

Monitoring dan evaluasi anggota staf medis berdasar atas berbagai sumber data termasuk data cetak, data elektronik, observasi dan, interaksi teman sejawat.

Simpulan proses monitor dan evaluasi anggota staf medis:

1. jenis anggota staf medis, jenis KSM, jenis unit layanan terstandar;
2. data monitor dan informasi dipergunakan untuk perbandingan internal, mengurang variasi perilaku, serta pengembangan profesional dan hasil klinis;
3. data monitor dan informasi dipergunakan untuk melakukan perbandingan eksternal dengan praktik berdasar bukti (evidence based practice) atau sumber rujukan tentang data dan informasi hasil klinis;

4. dipimpin oleh ketua KSM/unit layanan, manajer medis, atau unit kajian staf medis;
5. monitor dan evaluasi terhadap kepala bidang pelayanan dan kepala KSM oleh profesional yang kompeten (lihat juga TKRS 1.1).

Regulasi rumah sakit mengharuskan ada tinjauan (review) paling sedikit selama 12 bulan.

Review dilakukan secara kolaborasi di antaranya oleh kepala KSM/unit layanan, kepala bidang pelayanan medis, subkomite mutu profesi komite medis, dan bagian IT. Temuan, simpulan, dan tindakan yang dijatuhkan atau yang direkomendasikan dicatat di file praktisi serta tercermin di kewenangan klinisnya. Pemberitahuan diberikan kepada tempat dimana praktisi memberikan layanan (lihat juga PMKP 4 dan KKS 3).

Informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal dan dari monitoring serta evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi.

File kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus maka kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa file staf medis lengkap dan akurat, file diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di file tindakan yang diberikan atau tindakan yang tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis waktu penempatan kembali sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar atas pendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber primernya. Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar
 - hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
 - pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, atau badan resmi lainnya;
 - temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
 - kesehatan staf medis;
 - permintaan staf medis.

PENEMPATAN ULANG STAF MEDIS DAN PEMBAHARUAN KEWENANGAN KLINIS

Standar KKS 12

Rumah sakit menetapkan proses penetapan ulang staf medis dan pembaharuan kewenangan klinis paling sedikit setiap 3 (tiga) tahun, untuk penetapan kewenangan klinis dilanjutkan dengan atau tanpa modifikasi kewenangan klinis, sesuai hasil monitoring dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf medis.

Maksud dan Tujuan KKS 12

Penjelasan istilah distandar sebagai berikut:

Penetapan ulang

Penetapan ulang adalah proses tinjauan terhadap dokumentasi anggota staf medis untuk verifikasi:

- a. kelanjutan izin (licence);
- b. apakah anggota staf medis tidak terkena tindakan etik dan disiplin dari MKEK dan/atau MKDKI;
- c. apakah tersedia dokumen untuk mendukung penambahan kewenangan klinis atau tanggung jawab di rumah sakit;
- d. apakah anggota staf medis mampu secara fisik dan mental memberikan asuhan dan pengobatan tanpa supervisi;
- e. informasi yang dibutuhkan untuk tinjauan ini dikumpulkan dari internal, monitoring, dan evaluasi berkelanjutan setiap anggota staf termasuk juga dari sumber luar seperti organisasi profesi atau sumber instansi resmi. File kredensial dari seorang anggota staf medis harus menjadi sumber informasi yang dinamis dan selalu ditinjau secara teratur. Contohnya, jika seorang anggota staf menyerahkan sertifikat kelulusan sebagai hasil dari pelatihan spesialisasi khusus, kredensial baru ini harus diverifikasi segera dari sumber yang mengeluarkan sertifikat. Sama halnya, jika instansi dari luar (MKEK/MKDKI) menyelidiki kejadian sentinel terkait seorang anggota staf medis dan memberi sanksi maka informasi ini harus digunakan untuk evaluasi muatan kewenangan klinis anggota staf medis. Untuk menjamin bahwa file staf medis lengkap dan akurat, file diperiksa paling sedikit 3 (tiga) tahun sekali dan ada catatan di file tindakan yang diberikan atau tindakan tidak diperlukan sehingga penempatan staf medis dapat berlanjut.

Pertimbangan untuk merinci kewenangan klinis saat penetapan ulang mencakup hal-hal sebagai berikut:

- a) anggota staf medis dapat diberikan kewenangan klinis tambahan berdasar ataspendidikan dan pelatihan lanjutan. Pendidikan dan pelatihan diverifikasi dari sumber aslinya (lembaga pemerintah atau kolegium). Pemberian penuh kewenangan klinis tambahan mungkin ditunda sampai proses verifikasi lengkap atau jika dibutuhkan waktu harus dilakukan supervisi sebelum kewenangan klinis diberikan. Contoh, jumlah kasus yang harus disupervisi dari kardiologi intervensi;
- b) kewenangan klinis anggota staf medis dapat dilanjutkan, dibatasi, atau dihentikan berdasar atas:
- c) hasil dari proses tinjauan praktik profesional berkelanjutan;
- d) pembatasan kewenangan klinis dari organisasi profesi, KKI, MKEK, MKDKI, ataubadan resmi lainnya;
- e) temuan rumah sakit dari hasil evaluasi kejadian sentinel atau kejadian lain;
- f) kesehatan staf medis;
- g) permintaan staf medis.

STAF KEPERAWATAN

Standar KKS 13

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial staf keperawatan (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman, evaluasi kinerja profesional)

Maksud dan Tujuan KKS 13

Rumah sakit perlu memastikan untuk mempunyai staf keperawatan yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Staf keperawatan bertanggungjawab untuk memberikan asuhan keperawatan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan keperawatan memberikan kontribusi terhadap outcome pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa perawat yang kompeten untuk memberikan asuhan keperawatan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan keperawatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap perawat yang kompeten telah dikredensial untuk memberikan asuhan keperawatan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait perawat dan praktik keperawatan;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap perawat, sekurang-kurangnya meliputi
 - bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, evaluasi dan peningkatan kinerja profesional (untuk rekredensial), pelatihan, serta pengalaman ter baru dan diverifikasi dari sumber primer;
 - bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat perawat pernah bekerja sebelumnya;
 - surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- c) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke website resmi institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber primer dilaksanakan untuk perawat yang akan dan sedang bekerja.
Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini didapatkan dari sumber resmi lain.

Standar KKS 14

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasarkan kredensial staf perawat sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 14

Hasil kredensial perawat berupa surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis yang menjadi landasan untuk membuat uraian tugas, wewenang, dan tanggungjawab klinis di unit pelayanan tempat perawat tersebut ditugaskan.

Standar KKS 15

Rumah sakit melakukan evaluasi kinerja profesional keperawatan berkelanjutan dan terfokus staf keperawatan berdasarkan partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KKS 15

Peran klinis yang penting staf keperawatan mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Penilaian kinerja profesional berkelanjutan terdiri dari:

1. Perilaku dalam partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit serta mendukung budaya aman dan keselamatan pasien serta mendukung etika profesi dan juga etika RS dan evaluasi
2. Pengembangan Profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan staf keperawatan dalam aktivitas peningkatan mutu serta perolehan penghargaan atas prestasinya baik di tingkat rumah sakit maupun tingkat nasional
3. Evaluasi kinerja klinis

PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA) DAN STAF KLINIS LAINNYA

Standar KKS 16

Rumah sakit mempunyai proses yang efektif untuk mengumpulkan, verifikasi dan mengevaluasi kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya (pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan dan pengalaman).

maksud dan Tujuan KKS 16

Rumah sakit perlu memastikan mempunyai profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten sesuai dengan misi, sumber daya, dan kebutuhan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya bertanggungjawab memberikan asuhan pasien secara langsung. Sebagai tambahan, asuhan memberikan kontribusi terhadap outcome pasien secara keseluruhan. Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten untuk memberikan asuhan dan harus spesifik terhadap jenis asuhan sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Rumah sakit memastikan bahwa setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang kompeten memberikan asuhan, baik mandiri, kolaborasi, delegasi, serta mandat kepada pasien secara aman dan efektif dengan cara:

- a) memahami peraturandan perundang-undangan terkait profesional pemberiasuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dan praktik profesinya;
 - mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap professional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi
 - bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan serta pengalaman terbaru, dan diverifikasi dari sumber aslinya;
 - bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya
 - surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- b) rumah sakit perlu melakukan setiap upaya untuk memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jajan mengecek ke website resmi dari institusi pendidikan pelatihan, melalui email, surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber utama dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilang karena bencana atau sekulahnya tutup maka hal ini didapat dari sumber resmi lain.

Standar KKS 17

Rumah sakit melaksanakan identifikasi tanggungjawab pekerjaan dan penugasan klinis berdasarkan kredensial profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan KKS 17

Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Contohnya, para profesional ini termasuk bidan, nutrisionis, apoteker, fisioterapis, teknisi transfusi darah, penata anestesi, dan lainnya. Bila pendidikannya profesi maka termasuk golongan profesional pemberi asuhan (PPA), sedangkan bila pendidikannya vokasi maka kewenangannya adalah sebagai PPA lainnya. Bila profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut yang diizinkan bekerja atau berpraktik di rumah sakit maka rumah sakit bertanggungjawab untuk melakukan proses kredensialing.

Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk ikut memberikan asuhan dan harus menetapkan jenis asuhan serta pengobatan yang diizinkan bila tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk memberikan asuhan yang aman dan efektif kepada pasien dengan

- a) memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya;
- b) mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi:
 - bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalamanterbaru serta diverifikasi dari sumber aslinya;
 - bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;
 - surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumahsakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;
- c) melakukan setiap upaya memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke website resmi dari institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber aslinya dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan dan PPA lainnya yang akan dan sedang bekerja. Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilangnya dokumen karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini dapat diperoleh dari sumber resmi lain. File kredensial setiap profesional pemberi asuhan dan staf klinis lainnya harus tersedia dan dipelihara serta diperbaharui secara berkala sesuaidengan peraturan perundang-undangan.

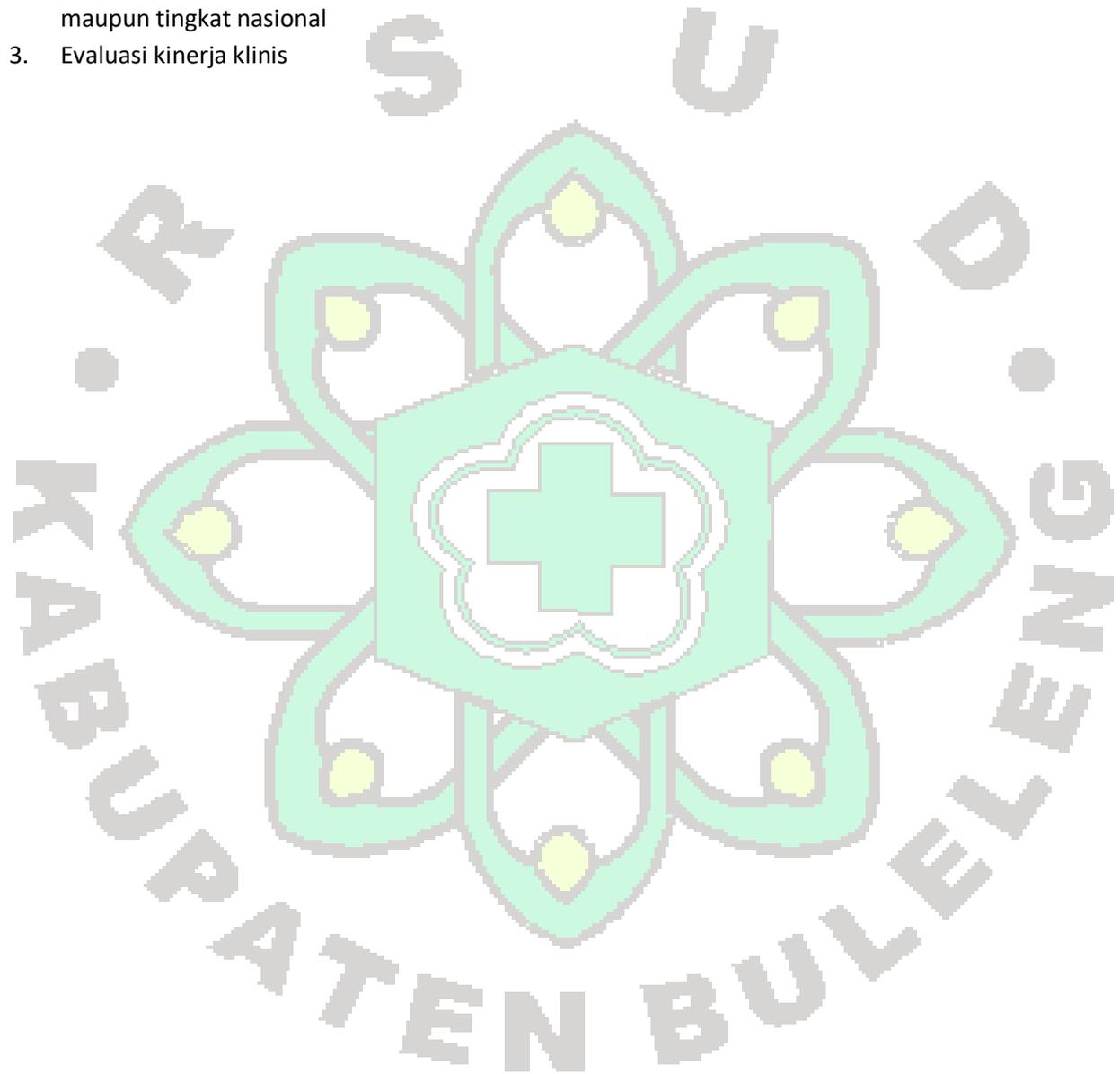
Standar KKS 18

Rumah Sakit melakukan evaluasi kinerja Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan staf klinislainnya berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.

Maksud dan Tujuan KKS 18

Peran klinis yang penting profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Penilaian kinerja profesional berkelanjutan terdiri dari:

1. Perilaku dalam partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit serta mendukung budaya aman dan keselamatan pasien serta mendukung etika profesi dan juga etika RS dan evaluasi
2. Pengembangan Profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dalam aktivitas peningkatan mutu serta perolehan penghargaan atas prestasinya baik di tingkat rumah sakit maupun tingkat nasional
3. Evaluasi kinerja klinis



PROGRAM NASIONAL (PROGNAS)

GAMBARAN UMUM

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia, pemerintah menetapkan beberapa program nasional yang menjadi prioritas. Program prioritas tersebut meliputi:

- a) menurunkan angka kematian ibu dan bayi serta meningkatkan angka
- b) menurunkan angka kesakitan HIV/AIDS
- c) menurunkan angka kesakitan Tuberkulosis
- d) pengendalian resistensi antimikroba
- e) pelayanan geriatri

Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi, pembentukan organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan program.

SASARAN 1: PENURUNAN ANGKA KEMATIAN IBU DAN BAYI SERTA PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI

Standar 1

Rumah sakit melaksanakan program PONEK 24 jam di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya.

Maksud dan Tujuan Standar 1, Standar 1.1 dan Standar 1.2

Rumah sakit dalam melaksanakan program PONEK sesuai dengan pedoman PONEK yang berlaku, dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:

- a) melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna.
- b) mengembangkan kebijakan dan SPO pelayanan sesuai dengan standar
- c) meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan ibu dan bayi termasuk kepedulian terhadap ibu dan bayi.
- d) meningkatkan kesiapan rumah sakit dalam melaksanakan fungsi pelayanan obstetrik dan neonatus termasuk pelayanan kegawat daruratan (PONEK 24 jam)
- e) meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai model dan pembina teknis dalam pelaksanaan IMD dan pemberian ASI Eksklusif
- f) meningkatkan fungsi rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan kesehatan ibu dan bayi bagi sarana pelayanan kesehatan lainnya.
- g) meningkatkan fungsi rumah sakit dalam Perawatan Metode Kangguru (PMK) pada BBLR.
- h) melaksanakan sistem monitoring dan evaluasi pelaksanaan program RSSIB 10 langkah menyusui dan peningkatan kesehatan ibu
- i) ada regulasi rumah sakit yang menjamin pelaksanaan PONEK 24 jam, meliputi pula pelaksanaan rumah sakit sayang ibu dan bayi, pelayanan ASI eksklusif (termasuk IMD), pelayanan metode kangguru, dan SPO Pelayanan Kedokteran untuk pelayanan PONEK (lihat juga PAP 3.1)
- j) dalam rencana strategis (Renstra), rencana kerja anggaran (RKA) rumah sakit, termasuk upaya peningkatan pelayanan PONEK 24 jam)
- k) tersedia ruang pelayanan yang memenuhi persyaratan untuk PONEK antara lain rawat gabung
- l) pembentukan Tim PONEK

- m) Tim PONEK mempunyai program kerja dan bukti pelaksanaannya
- n) terselenggara pelatihan untuk meningkatkan kemampuan pelayanan PONEK 24 jam, termasuk stabilisasi sebelum dipindahkan
- o) pelaksanaan rujukan sesuai peraturan perundangan
- p) pelaporan dan analisis meliputi:
 - 1) angka keterlambatan operasi sectio caesaria (SC) (>30 menit)
 - 2) angka keterlambatan penyediaan darah (>60 menit)
 - 3) angka kematian ibu dan bayi
 - 4) kejadian tidak dilakukannya inisiasi menyusui dini (IMD) pada bayi baru lahir

Standar 1.1

Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan PONEK.

Standar 1.2

Rumah sakit melaksanakan pelayanan rawat gabung, mendorong pemberian ASI eksklusif, melaksanakan edukasi dan perawatan metode kangguru pada bayi berat badan lahir rendah (BBLR).

SASARAN II: PENURUNAN ANGKA KESAKITAN HIV/AIDS

Standar 2

Rumah sakit melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Maksud dan Tujuan Standar 2

Dalam waktu yang singkat virus human immunodeficiency virus (HIV) telah mengubah keadaan sosial, moral, ekonomi dan kesehatan dunia. Saat ini HIV/AIDS merupakan masalah kesehatan terbesar yang dihadapi oleh komunitas global.

Saat ini, pemerintah telah mengeluarkan kebijakan dengan melakukan peningkatan fungsi pelayanan kesehatan bagi orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA). Kebijakan ini menekankan kemudahan akses bagi orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) untuk mendapatkan layanan pencegahan, pengobatan, dukungan dan perawatan, sehingga diharapkan lebih banyak orang hidup dengan HIV/AIDS (ODHA) yang memperoleh pelayanan yang berkualitas.

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan standar pelayanan bagi rujukan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan satelitnya dengan langkah-langkah pelaksanaan sebagai berikut:

- a) meningkatkan fungsi pelayanan Voluntary Counseling and Testing (VCT);
- b) meningkatkan fungsi pelayanan Prevention Mother to Child Transmission (PMTCT);
- c) meningkatkan fungsi pelayanan Antiretroviral Therapy (ART) atau bekerjasama dengan RS yang ditunjuk;
- d) meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO);
- e) meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA dengan faktor risiko Injection Drug Use (IDU); dan meningkatkan fungsi pelayanan penunjang, yang meliputi: pelayanan gizi, laboratorium, dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.

SASARAN III: PENURUNAN ANGKA KESAKITAN TUBERKULOSIS

Standar 3

Rumah sakit melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit beserta monitoring dan evaluasinya melalui kegiatan:

- a) promosi kesehatan;
- b) surveilans tuberkulosis;
- c) pengendalian faktor risiko;
- d) penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis;
- e) pemberian kekebalan; dan
- f) pemberian obat pencegahan.

Maksud dan Tujuan Standar 3, Standar 3.1, Standar 3.2 dan Standar 3.3

Pemerintah telah mengeluarkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecacatan atau kematian, memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif akibat tuberkulosis.

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan tubekulosis melalui kegiatan yang meliputi:

- a) Promosi kesehatan yang diarahkan untuk meningkatkan pengetahuan yang benar dan komprehensif mengenai pencegahan penularan, pengobatan, pola hidup bersih dan sehat (PHBS) sehingga terjadi perubahan sikap dan perilaku sasaran yaitu pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit
- b) Surveilans tuberkulosis, merupakan kegiatan memperoleh data epidemiologi yang diperlukan dalam sistem informasi program penanggulangan tuberkulosis, seperti pencatatan dan pelaporan tuberkulosis sensitif obat, pencatatan dan pelaporan tuberkulosis resistensi obat.
- c) Pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit pengendalian faktor risiko tuberkulosis, ditujukan untuk mencegah, mengurangi penularan dan kejadian penyakit tuberkulosis, yang pelaksanaannya sesuai dengan pedoman pengendalian pencegahan infeksi tuberkulosis di rumah sakit
- d) Penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis
Penemuan kasus tuberkulosis dilakukan melalui pasien yang datang ke rumah sakit, setelah pemeriksaan, penegakan diagnosis, penetapan klarifikasi dan tipe pasien tuberkulosis. Sedangkan untuk penanganan kasus dilaksanakan sesuai tata laksana pada pedoman nasional pelayanan kedokteran tuberkulosis dan standar lainnya sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- e) Pemberian kekebalan
Pemberian kekebalan dilakukan melalui pemberian imunisasi BCG terhadap bayi dalam upaya penurunan risiko tingkat pemahaman tuberkulosis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
- f) Pemberian obat pencegahan
Pemberian obat pencegahan selama 6 (enam) bulan yang ditujukan pada anak usia dibawah 5 (lima) tahun yang kontak erat dengan pasien tuberkulosis aktif; orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) yang tidak terdiagnosa tuberkulosis; populasi tertentu lainnya sesuai peraturan perundang-undangan.

Kunci keberhasilan penanggulangan tuberkulosis di rumah sakit adalah ketersediaan tenaga-tenaga kesehatan yang sesuai kompetensi, prasarana, sarana dan manajemen yang handal.

Standar 3.1

Rumah sakit menyiapkan sumber daya untuk penyelenggaraan pelayanan dan penanggulangan TB.

Standar 3.2

Rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana pelayanan TB sesuai peraturan perundang-undangan.

Standar 3.3

Rumah sakit telah melaksanakan pelayanan tuberkulosis dan upaya pengendalian faktor risiko tuberkulosis sesuai peraturan perundang-undangan

SASARAN IV: PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA

Gambaran Umum

Resistensi terhadap antimikroba (disingkat: resistensi antimikroba, yang dalam bahasa Inggris disebut sebagai antimicrobial resistance atau AMR) telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia, dengan berbagai dampak merugikan yang dapat menurunkan mutu dan meningkatkan risiko pelayanan kesehatan khususnya biaya dan keselamatan pasien. Yang dimaksud dengan resistensi antimikroba adalah ketidakmampuan antimikroba membunuh atau menghambat pertumbuhan mikroba sehingga penggunaannya sebagai terapi penyakit infeksi menjadi tidak efektif lagi.

Meningkatnya masalah resistensi antimikroba terjadi akibat penggunaan antimikroba yang tidak bijak dan bertanggungjawab serta penyebaran mikroba resisten dari pasien ke lingkungannya, karena tidak dilaksanakannya praktik pengendalian dan pencegahan infeksi dengan baik.

Dalam rangka mengendalikan mikroba resisten di rumah sakit, perlu dikembangkan program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit. Pengendalian resistensi antimikroba adalah aktivitas yang ditujukan untuk mencegah dan/atau menurunkan adanya kejadian mikroba resisten.

Dalam rangka pengendalian resistensi antimikroba secara luas baik difasilitas pelayanan kesehatan maupun di komunitas, pada tingkat nasional telah dibentuk Komite Pengendalian Resistensi Antimikroba (KPRA) oleh Kementerian Kesehatan. Disamping itu telah ditetapkan program aksi nasional/ National Action Plan on Anti-Microbial Resistance (NAP-AMR) yang didukung WHO. Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA) merupakan upaya pengendalian resistensi secara terpadu dan paripurna di fasilitas pelayanan kesehatan.

Implementasi program ini di rumah sakit dapat berjalan baik apabila mendapat dukungan penuh dari pimpinan/direktur rumah sakit berupa penetapan regulasi pengendalian resistensi antimikroba, pembentukan organisasi pengelola, penyediaan fasilitas, sarana dan dukungan finansial untuk mendukung pelaksanaan PPRA.

Penggunaan antimikroba secara bijak adalah penggunaan antimikroba yang sesuai dengan penyakit infeksi dan penyebabnya dengan regimen dosis optimal, durasi pemberian optimal, efek samping dan dampak munculnya mikroba resisten yang minimal pada pasien. Oleh sebab itu diagnosis dan pemberian antimikroba harus disertai dengan upaya menemukan penyebab infeksi dan kepekaan mikroba patogen terhadap antimikroba.

Penggunaan antimikroba secara bijak memerlukan regulasi dalam penerapan dan pengendaliannya. Pimpinan rumah sakit harus membentuk Komite atau Tim PRA sesuai peraturan perundang-undangan sehingga PPRA dapat dilakukan dengan baik.

Standar 4

Rumah sakit menyelenggarakan pengendalian resistensi antimikroba sesuai peraturan perundang-undangan.

Maksud dan tujuan Standar 4

Penyelenggaraan pengendalian resistensi antimikroba haruslah dilakukan untuk seluruh unit kerja terkait (dokter, perawat, bidan, farmasis, laboratorium) di rumah sakit dalam rentang kendali direktur rumah sakit.

Tersedia regulasi pengendalian resistensi antimikroba di RS yang meliputi:

- a) Kebijakan pengendalian resistensi antimikroba
- b) Panduan penggunaan antibiotik untuk terapi dan profilaksis pembedahan
- c) Organisasi pelaksana, Tim/ Komite PRA yang terdiri dari tenaga kesehatan yang kompeten dari unsur:
 - Staf Medis
 - Staf Keperawatan.
 - Staf Instalasi Farmasi
 - Staf Laboratorium yang melaksanakan pelayanan mikrobiologi klinis
 - Komite Farmasi dan Terapi
 - Komite PPI

Organisasi PRA dipimpin oleh staf medis yang sudah mendapat sertifikat pelatihan PPRA Rumah sakit menyusun program pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit yang terdiri dari

- a. peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah resistensi antimikroba
- b. pengendalian penggunaan antibiotik di rumah sakit
- c. surveilans pola penggunaan antibiotik di rumah sakit
- d. surveilans pola resistensi antimikroba di rumah sakit
- e. forum kajian penyakit infeksi terintegrasi

Rumah sakit membuat laporan pelaksanaan program/ kegiatan PRA meliputi:

- a) kegiatan sosialisasi dan pelatihan staf tenaga kesehatan tentang pengendalian resistensi antimikroba
- b) surveilans pola penggunaan antibiotik di RS (termasuk laporan pelaksanaan pengendalian antibiotik)
- c) surveilans pola resistensi antimikroba
- d) forum kajian penyakit infeksi terintegrasi

Standar 4.1

Komite/Tim PRA melaksanakan kegiatan pengendalian resistensi antimikroba.

Maksud dan tujuan Standar 4.1

Kegiatan pengendalian resistensi antimikroba di rumah sakit secara operasional dilaksanakan oleh organisasi yang dibentuk dan bertanggung jawab kepada direktur rumah sakit, dalam bentuk Komite atau Tim.

Komite/Tim melaksanakan kegiatan pengendalian resistensi antimikroba sesuai program:

- a) peningkatan pemahaman dan kesadaran seluruh staf, pasien dan keluarga tentang masalah resistensi antimikroba

- b) pengendalian penggunaan antibiotik di rumah sakit
- c) surveilans pola penggunaan antibiotik di rumah sakit
- d) surveilans pola resistensi antimikroba di rumah sakit
- e) forum kajian penyakit infeksi terintegrasi

Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan evaluasi dan analisis indikator mutu PPRA sesuai peraturan perundang-undangan meliputi:

- 1) data kuantitas penggunaan antibiotik di RS
- 2) data kualitas penggunaan antibiotik di RS
- 3) pelaksanaan forum kajian penyakit infeksi terintegrasi
- 4) pengukuran mutu PPRA terintegrasi pada indikator mutu PMKP

Rumah sakit melaporkan perbaikan pola sensitivitas antibiotik dan penurunan mikroba resisten sesuai indikator bakteri multi-drug resistant organism (MDRO), antara lain: bakteri penghasil extended spectrum beta-lactamase (ESBL), Methicillin resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA), Carbapenemase resistant enterobacteriaceae (CRE) dan bakteri pan-resisten lainnya. (Lihat juga PPL.6)

SASARAN V: PELAYANAN GERIATRI

Standar 5

Rumah sakit menyediakan pelayanan geriatri rawat jalan, rawat inap akut dan rawat inap kronis sesuai dengan tingkat jenis pelayanan.

Maksud dan Tujuan Standar 5 dan Standar 5.1

Pasien geriatri adalah pasien lanjut usia dengan multi penyakit/gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan secara terpadu dengan pendekatan multi disiplin yang bekerja sama secara interdisiplin. Dengan meningkatnya sosial ekonomi dan pelayanan kesehatan maka usia harapan hidup semakin meningkat, sehingga secara demografi terjadi peningkatan populasi lanjut usia. Sehubungan dengan itu rumah sakit perlu menyelenggarakan pelayanan geriatri sesuai dengan tingkat jenis pelayanan geriatri:

- a) tingkat sederhana
- b) tingkat lengkap
- c) tingkat sempurna
- d) tingkat paripurna

Standar 5.1

Rumah Sakit melakukan promosi dan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (Hospital Based Community Geriatric Service).

INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN RUMAH SAKIT(IPKP)

GAMBARAN UMUM

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan pada:

Pasal 3, tujuan penyelenggaraan rumah sakit, diantaranya adalah memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumberdaya manusia rumah sakit.

Pasal 5, fungsi rumah sakit adalah penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Pasal 22 rumah sakit dapat ditetapkan sebagai rumah sakit pendidikan setelah memenuhi persyaratan dan standar rumah sakit Pendidikan.

Pasal 23 ketentuan lebih lanjut tentang rumah sakit pendidikan diatur dalam Peraturan Pemerintah (PP Nomor 93 Tahun 2015).

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2013 tentang Pendidikan Kedokteran Pasal 1 butir 15 menjelaskan bahwa Rumah Sakit Pendidikan adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi sebagai tempat pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan kedokteran, pendidikan berkelanjutan, dan pendidikan kesehatan lainnya secara multiprofesi.

Pasal 1 butir 16,17 dan 18 menjelaskan tentang rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan afiliasi, dan rumah sakit pendidikan satelit.

Peraturan Pemerintah No 93 tahun 2015

Pasal 3: rumah sakit pendidikan memiliki fungsi pelayanan, pendidikan, dan penelitian bidang kedokteran, kedokteran gigi, dan kesehatan lain.

Pasal 9: jenis rumah sakit pendidikan, yaitu rumah sakit pendidikan utama, rumah sakit pendidikan afiliasi, dan rumah sakit pendidikan satelit.

Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah sakit nonpendidikan. Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan. Oleh karena itu pada rumah sakit yang melaksanakan proses pendidikan baik yang sudah mendapat penetapan maupun belum mendapat penetapan dari kementerian kesehatan, perlu diterapkan standar dan elemen penilaian untuk menjaga mutu pelayanan dan menjamin keselamatan pasien, siapapun pemilik rumah sakitnya.

Standar IPKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi tentang persetujuan pemilik dan pengelola dalam pembuatan perjanjian kerja sama penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit, sebagai prasyarat melaksanakan proses pendidikan staf klinis di RS.

Maksud dan Tujuan IPKP 1

Keputusan penetapan rumah sakit pendidikan merupakan kewenangan kementerian kesehatan, berdasarkan persetujuan pemilik atau representasi pemilik rumah sakit yang dilanjutkan dengan perjanjian kerjasama antara pengelola rumah sakit dengan pimpinan institusi pendidikan (saat ini baru berlaku untuk pendidikan kedokteran dan kedokteran gigi).

Untuk mengintegrasikan penyelenggaraan pendidikan klinis ke dalam operasional rumah sakit diperlukan komitmen dalam pengaturan, antara lain waktu, tenaga, dan sumber daya. Peserta pendidikan klinis dalam standar ini adalah mahasiswa kedokteran, mahasiswa kedokteran gigi, atau mahasiswa bidang kesehatan lain sebagai peserta didik pada pendidikan akademik, profesi, dan vokasi yang menjalankan pembelajaran klinik di rumah sakit pendidikan termasuk peserta pendidikan dokter spesialis (PPDS), trainee (PPDSS)/fellow dan pendidikan kompetensi tambahan (SKT), dan pendidikan tenaga kesehatan profesional lainnya.

Keputusan untuk mengintegrasikan operasional rumah sakit dan pendidikan klinis paling baik dibuat oleh jenjang pimpinan tertinggi yang berperan sebagai pengambil keputusan di suatu rumah sakit bersama sama dengan institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi.

dan profesi kesehatan lainnya yang didelegasikan kepada organisasi yang mengoordinasi pendidikan klinis.

Untuk penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit, maka para pihak yang bekerjasama harus mendapat informasi lengkap tentang hubungan dan tanggung jawab masing-masing Pemilik dan atau representasi pemilik memberikan persetujuan terhadap keputusan tentang visi-misi, rencana strategis, alokasi sumber daya, dan program mutu rumah sakit (lihat TKRS 1.1 sampai TKRS 1.3) sehingga dapat ikut bertanggung jawab terhadap keseluruhan proses penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit yang harus konsisten dengan visi-misi rumah sakit dan berkomitmen pada mutu, keselamatan pasien, serta kebutuhan pasien.

Rumah sakit juga harus mendapat informasi tentang output dengan kriteria-kriteria yang diharapkan dari institusi pendidikan dari pendidikan klinis yang dilaksanakan di rumah sakit untuk tetap dapat menjaga mutu pelayanan dalam penyelenggaraan pendidikan klinis di rumah sakit tersebut.

Standar IPKP 2

Pendidikan klinis yang diselenggarakan di rumah sakit dikelola oleh organisasi fungsional yang mempunyai akuntabilitas manajemen, koordinasi, dan prosedur yang jelas.

Maksud dan Tujuan IPKP 2

Organisasi yang mengkoordinasi pendidikan klinis yang merupakan unit fungsional **bertanggung jawab** untuk merencanakan, memonitor dan mengevaluasi **penyelenggaraan program** pendidikan klinis di rumah sakit.

Organisasi yang mengkoordinasi pendidikan klinis **melakukan penilaian** berdasarkan kriteria yang sudah disetujui bersama. Organisasi yang mengkoordinasi pendidikan klinis harus **melaporkan** hasil evaluasi penerimaan, pelaksanaan dan penilaian **output dari program** pendidikan kepada **pimpinan rumah sakit** dan **pimpinan institusi pendidikan**.

Kesepakatan antara rumah sakit dan institusi pendidikan kedokteran, kedokteran gigi, dan pendidikan tenaga kesehatan lainnya harus **tercermin** dalam organisasi dan kegiatan **organisasi** yang **mengoordinasi** pendidikan di rumah sakit.

Rumah sakit memiliki regulasi yang mengatur:

- a) **kapasitas penerimaan** peserta didik sesuai dengan **kapasitas rumah sakit** yang dicantumkan dalam perjanjian kerja sama;

b) **persyaratan kualifikasi** pendidik/dosen klinis;

c) **peserta** pendidikan klinis di rumah sakit.

Rumah sakit **mendokumentasikan** daftar akurat yang memuat **semua peserta pendidikan** klinis di rumah sakit.

Untuk setiap peserta pendidikan klinis dilakukan **pemberian kewenangan klinis / UTW** untuk menentukan sejauh mana kewenangan yang diberikan secara mandiri atau di bawah **supervisi**

Rumah sakit harus mempunyai **dokumentasi**:

1) **surat keterangan peserta didik dari institusi pendidikan;**

2) ijazah, surat tanda registrasi, dan surat izin praktik yang menjadi persyaratan sesuai dengan peraturan perundang-undangan;

3) klasifikasi akademik;

4) identifikasi kompetensi peserta pendidikan klinis; dan

5) **laporan pencapaian kompetensi.**

Standar IPKP 3

Jumlah penerimaan peserta pendidikan klinis di rumah sakit disesuaikan dengan jumlah staf yang memberikan pendidikan klinis, variasi dan jumlah pasien, teknologi, serta fasilitas rumah sakit.

Maksud dan tujuan IPKP 3

Pendidikan klinis di rumah sakit harus mengutamakan keselamatan pasien serta memperhatikan kebutuhan pelayanan sehingga pelayanan rumah sakit tidak terganggu, akan tetapi justru menjadi lebih baik dengan adanya program pendidikan klinis ini. Pendidikan harus dilaksanakan secara terintegrasi dengan pelayanan dalam rangka memperkaya pengalaman dan kompetensi peserta didik, termasuk juga pengalaman pendidik klinis untuk selalu memperhatikan prinsip pelayanan berfokus pada pasien.

Variasi dan jumlah pasien harus selaras dengan kebutuhan untuk berjalannya program, demikian juga fasilitas pendukung pembelajaran harus disesuaikan dengan teknologi berbasis bukti yang harus tersedia. Jumlah peserta pendidikan klinis di rumah sakit harus memperhatikan jumlah staf pendidik klinis serta ketersediaan sarana dan prasarana.

Standar IPKP 4

Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis mempunyai kompetensi sebagai pendidik klinis dan mendapatkan kewenangan dari institusi pendidikan dan rumah sakit.

Maksud dan Tujuan IPKP 4

Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis telah mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis untuk dapat mendidik dan memberikan pembelajaran klinis kepada peserta pendidikan klinis di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan (lihat juga KKS 10, KKS 13, dan KKS 16).

Daftar staf yang memberikan pendidikan klinis dengan seluruh gelar akademis dan profesinya tersedia di rumah sakit.

Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis harus memenuhi persyaratan kredensial dan memiliki kewenangan klinis untuk melaksanakan pendidikan klinis yang sesuai dengan tuntutan tanggung jawabnya (lihat juga KKS 9, KKS 13, dan KKS 16).

Standar IPKP 5

Rumah sakit memastikan pelaksanaan pendidikan yang dijalankan untuk setiap jenis dan jenjang pendidikan staf klinis di rumah sakit aman bagi pasien dan peserta didik.

Maksud dan Tujuan IPKP 5

Supervisi dalam proses pendidikan menjadi tanggung jawab staf klinis yang memberikan pendidikan klinis, yang menjadi acuan pelayanan rumah sakit agar pasien, staf, dan pesertadidik terlindungi secara hukum.

Supervisi diperlukan untuk memastikan asuhan pasien yang aman dan merupakan bagian proses belajar bagi peserta pendidikan klinis sesuai dengan jenjang pembelajaran dan level kompetensinya.

Setiap peserta pendidikan klinis di rumah sakit mengerti proses supervisi klinis, meliputi siapa saja yang melakukan supervisi dan frekuensi supervisi oleh staf klinis yang memberikan pendidikan klinis. Pelaksanaan supervisi didokumentasikan dalam log book peserta didik dan staf klinis yang memberikan pendidikan klinis.

Dikenal 4 (empat) tingkatan supervisi yang disesuaikan dengan kompetensi dan jugakewenangan peserta didik sebagai berikut:

- Supervisi tinggi: kemampuan asesmen peserta didik belum sah sehingga keputusan dalam membuat diagnosis dan rencana asuhan harus dilakukan oleh PPA penanggung jawab pelayanan (DPJP dan PPJA). Begitu pula tindakan medis dan operatif hanya boleh dilakukan oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis harus dilakukan oleh DPJP dan PPJA;
- Supervisi moderat tinggi: kemampuan asesmen peserta didik sudah dianggap sah, namun kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga rencana asuhan yang dibuat peserta didik harus disupervisi oleh DPJP dan PPJA. Tindakan medis dan operatif dapat dikerjakan oleh peserta didik dengan supervisi langsung (onsite) oleh DPJP. Pencatatan pada berkas rekam medis diperbolehkan oleh peserta didik dengan verifikasi dan validasi oleh DPJP dan PPJA;
- Supervisi moderat: kemampuan melakukan asesmen sudah sah, tetapi kemampuan membuat keputusan belum sah sehingga keputusan rencana asuhan harus mendapat persetujuan DPJP sebelum dijalankan, kecuali pada kasus gawat darurat. Tindakan medis dan operatif dapat dilaksanakan oleh peserta didik dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP (dilaporkan setelah pelaksanaan). Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dengan verifikasi dan validasi oleh DPJP;
- Supervisi rendah: kemampuan asesmen dan kemampuan membuat keputusan sudah sah sehingga dapat membuat diagnosis dan rencana asuhan, namun karena belum mempunyai legitimasi tetap harus melapor kepada DPJP. Tindakan medis dan operatif dapat dilakukan dengan supervisi tidak langsung oleh DPJP.

Pencatatan pada berkas rekam medis oleh peserta didik dengan validasi oleh DPJP dan PPJA Penetapan tingkat supervisi peserta didik dilakukan oleh staf klinis yang memberikan pendidikan klinis, setelah

melakukan evaluasi kompetensi peserta didik menggunakan perangkat evaluasi pendidikan yang dibuat oleh institusi pendidikan.

Beberapa alat evaluasi antara lain:

- Bed site teaching
- Mini Clinical Evaluation Exercise for trainee (Mini-CEX)
- Case Based Discussion (CBD)
- Directly Observed Procedural Skill (DOPS)
- Procedure Based Assessment (PBA)

Standar IPKP 6

Pelaksanaan pendidikan klinis di rumah sakit harus mematuhi regulasi rumah sakit dan pelayanan yang diberikan berada dalam upaya mempertahankan atau meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

Maksud dan Tujuan IPKP 6

Dalam pelaksanaannya program pendidikan klinis tersebut senantiasa menjamin mutu dan keselamatan pasien. Rumah sakit memiliki rencana dan melaksanakan program orientasi dengan menerapkan konsep mutu dan keselamatan pasien yang harus diikuti oleh seluruh peserta pendidikan klinis serta mengikutsertakan peserta didik dalam semua pemantauan indikator mutu dan keselamatan pasien.

Orientasi peserta pendidikan klinis minimal mencakup materi sebagai berikut:

- mutu dan keselamatan pasien (lihat juga TKRS 4; TKRS 4.1; TKRS 5; TKRS 11; dan TKRS11.2);
- pengendalian infeksi dan PPRA (lihat juga PPI 5, Prognas Standar 4.1);
- keselamatan penggunaan obat (lihat juga PKPO 7.1);
- sasaran keselamatan pasien.

Peserta Pendidikan klinis seyogyanya diikuti sertakan dalam pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit, yang disesuaikan dengan jenis dan jenjang pendidikannya. Penugasan peserta didik dalam pelaksanaan program mutu dan keselamatan pasien diatur bersama antar Komite PMKP dan kepala unit pelayanan.

Rumah sakit harus dapat membuktikan bahwa adanya peserta didik di rumah sakit tidak menurunkan mutu pelayanan dan tidak membahayakan keselamatan pasien di rumah sakit. Hasil survei kepuasan pasien atas pelayanan rumah sakit harus memasukkan unsur kepuasan atas keterlibatan peserta didik dalam pelayanan kepada pasien.