

**PEDOMAN ASUHAN PASIEN SERAGAM  
RUMAH SAKIT UMUM DADI KELUARGA**

**BAB I**

**PENDAHULUAN**

Rumah sakit adalah organisasi yang berkiprah dalam bidang jasa pelayanan kesehatan perorangan. Dalam penyelenggaraan upaya pelayanan pada pasien rumah sakit didukung oleh banyak jenis keterampilan SDM baik yang berbentuk profesi maupun non profesi.

Dalam menjalankan kegiatannya rumah sakit menyadari bahwa pelayanan yang diberikan kepada pasien dalam bentuk bermacam macam asuhan yang merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para profesional di bidang pelayanan kesehatan. Dengan adanya pedoman ini diharapkan rumah sakit dapat menerapkan model pelayanan yang akan membangun suatu kontinuitas pelayanan, menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, kemudian merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya. Hasilnya adalah meningkatnya mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit.

Setiap pasien yang datang kerumah sakit harus dijamin aksesnya untuk mendapatkan pelayanan yang dibutuhkan, terjamin pula kontinuitas pelayanan yang didapat, serta mendapatkan pelayanan yang terkoordinasi dan terintegrasi dari berbagai asuhan dari para profesional pemberi asuhan pasien. Sehingga dapatlah diharapkan hasil pelayanan yang efektif, efisien dan menjamin keselamatan pasien, yang akhirnya bermuara pada kepuasan pasien dan pemenuhan hak pasien.

Beberapa hal penting yang harus dikelola oleh rumah sakit adalah mengenali dengan baik kebutuhan pasien yang mana yang dapat dilayani oleh rumah sakit, mengatur pemberian pelayanan yang efisien kepada pasien, dan melakukan rujukan ke pelayanan yang tepat baik di dalam maupun keluar rumah sakit serta mengatur pemulangan pasien yang tepat ke rumah.

Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan melalui penyelenggaraan pelayanan secara paripurna pada unit unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, ruang tindakan dan ruang perawatan khusus. Penyelenggaraan pelayanan dilaksanakan oleh berbagai kelompok profesi . Para profesional utama yang memberikan asuhan kepada pasien di rumah sakit adalah staf medis baik dokter maupun dokter spesialis, staf klinis keperawatan (perawat dan bidan), nutrisisionis dan farmasis yang rutin dan pasti selalu berkontak dengan pasien, akan tetapi tidak kalah pentingnya profesional lain yang berfungsi melakukan asuhan penunjang berupa analisis laboratorium, penata rontgen, fisioterapis.

Secara garis besar ada empat kelompok SDM yang mendukung jalannya rumah sakit yaitu, kelompok medis memberikan pelayanan asuhan medis, kelompok keperawatan memberikan pelayanan asuhan keperawatan, serta kelompok keteknisian medis yang memberikan pelayanan penunjang medis, dan akhirnya adalah kelompok administrasi yang memberikan pelayanan administrasi manajemen.

Pedoman ini akan membahas pengaturan apa dan bagaimana yang perlu dibuat di rumah sakit sejak pasien menginjakkan kakinya di rumah sakit sampai pasien dipulangkan kerumah atau dirujuk ke sarana kesehatan lain atau meninggal dunia.. Pada semua alur perjalanan pasien ini telah ada standar yang ditetapkan oleh Kemenkes dalam Peraturan Menteri Kesehatan No .... tahun 2013. Standar tersebut disebut standar pelayanan berfokus pasien, yang dibagi menjadi 7 kelompok yaitu APK, AP, PP, PAB, MPO, PPK dan HPK, yang akan dibahas satu persatu dalam buku pedoman ini.

## **BAB II**

### **DASAR**

Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan,  
Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit,  
Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran.  
Kepmenkes 1333/1999 Tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit  
Kepmenkes No 1087/2010 Tentang Standar K3 Rumah Sakit  
Permenkes No .../2013 Tentang Standar Akreditasi RS  
Permenkes No 169/2008 Tentang Rekam Medis  
Permenkes No 290/2008 Tentang Informed Consent  
Permenkes No 1691/2010 Tentang Keselamatan Pasien  
Permenkes No 1438/2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran  
Permenkes No 1014/ 2008 Tentang Pelayanan Radiologi Diagnostik  
Permenkes No 411 /2010 Tentang Pelayanan Laboratorium  
Permenkes No 1197/2004 Tentang Pelayanan Farmasi RS

## **BAB III**

### **Visi, Misi & Tujuan**

#### **Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Dadi Keluarga**

Visi :

- Memberi pelayanan kesehatan terbaik dan berkualitas.

Misi :

1. Memberi pelayanan kesehatan yang profesional.
2. Meningkatkan kualitas SDM melalui pelatihan dan kesejahteraan.
3. Meningkatkan sarana dan prasarana yang tepat dan aman.
4. Meningkatkan sistem manajemen yang efektif dan efisien.

## **BAB IV**

### **Kebijakan**

#### **Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga**

Kebijakan Pelayanan Kesehatan (medis, keperawatan, penunjang)

1. Pelayanan kesehatan harus diberikan kepada pasien sesuai ilmu kedokteran, keperawatan, farmasi, nutrisi yang teruji dan terjangkau.
2. Pelayanan kesehatan dalam mengupayakan kesembuhan dilakukan secara optimal dan dapat dipertanggung jawabkan.
3. Pelayanan kesehatan dilakukan secara komprehensif dan holistik mulai dari promosi kesehatan, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

4. Pelayanan kesehatan yang diberikan mengacu pada panduan praktik klinis (PPK) yang telah ditetapkan di Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga.
5. Dalam melakukan pelayanan kesehatan semua pihak harus selalu memperhatikan konsep keselamatan pasien dan berfokus pasien.

## **BAB V**

### **Pedoman**

#### **Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga**

##### **1. Pelayanan Instalasi :**

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Rawat Inap, Rawat Intensif, Laboratorium dan Radiologi dilaksanakan dalam 24 jam. Pelayanan Rawat Jalan sesuai dengan jadwal praktik dokter.
- b. Pelayanan Kamar Operasi dilaksanakan dalam jam kerja, dan dilanjutkan dengan sistem on call.
- c. Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- d. Seluruh staf Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, etika Rumah Sakit Umum Dadi dan peraturan perundangan yang berlaku.
- e. Seluruh staf Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).

##### **2. Skrining dan triase :**

- a. Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh Rumah Sakit Umum Dadi Keluarga.
- b. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imajing sebelumnya.

- c. Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergency.

**3. Identifikasi :**

- a. Setiap pasien yang masuk rawat inap harus dipasangkan gelang identitas pasien.
- b. Pasien selalu diidentifikasi sebelum pemberian obat, sebelum transfusi darah atau produk darah lainnya, sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium klinis, sebelum pemeriksaan radiologi, serta sebelum dilakukan tindakan.

**4. Transfer/ perpindahan di dalam rumah sakit :**

- a. Transfer dilaksanakan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b. Pasien yang ditransfer harus dilakukan stabilisasi terlebih dahulu sebelum dipindahkan.

**5. Transfer keluar rumah sakit / rujukan :**

- a. Stabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk.
- b. Rujukan ke rumah sakit atau sarana kesehatan ditujukan kepada unit atau individu secara spesifik.
- c. Merujuk berdasarkan atas kondisi kesehatan dan kebutuhan akan pelayanan berkelanjutan.
- d. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
- e. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima.
- f. Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

**6. Penundaan pelayanan :**

- a. Memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan
- b. Memberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan

- c. Memberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinis mereka.

**7. Pemulangan pasien :**

- a. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan.
- b. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.
- c. Rencana pemulangan pasien meliputi kebutuhan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis.
- d. Identifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit serta populasi pasien.
- e. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.
- f. Resume berisi pula instruksi untuk tindak lanjut.
- g. Salinan resume pasien pulang didokumentasikan dalam rekam medis.
- h. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada praktisi kesehatan yang dirujuk.

**8. Transportasi :**

- a. Transportasi milik rumah sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan
- b. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien
- c. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi, baik kontrak maupun milik rumah sakit, dilengkapi dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa.

**9. Hak pasien dan keluarga :**

- a. Menghormati kebutuhan privasi pasien.
- b. Melindungi barang milik pasien dari pencurian atau kehilangan.
- c. Melindungi pasien dari kekerasan fisik.
- d. Anak-anak, individu yang cacat, lanjut usia dan lainnya yang berisiko, mendapatkan perlindungan yang layak.
- e. Membantu mencari second opinion dan kompromi dalam pelayanan didalam maupun diluar rumah sakit.
- f. Pernyataan persetujuan (Informed Consent) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.
- g. Informed consent diperoleh sebelum operasi, anestesi, sedasi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.

**10. Penolakan pelayanan dan pengobatan :**

- a. Memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
- b. Memberitahukan tentang konsekuensi, tanggung jawab berkaitan dengan keputusan tersebut dan tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.
- c. Memberitahukan pasien dan keluarganya tentang Menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar ( Do Not Resuscitate )
  - a. Rumah sakit telah menetapkan posisinya pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi dan membatalkan atau mundur dari pengobatan bantuan hidup dasar.
  - b. Posisi rumah sakit sesuai dengan norma agama dan budaya masyarakat, serta persyaratan hukum dan peraturan.



## **11. Pelayanan pasien tahap terminal :**

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

## **12. Asesmen pasien :**

- a. Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.
- b. Asesmen awal setiap pasien meliputi evaluasi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan
- c. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen
- d. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini/cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.
- e. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.
- f. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.
- g. Untuk asesmen yang berumur kurang dari 30 hari, apabila ada perubahan kondisi pasien yang signifikan, maka perubahan dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap
- h. Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (discharge planning)

- i. Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu atas dasar kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.
- j. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan.

**13. Manajemen obat :**

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

**14. Manajemen nutrisi :**

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

**15. Manajemen nyeri:**

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

**16. Surgical Safety Checklist :**

- a. Digunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberian tanda.

- b. Menggunakan suatu checklist untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar, dan fungsional.
- c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi / time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.

**17. Hand hygiene :**

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

**18. Risiko jatuh :**

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

**19. Komunikasi efektif :**

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

**20. Manajemen di Instalasi :**

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

d. Setiap bulan Instalasi wajib membuat laporan.

## **21. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan RS :**

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

## **BAB VI**

### **Panduan Pelayanan Pasien Seragam**

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

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

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

Banyak praktisi kesehatan yaitu ; dokter, perawat, apoteker, nutrisisionis, terapis rehabilitasi, dan praktisi pelayanan kesehatan lain melaksanakan aktivitas tersebut. Masing-masing praktisi pelayanan kesehatan mempunyai peran yang jelas dalam asuhan pasien. Peran tersebut ditentukan oleh lisensi; kredensial; sertifikat; undang-undang dan peraturan; ketrampilan (*skill*) khusus individu, pengetahuan, pengalaman, juga kebijakan rumah sakit atau uraian tugas. Sebagian pelayanan bisa

dilaksanakan oleh pasien, keluarganya, atau pembantu pelaksana asuhan lainnya yang terlatih.

**Konsep dasar Pelayanan Asuhan Seragam :**

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

**Asuhan Pasien Seragam**

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

Pasien mungkin menjalani banyak jenis pemeriksaan diluar dan didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja dan berbagai pelayanan. Akibatnya, terdapat berbagai informasi, hasil tes dan data lain di rekam medis pasien. Manfaatnya akan besar bagi pasien, apabila staf yang

bertanggung jawab atas pasien bekerja sama menganalisis temuan pada asesmen dan mengkombinasikan informasi dalam suatu gambaran komprehensif dari kondisi pasien. Dari kerja sama ini, kebutuhan pasien diidentifikasi, ditetapkan urutan kepentingannya, dan dibuat keputusan pelayanan. Integrasi dari temuan ini akan memfasilitasi koordinasi pemberian pelayanan.

### **Asuhan Pasien**

Adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien oleh praktisi para Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang multi profesi yaitu : Dokter, Perawat, Ahli Gizi, Fisioterapis, Radiografer, Analis Laboratorium, Apoteker/Petugas Farmasi, Pekerja Sosial, dsb.

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

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

Perencanaan yang teliti diperlukan untuk proses asuhan pasien agar mendapat hasil yang optimal. Proses perencanaan menggunakan data dan asesmen awal pasien dan asesmen ulang periodik untuk menetapkan dan menyusun prioritas pengobatan, prosedur, asuhan keperawatan, dan asuhan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. Pasien dan keluarga diikuti sertakan dalam proses perencanaan. Rencana asuhan dicantumkan dalam rekam medis pasien. Rencana asuhan dikembangkan dalam waktu paling lama 24 jam setelah pasien diterima di rawat inap. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi pasien.

Rencana asuhan untuk seorang pasien harus terkait dengan kebutuhannya. Kebutuhan ini mungkin berubah sebagai akibat perbaikan klinis, informasi baru dari asesmen ulang yang rutin (contoh, hasil laboratorium atau radiografi yang abnormal), atau karena perubahan keadaan pasien yang tiba-tiba (contoh, penurunan kesadaran). Bila kebutuhan berubah, rencana asuhan pasien pun berubah. Perubahan ditulis dalam rekam medis sebagai catatan

pada rencana awal, perbaikan atau sasaran asuhan yang baru, atau dapat menjadi suatu rencana yang baru. Jadi satu rencana asuhan tunggal dan terintegrasi yang mengukur pencapaian sasaran yang diharapkan setiap disiplin, lebih baik daripada rencana terpisah oleh masing-masing praktisi pelayanan.

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

### **DPJP sebagai team leader**

Dalam semua fase pelayanan, ada staf yang kompeten sebagai orang yang bertanggung jawab terhadap pelayanan pasien, dan staf yang kompeten inilah yang disebut Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), yang bertanggung jawab menyiapkan dokumentasi rencana pelayanan pasien. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya.

DPJP mengatur pelayanan pasien selama seluruh waktu rawat inap, dalam rangka meningkatkan kontinuitas pelayanan, pengintegrasian asuhan dari para PPA, serta menjamin kualitas pelayanan dan hasil yang diharapkan. Ada kebijakan rumah sakit yang mengatur proses transfer tanggung jawab pasien dari satu ke orang lain, pada masa libur, hari besar dan lain-lain. Dalam kebijakan ditetapkan dokter konsulen, dokter *on call*, atau dokter pengganti yang bertanggung jawab. (lihat Panduan Pelaksanaan DPJP)

### **Manajer Pelayanan Pasien (*Case Manager*)**

Manajer Pelayanan Pasien (*case manager*) adalah profesional dalam RS yang bekerja secara kolaboratif dengan PPA, memastikan bahwa pasien dirawat serta ditransisikan ke tingkat asuhan yang tepat, dalam perencanaan asuhan yang efektif dan menerima pengobatan yang ditentukan, serta didukung pelayanan dan perencanaan yang dibutuhkan selama maupun sesudah perawatan RS.

Untuk mempertahankan kontinuitas pelayanan selama pasien tinggal di rumah sakit, staf yang bertanggung jawab secara umum terhadap koordinasi dan kesinambungan pelayanan pasien atau pada fase pelayanan tertentu teridentifikasi dengan jelas. Staf yang dimaksud adalah Manajer Pelayanan Pasien (*case manager*) yang dapat seorang dokter atau tenaga keperawatan yang kompeten. Nama staf (manajer pelayanan pasien) ini tercantum didalam

rekam medis pasien atau dengan cara lain dikenalkan kepada semua staf rumah sakit., serta sangat diperlukan apalagi bagi pasien-pasien tertentu yang kompleks dan pasien lain yang ditentukan rumah sakit. Manajer Pelayanan Pasien perlu bekerjasama dan berkomunikasi dengan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Fungsi Manajer Pelayanan Pasien diuraikan secara rinci dalam Panduan Pelaksanaan Manajer Pelayanan Pasien (MPP)

### **Asesmen Awal**

Tujuan utama pembuatan asesmen awal pasien adalah untuk memahami kebutuhan pelayanan medis dan pelayanan keperawatan sehingga pelayanan dan pengobatan dapat dimulai. Untuk mencapai ini, rumah sakit menetapkan isi minimal dari asesmen awal medis dan keperawatan serta asesmen lain. Juga ditetapkan kerangka waktu yang disyaratkan untuk menyelesaikan asesmen dan pendokumentasi asesmen awal tersebut. Selain asesmen medis dan keperawatan adalah penting untuk inisiasi pelayanan, kemungkinan diperlukan asesmen tambahan dari praktisi pelayanan kesehatan lain termasuk asesmen khusus dan asesmen individual. Semua asesmen ini harus terintegrasi dan kebutuhan pelayanan yang paling urgen harus diidentifikasi/ditetapkan. Rencana asuhan pasien harus dibuat berdasarkan data asesmen awal ini.

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

### **Asesmen Lanjut (Ulang)**

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

Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen ulang ini baik medis, keperawatan dan asesmen lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis. Berdasarkan asesmen ulang pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan, maka rencana diperbaharui sesuai dengan perubahan kondisi



pasien. Hasil asesmen ulang dicatat dalam rekam medis pasien untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan. Tempat di rekam medis untuk mencatat asesmen ulang ini adalah pada Catatan Perkembangan Terintegrasi.

### **Interval Waktu untuk melakukan Asesmen Ulang**

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

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

Asesmen ulang dilaksanakan dan hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien :

- a. Pada interval yang reguler selama pelayanan (contoh, secara periodik perawat mencatat tanda-tanda vital sesuai kebutuhan berdasarkan kondisi pasien).
- b. Setiap hari oleh dokter pada pasien akut atau lebih jarang sesuai kebijakan rumah sakit.
- c. Sebagai respons terhadap perubahan kondisi pasien yang signifikan.
- d. Bila diagnosis pasien telah berubah dan kebutuhan asuhan memerlukan perubahan rencana.
- e. Untuk menetapkan apakah obat-obatan dan pengobatan lain telah berhasil dan pasien dapat dipindahkan atau dipulangkan.

### **Assesmen Lanjut Lainnya**

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

Cara yang paling efektif untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan gizi atau fungsional adalah melalui kriteria skrining, dimana formulir asesmen awal keperawatan

dapat memuat kriteria ini. Pada setiap kasus kriteria skrining dikembangkan oleh staf yang kompeten yang mampu melakukan asesmen lanjutan, dan bila perlu, membuat persyaratan pengobatan pasien. Contoh, kriteria skrining untuk risiko nutrisi dapat dikembangkan oleh perawat yang akan menerapkan kriteria tersebut, ahli gizi yang akan menyediakan intervensi diet yang direkomendasikan dan nutrisisionis yang mampu mengintegrasikan kebutuhan nutrisi dengan kebutuhan lain dari pasien, sedangkan skrining status fungsional dikembangkan kriterianya oleh staf medis rehab medis.

### **Assesmen Nyeri**

Pada saat asesmen awal dan asesmen ulang, prosedur skrining dilakukan untuk mengidentifikasi pasien dengan rasa sakit, pasien dapat diobati di rumah sakit atau dirujuk untuk pengobatan. Lingkup pengobatan berdasarkan pelayanan yang tersedia di rumah sakit.

Bila pasien diobati di rumah sakit, dilaksanakan asesmen yang lebih komprehensif. Asesmen disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakter rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan durasi. Asesmen ini dicatat sedemikian rupa agar memfasilitasi /memudahkan asesmen ulang yang reguler dan follow up sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.

### **Assesmen Tambahan**

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

- a) ————Anak-anak
- b) ————Dewasa Muda
- e) ————Lanjut usia yang lemah
- d) ————Sakit terminal
- e) ————Pasien dengan rasa nyeri yang kronis dan intens
- f) ————Wanita dalam proses melahirkan
- g) ————Wanita dalam proses terminasi kehamilan
- h) ————Pasien dengan kelainan emosional atau gangguan jiwa

- i) ————— Pasien diduga ketergantungan obat atau alkohol
- j) ————— Korban kekerasan atau terlantar
- k) ————— Pasien dengan infeksi atau penyakit menular
- l) ————— Pasien yang mendapatkan kemoterapi atau radiasi
- m) ————— Pasien yang daya imunnya direndahkan

Asesmen pasien yang diduga ketergantungan obat dan atau alkohol dan asesmen pasien korban kekerasan dan yang terlantar, dipengaruhi oleh budaya dari populasi dimana pasien berada. Asesmen disini tidak dimaksudkan untuk penemuan kasus secara proaktif. Tetapi asesmen pasien tersebut merupakan respons terhadap kebutuhan dan kondisi yang dapat diterima oleh budaya dan diperlakukan konfidensial.

Proses asesmen dimodifikasi agar konsisten dengan undang-undang dan peraturan dan standar profesi terkait dengan populasi dan situasi demikian dengan melibatkan keluarga bila perlu.

#### **Assesmen pasien di akhir kehidupan/hayat**

Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganya, dilakukan asesmen dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka

Asesmen dan asesmen ulang perlu dilaksanakan secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga apabila pasien mendekati kematian. Asesmen dan asesmen ulang, sesuai kondisi pasien, harus mengevaluasi :

- a) Gejala seperti mau muntah dari kesulitan pernapasan
- b) Faktor-faktor yang meningkatkan dan membangkitkan gejala fisik
- c) Manajemen gejala saat ini dan hasil respon pasien
- d) Orientasi spritual pasien dan keluarga dan kalau perlu keterlibatan kelompok agama
- e) Urusan dan kebutuhan spritual pasien dan keluarga, seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah atau pengampunan
- f) Status psikososial pasien dan keluarga seperti hubungan keluarga, lingkungan rumah yang memadai apabila diperlukan perawatan di rumah, cara mengatasi dan reaksi pasien dan keluarga atas penyakit pasien
- g) Kebutuhan dukungan atau kelonggaran pelayanan (*respite services*) bagi pasien, keluarga dan pemberi pelayanan lain

- h) Kebutuhan akan alternatif atau tingkat pelayanan lain
- i) Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

**Asuhan pasien di akhir kehidupan yang diberikan rumah sakit :**

- a) pemberian pengobatan yang sesuai dengan gejala dan keinginan pasien dan keluarga;
- b) menyampaikan isu yang sensitif seperti autopsi dan donasi organ;
- c) menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya;
- d) mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan;
- e) memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya.

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

Rumah sakit perlu mengupayakan :

1. Semua staf harus diupayakan memahami kebutuhan pasien yang unik menjelang akhir kehidupan.
2. Asuhan akhir kehidupan oleh rumah sakit mengutamakan kebutuhan pasien menjelang akhir kehidupan dengan memperhatikan, sedikitnya termasuk elemen a) s/d e) tersebut diatas.
3. Kualitas asuhan akhir kehidupan dievaluasi oleh staf dan keluarga pasien.

**Rencana Pemulangan (discharge planning)**

Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*)

Kontinuitas pelayanan mempersyaratkan persiapan dan pertimbangan khusus untuk beberapa pasien tertentu seperti rencana pemulangan pasien. Rumah sakit mengembangkan mekanisme seperti daftar kriteria untuk mengidentifikasi pasien, yang rencana pemulangannya kritis, antara lain karena umur, kesulitan mobilitas /gerak, kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan berkelanjutan atau bantuan dalam aktivitas hidup sehari-hari. Karena perencanaan proses pemulangan pasien dapat membutuhkan waktu agak lama, maka proses asesmen dan perencanaan dapat dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap.

## **Pelayanan Yang Seragam bagi Semua Pasien**

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 mengkoordinasi pelayanan pasien. Secara khusus, pelayanan yang diberikan kepada populasi pasien yang sama pada berbagai unit kerja, dipandu oleh kebijakan dan prosedur yang menghasilkan pelayanan yang seragam. Sebagai tambahan, pimpinan harus menjamin bahwa rumah sakit menyediakan tingkat kualitas asuhan yang sama setiap hari dalam seminggu dan pada setiap shift. Kebijakan dan prosedur tersebut harus sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku yang membentuk proses pelayanan pasien dan dikembangkan secara kolaboratif. Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut dalam :

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

## **Catatan Perkembangan Terintegrasi (Integrated Progress Note)**

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

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

Setiap rumah sakit memutuskan :

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

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

### **Pemberian Informasi dan Edukasi pada Pasien dan Keluarga**

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

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

Rumah sakit mendidik pasien dan keluarganya, sehingga mereka mendapat pengetahuan dan ketrampilan untuk berpartisipasi dalam proses dan pengambilan keputusan asuhan pasien. Setiap rumah sakit mengembangkan/memasukkan pendidikan ke dalam proses asuhan berbasis misi, jenis pelayanan yang diberikan dan populasi pasien. Pendidikan direncanakan untuk menjamin bahwa setiap pasien diberikan pendidikan sesuai kebutuhannya. Rumah sakit menetapkan bagaimana mengorganisasikan sumber daya pendidikan secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menetapkan koordinator pendidikan atau komite pendidikan, menciptakan pelayanan pendidikan, mengatur penugasan seluruh staf yang memberikan pendidikan secara terkoordinasi. Semua kegiatan pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarganya, haruslah tercatat dalam berkas medis pasien. Oleh karenanya rumah sakit akan menyediakan lembar khusus dalam berkas rekam medis untuk mencatat kegiatan ini.

### **Tindakan Sedasi, Anestesi dan Pembedahan pada Pasien**

#### **Sedasi :**

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

Kebijakan dan prosedur sedasi memuat :

- a) penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya;
- b) dokumentasi yang diperlukan tim pelayanan untuk dapat bekerja dan berkomunikasi secara efektif;
- c) persyaratan persetujuan (*consent*) khusus, bila diperlukan;
- d) frekuensi dan jenis monitoring pasien yang diperlukan;
- e) kualifikasi atau ketrampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi; dan
- f) ketersediaan dan penggunaan peralatan spesialistik.

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

- g) teknik berbagai modus sedasi;
- h) monitoring yang tepat;
- i) respons terhadap komplikasi;
- j) penggunaan zat-zat *reversal*; dan
- k) sekurang-kurangnya bantuan hidup dasar.

Petugas yang kompeten bertanggung jawab melakukan asesmen prasedasi terhadap pasien untuk memastikan bahwa perencanaan sedasi dan tingkatannya adalah tepat dan aman bagi pasien. Sebagai tambahan, seorang petugas yang kompeten lain dibutuhkan untuk bertanggung jawab atas pelaksanaan monitoring berkesinambungan atas parameter fisiologis pasien, dan membantu tindakan suportif atau resusitasi. Kualifikasi petugas yang melaksanakan monitoring, dan monitoring peralatan serta suplai nya adalah sama seperti pada pemberian sedasi di unit/tempat yang lain di rumah sakit, misalnya dalam kamar operasi dan dalam klinik rawat jalan. Sehingga terpelihara tingkatan mutu pelayanan yang sama.

### **Anestesi :**

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

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

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



Seorang spesialis anestesi atau petugas lain yang kompeten menjalankan asesmen pra anestesi.

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

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

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

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

Jadi pada pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi harus dilakukan :

- a) Asesmen pra anestesi dikerjakan pada setiap pasien.
- b) Asesmen pra induksi dilaksanakan untuk re-evaluasi pasien segera sebelum induksi anestesi, sesaat sebelum diberikan induksi anestesi
- c) Kedua asesmen dikerjakan oleh staf yang kompeten untuk melakukannya
- d) Kedua asesmen didokumentasikan dalam rekam medis

### **Monitoring selama tindakan Anestesi**

Selama pemberian anestesi, status fisiologis setiap pasien terus menerus dimonitor dan dituliskan dalam rekam medis pasien

Monitoring fisiologis memberikan informasi yang dapat diandalkan tentang status pasien selama pemberian anestesi (umum, spinal dan regional) dan periode pemulihan. Metode monitoring tergantung pada status pra anestesi pasien, anestesi yang dipilih dan kompleksitas dari pembedahan atau prosedur lain yang dikerjakan selama anestesi. Namun

demikian, dalam semua kasus, proses monitoring dilakukan terus menerus dan hasilnya dituliskan ke dalam rekam medis pasien.

### **Masa Pemulihan pasca Anestesi**

Setiap pasien pasca anestesi dimonitor dan didokumentasikan dan pasien dipindahkan dari ruang pemulihan oleh staf -yang kompeten atau dengan menggunakan kriteria baku.

Monitoring selama anestesi adalah dasar dari monitoring selama periode pemulihan pasca anestesi. Pengumpulan data secara sistematis dan analisis data yang berlangsung terhadap kondisi pasien yang dalam pemulihan, mendukung keputusan untuk memindahkan pasien ke *setting* pelayanan lain dengan pelayanan yang kurang intensif. Pencatatan data monitoring merupakan dokumentasi untuk mendukung keputusan untuk memindahkan pasien.

### **Tindakan Pembedahan**

Karena pembedahan membawa risiko dengan tingkatan yang tinggi, maka penggunaannya haruslah direncanakan secara seksama. Asesmen pasien adalah dasar untuk memilih prosedur pembedahan yang tepat. Asesmen memberikan informasi penting terhadap :

- a) Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal;
- b) Melaksanakan prosedur secara aman;
- c) Menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien

Pemilihan prosedur tergantung pada riwayat pasien, status fisik, dan data diagnostik termasuk risiko dan manfaat prosedur bagi pasien. Pemilihan prosedur mempertimbangkan informasi dari asesmen saat masuk rawat inap, tes diagnostik, dan sumber lain yang tersedia. Proses asesmen dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan pembedahan.

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

### **Persetujuan Tindakan (Informed Consent)**

Manfaat, risiko, dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien.

Pasien dan keluarganya atau para pembuat keputusan menerima informasi yang adekuat untuk berpartisipasi dalam keputusan pemberian asuhan dan memberikan persetujuan (*informed consent*) yang diperlukan dalam pemenuhan hak pasien. Informasi termasuk :

- a) Risiko dari prosedur yang direncanakan;
- b) Manfaat prosedur yang direncanakan;
- c) Komplikasi yang potensial terjadi; dan
- d) Alternatif tindakan bedah dan nonbedah yang tersedia untuk mengobati pasien.

Sebagai tambahan, bila darah atau produk darah mungkin dibutuhkan, informasi tentang risiko dan alternatif didiskusikan. Dokter bedah yang bersangkutan atau petugas yang kompeten lain memberikan informasi ini.

### **Laporan Operasi**

Pada setiap pasien yang dioperasi ada laporan operasi yang berisi catatan operasi dalam rekam medis pasien untuk keperluan pelayanan berkesinambungan.

Pelayanan pasca bedah tergantung pada kejadian dan temuan dalam tindakan bedah. Jadi, status pasien termasuk diagnosis pasca bedah, deskripsi dari prosedur bedah dan temuan-temuan (termasuk spesimen bedah yang dikirim untuk pemeriksaan) dan nama ahli bedah dan asisten bedah. Guna mendukung suatu kontinum dari pelayanan suportif pasca bedah, catatan laporan operasi tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anestesi.

Sebelum pasien meninggalkan lokasi pemulihan pasca anestesi, suatu catatan singkat tindakan bedah bisa digunakan sebagai pengganti laporan tertulis tindakan bedah. Laporan tertulis tindakan bedah atau catatan singkat operasi tersebut minimum memuat :

- a) diagnosa pasca operasi;
- b) nama dokter bedah dan asisten-asisten;
- c) nama prosedur;
- d) spesimen bedah untuk pemeriksaan;
- e) catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah; dan
- f) tanggal, waktu, dan tandatangan dokter yang bertanggung jawab.

## **Penatalaksanaan Pasca bedah**

Pada setiap pasien yang dilakukan pembedahan, asuhan pasien pasca pembedahan direncanakan dan didokumentasikan

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

## **Pelayanan Pasien Risiko Tinggi dan Pelayanan Risiko Tinggi**

Rumah sakit memberi pelayanan bagi berbagai variasi pasien dengan berbagai variasi kebutuhan pelayanan kesehatan. Beberapa pasien yang digolongkan risiko-tinggi karena umur, kondisi, atau kebutuhan yang bersifat kritis. Anak dan lanjut usia umumnya dimasukkan dalam kelompok ini karena mereka sering tidak dapat menyampaikan pendapatnya, tidak mengerti proses asuhan dan tidak dapat ikut memberi keputusan tentang asuhannya. Demikian pula, pasien yang ketakutan, bingung atau koma tidak mampu memahami proses asuhan bila asuhan harus diberikan secara cepat dan efisien.

Rumah sakit juga menyediakan berbagai variasi pelayanan, sebagian termasuk yang berisiko tinggi karena memerlukan peralatan yang kompleks, yang diperlukan untuk pengobatan penyakit yang mengancam jiwa (pasien dialisis), sifat pengobatan (penggunaan darah atau produk darah), potensi yang membahayakan pasien atau efek toksik dari obat berisiko tinggi (misalnya kemoterapi).

Kebijakan dan prosedur merupakan alat yang sangat penting bagi staf untuk memahami pasien tersebut dan pelayanannya dan memberi respon yang cermat, kompeten dan dengan cara yang seragam. Pimpinan bertanggung jawab untuk :

- a) Mengidentifikasi pasien dan pelayanan yang dianggap berisiko tinggi di rumah sakit;
- b) Menggunakan proses kerjasama (kolaborasi) untuk mengembangkan kebijakan dan prosedur yang sesuai;

- c) Melaksanakan pelatihan staf dalam mengimplementasikan kebijakan dan prosedur.

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

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

Yang termasuk pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi :

- a) —pasien gawat darurat
- b) —pelayanan resusitasi di seluruh unit rumah sakit
- e) —pemberian darah dan produk darah.
- d) —pasien yang menggunakan peralatan bantu hidup dasar atau yang koma.
- e) —pasien dengan penyakit menular dan mereka yang daya tahannya menurun .
- f) —pasien dialisis (cuci darah)
- g) —penggunaan alat pengekang (*restraint*) dan pasien yang diberi pengekang / penghalang.
- h) —pasien lanjut usia, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko diperlakukan kasar/ kejam.
- i) —pasien yang mendapat kemoterapi atau terapi lain yang berisiko tinggi.

### **Pelayanan gizi bagi Pasien di RS**

Makanan dan nutrisi yang memadai penting bagi kondisi kesehatan dan proses pemulihan pasien. Makanan yang sesuai dengan umur pasien, budaya pasien dan preferensi diet, rencana pelayanan, harus tersedia secara rutin. Pasien berpartisipasi dalam perencanaan dan seleksi makanan, dan keluarga pasien dapat, bila sesuai, berpartisipasi dalam menyediakan makanan, konsisten dengan budaya, agama, dan tradisi dan praktik lain.

Berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan, DPJP atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrisi lain yang sesuai bagi pasien. Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien, mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang / kontra indikasi dengan kebutuhan dan rencana pelayanan, termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan. Bila mungkin, pasien ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya.

Pada asesmen awal, pasien diperiksa / ditapis untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi. Pasien ini akan dikonsultasikan ke nutrisi untuk asesmen lebih lanjut. Bila ternyata ada risiko nutrisi, dibuat rencana terapi gizi. Tingkat kemajuan pasien dimonitor dan dicatat dalam rekam medisnya. Dokter, perawat dan ahli diet dan kalau perlu keluarga pasien, bekerjasama merencanakan dan memberikan terapi gizi.

Hal yang harus dipenuhi oleh rumah sakit terkait nutrisi pasien adalah :

- a) Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara reguler
- b) Sebelum memberi makan pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat.
- c) Pesanan didasarkan atas status gizi, latar belakang agama dan budaya serta kebutuhan pasien
- d) Ada bermacam variasi pilihan makanan bagi pasien konsisten dengan kondisi dan pelayanannya
- e) Bila keluarga menyediakan makanan, mereka diberikan edukasi tentang pembatasan diet pasien
- f) Makanan disiapkan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
- g) Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
- h) Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik
- i) Distribusi makanan dilakukan tepat waktu, dan memenuhi sesuai permintaan khusus pasien terkait waktu.
- j) Praktik penanganan memenuhi peraturan dan perundangan yang berlaku
- k) Pasien, termasuk pasien anak dan balita yang pada asesmen berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.
- l) Suatu proses kerjasama dipakai untuk merencanakan, memberikan dan memonitor terapi gizi.
- m) Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.

n) Respon pasien terhadap terapi gizi dicatat dalam rekam medisnya.

### **Pelayanan Obat untuk Pasien di RS**

Rumah sakit mengidentifikasi petugas yang kompeten yang diijinkan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan.

Seleksi obat untuk mengobati pasien membutuhkan pengetahuan dan pengalaman yang spesifik. Setiap rumah sakit bertanggung jawab untuk mengidentifikasi petugas yang berpengetahuan dan berpengalaman yang disyaratkan dan yang juga diijinkan dengan lisensi, sertifikasi, hukum, atau peraturan untuk menuliskan resep atau memesan obat-obatan. Suatu rumah sakit dapat menentukan batas-batas untuk penulisan resep maupun pemesanan oleh perseorangan, misalnya untuk bahan yang dikendalikan, bahan-bahan kemoterapi, atau radioaktif serta obat investigatif. Petugas-petugas yang diperkenankan untuk penulisan resep dan pemesanan obat dikenal oleh bagian pelayanan farmasi atau orang-orang lain yang mengeluarkan obat. Dalam situasi emergensi, rumah sakit mengidentifikasi setiap petugas tambahan yang diijinkan untuk penulisan resep atau pemesanan obat.

Hal yang harus dipatuhi terkait obat :

1. Hanya orang yang diijinkan oleh rumah sakit dan peraturan perundangan yang dapat menuliskan resep atau memesan obat
2. Ada proses untuk menetapkan batas bagi petugas, bila perlu, untuk praktek penulisan resep atau pemesanan obat.
3. Petugas-petugas yang diijinkan untuk menuliskan resep dan memesan obat dikenal oleh unit pelayanan farmasi atau orang lain yang mengeluarkan obat-obat

### **Pendokumentasian obat**

Obat-obatan yang diresepkan dan diberikan dicatat dalam rekam medis pasien

Pencatatan setiap pasien yang menerima obat, rekam medisnya berisi daftar obat yang diresepkan atau dipesan untuk pasien beserta dosis dan berapa kali obat diberikan. Termasuk pula obat yang diberikan “bila perlu”. Bila informasi ini dicatat pada lembaran obat yang terpisah, maka lembaran tersebut diselipkan dalam rekam medis pasien saat dipulangkan atau dipindahkan.

Rumah sakit menyalurkan obat melalui pengisian formulir yang paling sederhana untuk memperkecil kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pendistribusian dan pemberian. Ketika suatu obat dikeluarkan dari kemasannya yang asli atau disiapkan dan disalurkan dalam bentuk / wadah (*container*) yang berbeda – dan tidak segera diberikan – obat harus diberi label dengan nama obat, dosis/konsentrasi obat, tanggal penyiapan dan tanggal kadaluwarsa. Farmasi sentral dan titik distribusi obat yang lain di seluruh rumah sakit menggunakan sistem yang sama. Sistem menunjang pengeluaran obat secara akurat dan tepat waktu.

Dalam kaitan ini maka rumah sakit harus menetapkan sistem yang baku berupa :

- a) Ada sistem yang seragam di rumah sakit dalam penyaluran dan pendistribusian obat
- b) Setelah disiapkan, obat diberi label secara tepat, dengan nama obat, dosis/konsentrasi, tanggal penyiapan, tanggal kadaluwarsa, dan nama pasien
- c) Obat disalurkan dengan bentuk yang-paling-siap-diberikan
- d) Sistem mendukung penyaluran obat secara akurat
- e) Sistem mendukung penyaluran obat tepat waktu

#### **Siapa yang berhak memberikan obat**

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

Apa yang harus dilakukan rumah sakit adalah :

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



## **Obat yang dibawa pasien dari rumah**

Kebijakan dan prosedur mengatur obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien yang menggunakan obat sendiri (*self-administration*).

Mengawasi penggunaan obat di rumah sakit memerlukan suatu pemahaman terhadap sumber dan penggunaan obat yang tidak diresepkan atau dipesan di rumah sakit. Obat yang dibawa ke dalam rumah sakit oleh pasien atau keluarganya harus diketahui oleh DPJP dan dicatat di rekam medis pasien. Penggunaan obat tersebut dikendalikan oleh staf rumah sakit.

## **Monitoring efek obat dan efek samping obat**

Pasien, dokter, perawat dan praktisi pelayanan kesehatan lainnya bekerja bersama untuk memantau pasien yang mendapat obat. Tujuan monitoring adalah untuk mengevaluasi efek pengobatan terhadap gejala pasien atau penyakitnya, demikian juga hitung leukosit, erytrosit, fungsi ginjal, fungsi hati dan monitoring lain untuk obat yang selektif, dan untuk mengevaluasi pasien terhadap KTD. Berdasarkan monitoring, dosis atau jenis obat dapat disesuaikan, bila perlu. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutic yang diantisipasi maupun reaksi alergik, interaksi obat yang tidak diantisipasi, adanya perubahan dalam keseimbangan pasien yang akan meningkatkan risiko jatuh dan lain-lain.

Memonitor efek obat termasuk mengobservasi dan mendokumentasikan setiap KTD. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi semua KTD yang harus dicatat dan yang harus dilaporkan. Rumah sakit membangun suatu mekanisme pelaporan dari KTD bila perlu dan kerangka waktu untuk pelaporan.

Hal yang perlu diperhatikan :

- a) Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (*adverse effect*).
- b) Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif
- c) Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit.

## BAB VII.

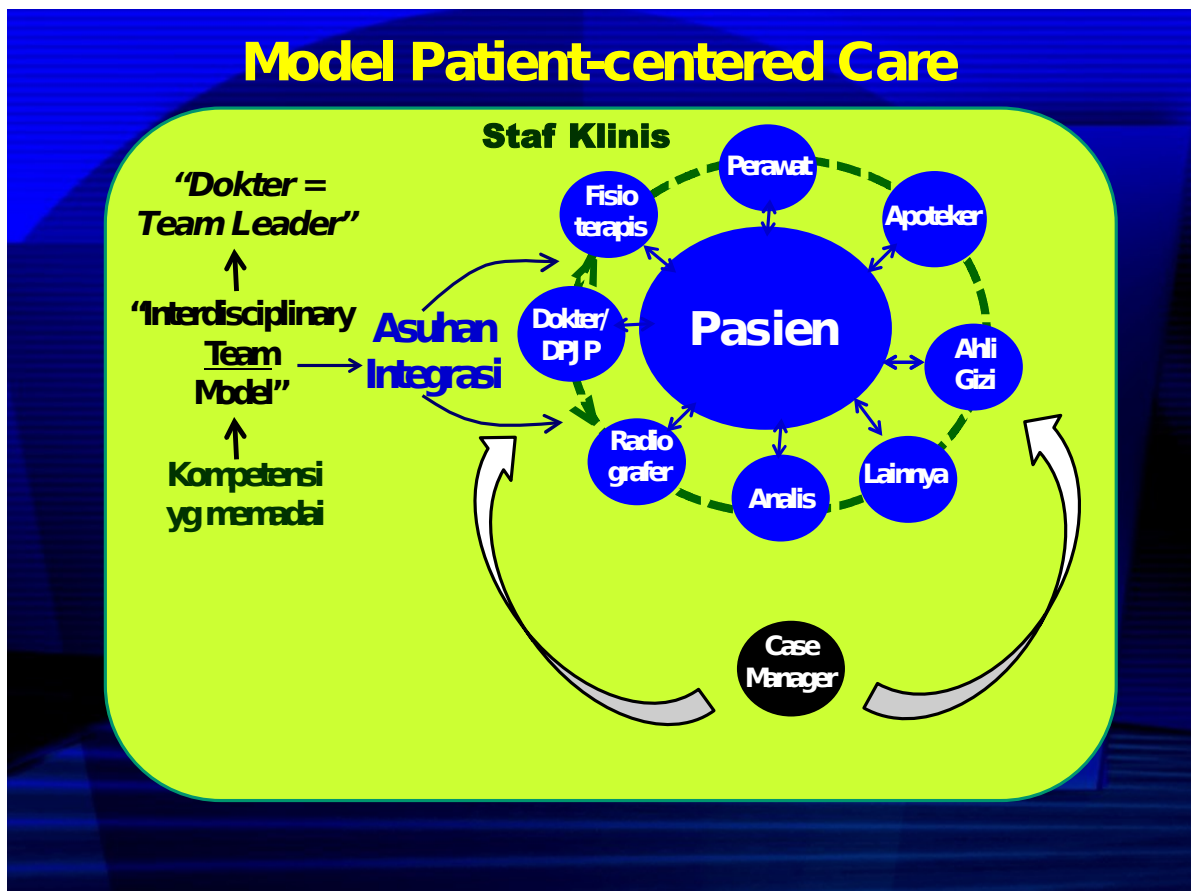
### Pembuatan Catatan Asuhan Pasien Terintegrasi

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

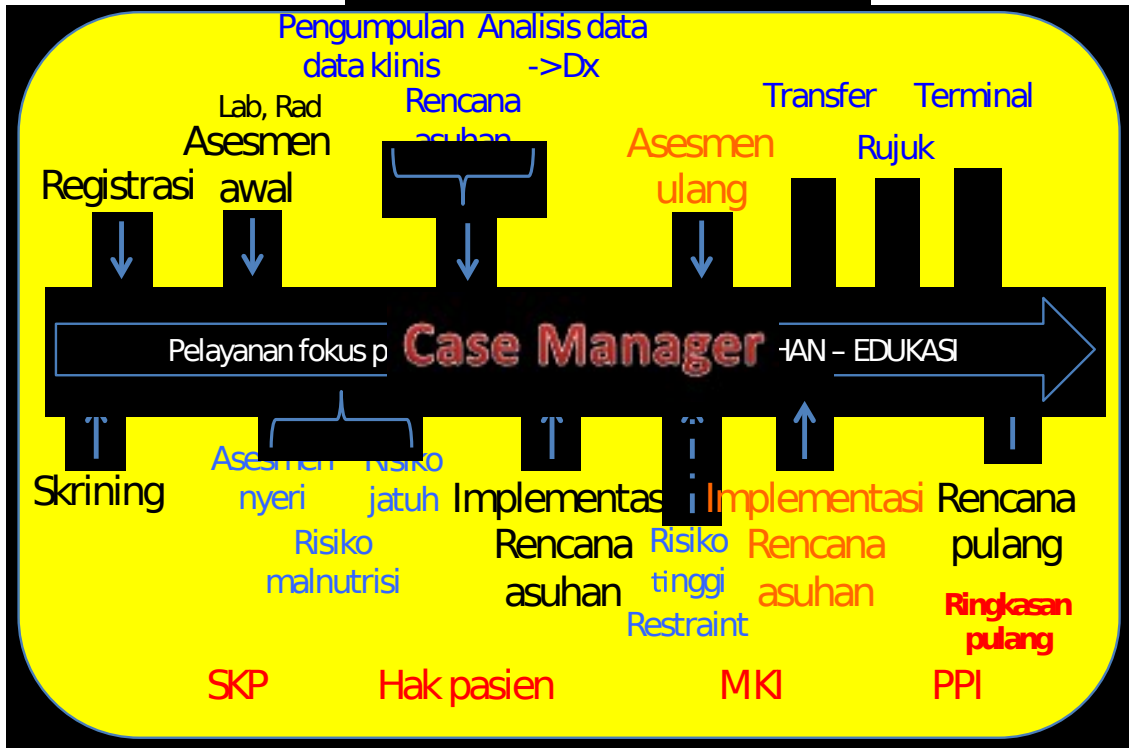
Pencatatan dalam berkas rekam medis mengikuti kaidah Problem Oriented Medical record (POMR) yaitu dengan pola S (subyektif, keterangan/keluhan pasien), O (objektif, fakta yang ditemukan pada pasien melalui pemeriksaan fisik dan penunjang), A (analisis, merupakan kesimpulan/diagnose yang dibuat berdasarkan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

## BAB VIII

### MODEL PELAYANAN PASIEN RS DADI KELUARGA



## PROSES ASUHAN PASIEN



## **BAB VIII**

### **STANDAR PELAYANAN DAN STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL**

Dalam melaksanakan tugas profesionalnya staf medis mengacu pada buku PPK medis dan SPO tindakan medis.

Staf Keperawatan juga dalam melaksanakan tugas profesional mengacu pada PPK keperawatan dan SPO tindakan keperawatan.