

MEMPERSIAPKAN AKREDITASI
VERSI 2012

DESAIN FORMULIR
MENUNJANG TELUSUR
DOKUMEN REKAM MEDIS

STANDAR AKREDITASI VERSI 2007 & STANDAR AKREDITASI VERSI 2012 (JCI)

VERSI 2007

- BERFOKUS PADA PROVIDER
- KUAT PADA INPUT DAN DOKUMEN
- LEMAH IMPLEMENTASI → KURANG MELIBATKAN PETUGAS

VERSI 2012 (JCI)

- BERFOKUS PADA PASIEN
- KUAT PADA PROSES , OUTPUT DAN OUTCOME
- KUAT PADA IMPLEMENTASI → MELIBATKAN SELURUH PETUGAS

Kelompok I

Kelompok Standar Pelayanan Berfokus pada Pasien

- Akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan (APK)
- Hak pasien dan keluarga (HPK)
- Asesmen pasien (AP)
- Pelayanan pasien (PP)
- Pelayanan anestesi dan bedah (PAB)
- Manajemen dan penggunaan obat (MPO)
- Pendidikan pasien dan keluarga (PPK)

Kelompok II

Kelompok Standar Manajemen Rumah Sakit

- Peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMK)
- Pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI)
- Tata kelola, kepemimpinan dan pengarahan (TKP)
- Manajemen fasilitas dan keselamatan (MFK)
- Kualifikasi dan pendidikan staf (KPS)
- ***Manajemen komunikasi dan informasi (MKI)***

Kelompok III

Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit

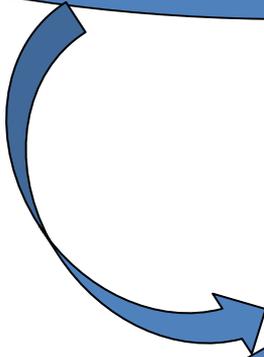
1. Ketepatan identifikasi pasien
2. Peningkatan komunikasi yang efektif
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Kelompok IV

Sasaran milenium development goals

- Sasaran I :
 penurunan angka kematian bayi dan
 peningkatan kesehatan ibu
- Sasaran II :
 penurunan angka kesakitan HIV?AIDS
- Sasaran III :
 penurunan angka kesakitan TB

Peran rekam medis ?



Penyelenggaraan RM
sesuai standar

Penyelenggaraan RM



Pedoman

- Pengorganisasian RM
- Pelayanan RM

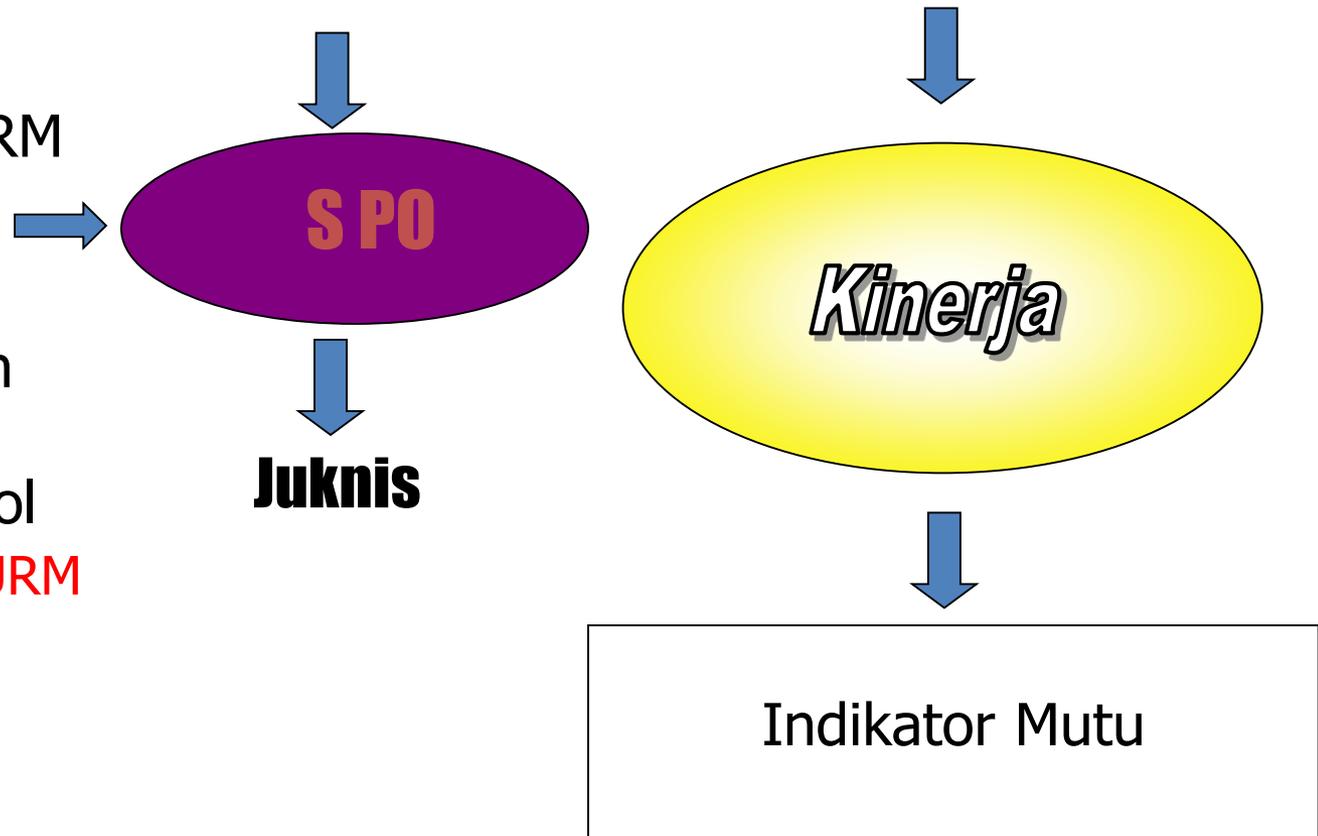
Panduan

- Identifikasi pasien
- Penggunaan singkatan & simbol

Kebijakan Pelayanan URM

Program URM

- Mutu
- K3
- Pem Sarana
- Pengembangan SDM



PROSES AKREDITASI :

Mencari bukti – bukti terhadap
penerapan dan pengembangan
standar mutu pelayanan dan keselamatan
pasien



TELUSUR

REKAM MEDIS

TERKAIT DG TELUSUR DOKUMEN REKAM MEDIS

- Akses ke pelayanan dan kontinuitas pelayanan (APK)
- Hak pasien dan keluarga (HPK)
- Asesmen pasien (AP)
- Pelayanan pasien (PP)
- Pelayanan anestesi dan bedah (PAB)
- Manajemen dan penggunaan obat (MPO)
- Pendidikan pasien dan keluarga (PPK)

Elemen Penilaian HPK.6.3	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pasien dan keluarganya diberi tentang lingkup dari persetujuan umum, apabila cara ini dipakai oleh rumah sakit.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pimpinan RS 2. Kepala unit rekam medis 3. Kepala unit pelayanan pelanggan 	Pelaksanaan untuk mendapat persetujuan umum dan penjelasan lingkup persetujuannya	Regulasi RS: Kebijakan/Panduan/SPO tentang penjelasan dan persetujuan umum
2. Rumah sakit telah menetapkan bagaimana persetujuan umum, bila dipakai, didokumentasikan di dalam rekam medis pasien		Ketentuan tentang persetujuan umum yang didokumentasikan dalam rekam medis pasien	Dokumen: Formulir persetujuan umum

Standar HPK.6.4

Informed consent diperoleh *sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.*

Maksud HPK.6.4

Bila rencana pelayanan termasuk operasi atau prosedur invasif, anestesia (termasuk sedasi yang moderat dan dalam), penggunaan darah atau produk darah, tindakan dan pengobatan lain yang berisiko tinggi, diperlukan persetujuan yang tersendiri. Proses persetujuan ini memberikan penjelasan seperti yang telah diidentifikasi pada HPK 6.1 dan mencatat **identitas orang yang memberikan penjelasan.**

Elemen Penilaian HPK.6.4	SASARAN	MATERI	DOKUMEN
1. Persetujuan didapat sebelum operasi atau prosedur invasif (lihat juga PAB.7.1, Maksud dan Tujuan).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Kepala unit kamar operasi • Kepala unit rawat inap • Staf medis • Staf keperawatan 	Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk operasi dan tindakan invasif	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMK 290/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran • Keputusan Dirjen Yanmed HK.00.06.3.5.1866 tentang Pedoman Persetujuan Tindakan Medik (Informed Consent), 1999 <p>Regulasi RS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang persetujuan tindakan kedokteran <p>Dokumen:</p> <p>Formulir persetujuan/penolakan tindakan kedokteran</p>
2. Persetujuan didapat sebelum anestesia (termasuk sedasi yang moderat dan dalam) (lihat juga PAB.5.1, Maksud dan Tujuan dan EP 1)		Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk anestesi	
3. Persetujuan didapat sebelum penggunaan darah atau produk darah		Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk pemberian transfusi darah	
4. Persetujuan didapat sebelum pelaksanaan tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi.		Pelaksanaan untuk mendapatkan persetujuan tindakan kedokteran untuk tindakan dan pengobatan yang berisiko tinggi	
5. Identitas petugas yang memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarganya dicatat di dalam rekam medis pasien (lihat juga HPK.8, EP 2).		Ketentuan yang berwenang memberi penjelasan dalam proses informed consent	
6. Persetujuan didokumentasikan di rekam medis pasien disertai tanda tangan atau catatan dari persetujuan lisan (lihat juga HPK.8, EP 2).		Dokumentasi penjelasan dan persetujuan tindakan kedokteran	

Informed Consent diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan / investigasi klinis, dan percobaan klinis.

Elemen Penilaian HPK.8	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN	MATERI		
1. Informed consent diperoleh saat pasien memutuskan ikut serta dalam penelitian klinis, pemeriksaan atau clinical trial.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Ketua kelompok staf medis • Staf medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan pemberian persetujuan keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis 	0 5 10	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kebijakan/Panduan/SPO tentang keikutsertaan pasien dalam penelitian klinis Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dokumen informasi ▪ Formulir persetujuan/ penolakan keikutsertaan dalam penelitian klinis
2. Keputusan persetujuan didokumentasikan, diberi tanggal dan berdasarkan atas penjelasan yang diidentifikasi dalam HPK 6.4, Elemen Penilaian 5 dan 6.		<ul style="list-style-type: none"> • Proses dokumentasi yang lengkap atas persetujuan keikutsertaan dalam penelitian 	0 5 10	
3. Identitas petugas yang memberikan penjelasan untuk mendapatkan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien		<ul style="list-style-type: none"> • Proses pencatatan identitas petugas yang memberikan penjelasan ke dalam rekam medis 	0 5 10	
4. Persetujuan didokumentasikan dalam rekam medis pasien disertai tandatangan atau catatan persetujuan lisan.		<ul style="list-style-type: none"> • Pendokumentasian persetujuan dalam rekam medis pasien 	0 5 10	

Standar PAB.5

Pelayanan anestesia pada setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan di rekam medis pasien

Elemen Penilaian PAB.5	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pelayanan anestesi setiap pasien direncanakan	▪ Ketua dan anggota tim anestesi	• Implementasi perencanaan pelayanan anestesi di tiap pasien	Regulasi pelayanan anestesi Dokumen : Bukti pencatatan perencanaan pelayanan anestesi dalam rekam medis
2. Rencana tersebut didokumentasikan		• Pendokumentasian pelayanan tersebut	

Standar PAB.5.1

Risiko, manfaat dan alternatif didiskusikan dengan pasien dan keluarganya atau mereka yang membuat keputusan bagi pasien.

Elemen Penilaian PAB.5.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pasien, keluarga dan pengambil keputusan diberi pendidikan tentang risiko, manfaat dan alternatif anestesi (lihat juga HPK.6.4, EP 2).	<ul style="list-style-type: none">▪ Ketua dan anggota tim anestesi▪ Pasien dan atau keluarga	Implementasi pemberian edukasi informed consent tentang risiko, manfaat dan alternatif anestesi	Regulasi peesetujuan tindakan kedokteran Dokumen : <ul style="list-style-type: none">▪ Materi edukasi Formulir persetujuan/ penolakan tindakan

PELAYANAN BEDAH

Standar PAB.7

Setiap asuhan bedah pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen.

Elemen Penilaian PAB.7	TELUSUR	
	SASARAN	MATERI
1. Sebelum pelaksanaan tindakan, dokter yang bertanggungjawab mendokumentasikan informasi asesmen yang digunakan untuk mengembangkan dan mendukung tindakan invasif yang direncanakan (lihat juga AP.1.5.1, EP 1; AP.5.3, EP 3 dan AP.6.4, EP 3)	Ketua dan anggota tim anestesi	Implementasi dari pendokumentasian informasi asesmen pasien
2. Setiap asuhan bedah pasien direncanakan berdasarkan informasi asesmen		Implementasi rencana asuhan bedah sesuai informasi asesmen
3. Sebelum tindakan, diagnosis pra operatif dan rencana tindakan didokumentasikan dalam rekam medis pasien oleh dokter yang bertanggungjawab (lihat juga AP.1.5.1, EP 1, dan MKI.19.1, EP 3)		Pendokumentasian diagnosis pra operatif dan rencana tindakan dalam rekam medis

PELAYANAN BEDAH

Standar PAB.7

Setiap asuhan bedah pasien direncanakan dan didokumentasikan berdasarkan hasil asesmen.

Maksud dan tujuan PAB.7

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

- Pemilihan prosedur yang tepat dan waktu yang optimal;
- Melaksanakan prosedur secara aman; dan
- 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.

Elemen Penilaian PAB.7.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pasien, keluarga dan pembuat keputusan diedukasi tentang risiko, manfaat, komplikasi yang potensial serta alternatif yang berhubungan dengan prosedur bedah yang direncanakan (lihat juga HPK.6.4, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ahli bedah/ DPJP ▪ Pasien dan keluarga 	Implementasi pemberian informed consent pada pasien, keluarga dan pembuat keputusan tentang risiko, manfaat, komplikasi dan alternatif terkait prosedur bedah yang direncanakan	Acuan : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Manual Konsil Kedokteran Indonesia tentang persetujuan tindakan kedokteran
2. Edukasi mencakup kebutuhan untuk, risiko dan manfaat dari, maupun alternatif terhadap darah dan produk darah yang digunakan		Implementasi pemberian informed consent juga mencakup kebutuhan, risiko, manfaat maupun alternatif darah dan produk darah yang digunakan	Regulasi tentang komunikasi yang efektif dalam pemberian edukasi dan informasi Dokumen : Formuir informed consent Formulir persetujuan/ penolakan tindakan kedokteran
3. Dokter bedah atau petugas lain yang kompeten memberikan edukasi (lihat juga HPK.6.1, EP 2)		Implementasi pemberian informed consent oleh dokter bedah	

asesmen

Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.

Maksud dan tujuan AP.1

Ketika pasien diterima di rumah sakit untuk pelayanan/pengobatan rawat inap atau rawat jalan, perlu dilakukan asesmen lengkap untuk menetapkan alasan kenapa pasien perlu datang berobat ke rumah sakit. Pada tahap ini, rumah sakit membutuhkan informasi khusus dan prosedur untuk mendapat informasi, tergantung pada kebutuhan pasien dan jenis pelayanan yang harus diberikan (contoh rawat inap atau rawat jalan). Kebijakan dan prosedur rumah sakit menetapkan bagaimana proses ini berjalan dan informasi apa yang harus dikumpulkan dan didokumentasikan (lihat juga APK.1, Maksud dan Tujuan).

Elemen Penilaian AP.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Kebijakan dan prosedur rumah sakit menegaskan asesmen informasi yang harus diperoleh dari pasien rawat inap.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan RS Kepala Unit Rawat Jalan Kepala Unit Rawat Inap Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen informasi dan informasi yang harus tersedia untuk pasien rawat inap 	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> PMK 269/Menkes/Per/III/2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Asesmen Informasi Pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap <p>Dokumen:</p> <p>Hasil asesmen pada rekam medis</p>
2. Kebijakan dan prosedur rumah sakit menegaskan asesmen informasi yang harus diperoleh dari pasien rawat jalan.		<ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan asesmen informasi dan informasi yang harus tersedia untuk pasien rawat jalan 	
3. Kebijakan rumah sakit mengidentifikasi tentang informasi yang harus didokumentasi untuk asesmen.		<ul style="list-style-type: none"> Ketentuan RS tentang informasi yang didokumentasikan untuk asesmen 	

Standar AP.1.1

Rumah sakit telah menetapkan isi minimal asesmen berdasarkan undang-undang, peraturan dan standar profesi.

Maksud dan tujuan AP.1.1

Agar asesmen kebutuhan pasien konsisten, rumah sakit menetapkan dalam kebijakan, isi minimal dari asesmen yang harus dilaksanakan oleh dokter, perawat dan staf disiplin klinis lainnya. Asesmen dilaksanakan oleh setiap disiplin dalam lingkup praktek/profesi, perizinan, undang-undang dan peraturan terkait atau sertifikasi. Hanya mereka yang kompeten yang melaksanakan asesmen. Setiap formulir asesmen yang digunakan mencerminkan kebijakan ini. Rumah sakit menetapkan aktivitas asesmen pada pelayanan pasien rawat inap maupun rawat jalan. Rumah sakit menetapkan elemen yang umum untuk semua asesmen dan menetapkan perbedaan, bila mungkin, dalam lingkup asesmen pelayanan medis umum dan asesmen pelayanan medis spesialis. Asesmen yang ditetapkan dalam kebijakan dapat dilengkapi oleh lebih dari satu orang yang kompeten, dan dalam waktu yang berbeda. Semua isi asesmen harus tersedia apabila pengobatan dimulai.

Elemen Penilaian AP.1.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Isi minimal asesmen ditetapkan oleh setiap disiplin klinis yang melakukan asesmen dan merinci elemen yang dibutuhkan pada riwayat penyakit dan pemeriksaan fisik (lihat juga PAB.3, EP 3 dan PAB.4, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Rawat Jalan • Kepala Unit Rawat Inap • Kepala Unit Rekam Medis • Pelaksana keperawatan • Pelaksana Rekam Medis 	Penetapan asesmen oleh setiap disiplin klinis	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMK 269/Menkes/Per/III/2008 • KMK tentang standar profesi <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/Panduan/S PO tentang Pelayanan Rekam Medis
2. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen.		Penetapan tenaga kesehatan yang dapat melakukan asesmen	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesmen pasien rawat inap • Asesmen pasien rawat jalan
3. Isi minimal dari asesmen pasien rawat inap ditetapkan dalam kebijakan (lihat juga AP.1.2, EP 1).		Penetapan minimal asesmen untuk pasien rawat inap	
4. Isi minimal dari asesmen pasien rawat jalan ditetapkan dalam kebijakan.		Penetapan minimal asesmen untuk pasien rawat jalan	

Standar AP.1.2

Asesmen awal setiap pasien meliputi evaluasi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan.

Maksud dan tujuan AP.1.2

Asesmen awal dari seorang pasien, rawat jalan atau rawat inap, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan. Asesmen awal memberikan informasi untuk :

- Memahami pelayanan apa yang dicari pasien
- Memilih jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien
- Menetapkan diagnosis awal
- Memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya

Untuk mendapat informasi ini, asesmen awal termasuk evaluasi kondisi medis pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menetapkan status emosional pasien (contoh: pasien depresi, ketakutan atau agresif dan potensial menyakiti diri sendiri atau orang lain). Pengumpulan informasi sosial pasien tidak dimaksud untuk mengelompokkan pasien. Tetapi, konteks sosial, budaya, keluarga, dan ekonomi pasien merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit dan pengobatan. Keluarga dapat sangat menolong dalam asesmen untuk perihai tersebut dan untuk memahami keinginan dan preferensi pasien dalam proses asesmen ini. Faktor ekonomis dinilai sebagai bagian dari asesmen sosial atau dinilai secara terpisah bila pasien dan keluarganya yang bertanggung jawab terhadap seluruh atau sebagian dari biaya selama dirawat atau waktu pemulangan pasien. Berbagai staf kompeten dapat terlibat dalam proses asesmen pasien. Faktor terpenting adalah bahwa asesmen lengkap dan tersedia (lihat juga MKI.7, EP 2) bagi mereka yang merawat pasien (lihat juga AP.1.7, EP 1, perihai asesmen nyeri).

Elemen Asesmen AP.1.2	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan mendapat assesmen awal yang termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan dalam kebijakan rumah sakit (lihat juga AP.1.1, EP 3) .	<p>Telusur individu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Rawat Jalan • Kepala Unit Rawat Inap • Kepala Unit Rekam Medis • Pelaksana medis • Pelaksana keperawatan • Pelaksana Rekam Medis 	<p>Pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap dan rawat jalan termasuk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riwayat kesehatan • Pemeriksaan fisik <p>Pelaksanaan asesmen psikologis</p>	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMK 269/Menkes/Per/III/2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis rawat jalan • Rekam medis rawat inap
2. Setiap pasien mendapat asesmen psikologis awal yang sesuai dengan kebutuhannya.		Pelaksanaan asesmen sosial ekonomi	
3. Setiap pasien mendapat asesmen sosial dan ekonomis awal sesuai kebutuhannya.		Penetapan diagnosis berdasarkan asesmen	
4. Asesmen awal menghasilkan suatu diagnosis awal.			

Standar AP.1.3

Kebutuhan pelayanan medis dan keperawatan ditetapkan berdasarkan asesmen awal dan dicatat pada catatan klinisnya.

Standar AP.1.3.1

Asesmen awal medis dan keperawatan pada pasien emergensi harus didasarkan atas kebutuhan dan keadaannya.

Maksud dan tujuan AP.1.3 dan AP.1.3.1

Hasil utama 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 (lihat juga AP.1.1), kerangka waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan asesmen (lihat juga AP.1.4) dan persyaratan dokumentasi asesmen (lihat juga AP.1.1). 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 (lihat juga AP.1.7). Semua asesmen ini harus terintegrasi (lihat juga AP.4) dan kebutuhan pelayanan yang paling urgen harus diidentifikasi (lihat juga AP.4.1).

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.

Elemen Penilaian AP.1.3	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Kebutuhan medis pasien ditetapkan melalui asesmen awal. Riwayat kesehatan terdokumentasi, juga pemeriksaan fisik dan asesmen lain yang dilaksanakan berdasarkan kebutuhan pasien yang teridentifikasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Rawat Jalan • Kepala Unit Rawat Inap • Kepala Unit Rekam Medis • Pelaksana medis • Pelaksana keperawatan 	Pelaksanaan asesmen awal meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan asesmen lain yang terdokumentasi, untuk menetapkan kebutuhan medis pasien	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • UU 29 2004 tentang Praktik Kedokteran • PMK 269/Menkes/Per/III/2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis rawat jalan • Rekam medis rawat inap
		Pelaksanaan asesmen keperawatan yang terdokumentasi, untuk menetapkan kebutuhan keperawatan pasien, serta asesmen lain sesuai kebutuhan pasien	0 5 10	
2. Kebutuhan keperawatan pasien ditetapkan melalui asesmen keperawatan yang didokumentasi, asesmen medis, dan asesmen lain yang dilaksanakan berdasarkan kebutuhan pasien.		Pencatatan kebutuhan medis dalam rekam medis	0 5 10	
3. Kebutuhan medis yang teridentifikasi dicatat dalam rekam medis.		Pencatatan kebutuhan keperawatan dalam rekam medis	0 5 10	
4. Kebutuhan keperawatan yang teridentifikasi dicatat dalam rekam medis.		Regulasi terkait semua uraian di atas	0 5 10	
5. Kebijakan dan prosedur mendukung praktik yang konsisten dalam semua bidang.				

Elemen Penilaian AP.1.3.1	TELUSUR		SKOR	DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
1. Untuk pasien gawat darurat, asesmen medis berdasarkan kebutuhan dan kondisinya.	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala Unit Gawat Darurat • Pelaksana medis dan keperawatan UGD 	Pelaksanaan asesmen medis untuk pasien gawat darurat	0 5 10	<p>Acuan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PMK 269/Menkes/Per/III/2008 <p>Regulasi RS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Pedoman/Panduan/SPO tentang Pelayanan Rekam Medis <p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis gawat darurat
2. Untuk pasien gawat darurat, asesmen keperawatan berdasarkan kebutuhan dan kondisinya.		Pelaksanaan asesmen keperawatan untuk pasien gawat darurat	0 5 10	
3. Apabila operasi dilakukan, maka sedikitnya ada catatan ringkas dan diagnosis pra-operasi dicatat sebelum tindakan.		Untuk pasien yang operasi ada catatan ringkas dan diagnosis pra-operasi	0 5 10	

Standar AP.1.4

Asesmen harus selesai dalam kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.1.4

Untuk memulai pengobatan yang benar dan sesegera mungkin, asesmen awal harus diselesaikan secepat mungkin. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu untuk menyelesaikan asesmen, khususnya asesmen medis dan keperawatan. Kerangka waktu yang akurat tergantung atas beberapa faktor, termasuk tipe pasien yang dilayani rumah sakit, kompleksitas dan durasi/lamanya pelayanan serta dinamika lingkungan pelayanan. Dengan pertimbangan ini, maka rumah sakit dapat menetapkan kerangka waktu asesmen yang berbeda untuk masing-masing unit kerja dan pelayanan.

Bila asesmen sebagian atau seluruhnya dilaksanakan diluar rumah sakit (misalnya, dipraktek dokter bedah), maka temuan dinilai ulang dan atau diverifikasi pada saat masuk sebagai pasien rawat inap sesuai waktu antara asesmen di luar dengan masuk rawat inap (lihat juga AP.1.4.1) dan sifat temuan yang penting, sesuai dengan kompleksitas pasien, rencana pelayanan dan pengobatan (misalnya, penilaian ulang mengkonfirmasi kejelasan diagnosis dan setiap rencana tindakan atau pengobatan; adanya hasil foto radiologi yang diperlukan untuk operasi, adanya perubahan pada kondisi pasien, seperti pengendalian gula darah dan identifikasi hasil laboratorium yang penting dan perlu diperiksa ulang).

Elemen Penilaian AP.1.4			DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
<p>1. Kerangka waktu yang benar untuk melaksanakan asesmen harus ditetapkan untuk semua jenis dan tempat pelayanan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis 	<ul style="list-style-type: none"> • Penetapan kerangka waktu pelaksanaan asesmen pada semua pelayanan 	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis
<p>2. Asesmen diselesaikan dalam kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan rumah sakit 	
<p>3. Temuan dari semua asesmen diluar rumah sakit harus dinilai ulang dan diverifikasi pada saat pasien masuk rawat inap (lihat juga AP.1.4.1) untuk memperbarui atau mengulang bagian-bagian dari asesmen medis yang sudah lebih dari 30 hari; lihat juga MKI.1.6, EP 1).</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen ulang untuk pasien rawat inap 	

Standar AP.1.4.1

Asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih cepat tergantung kondisi pasien atau sesuai kebijakan rumah sakit.

Maksud dan tujuan AP.1.4.1

Asesmen awal medis dan keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap dan tersedia untuk digunakan bagi mereka yang memberikan pelayanan kepada pasien. Bila kondisi pasien mengharuskan, maka asesmen awal medis dan keperawatan dilaksanakan dan tersedia lebih dini/cepat. Jadi, untuk pasien gawat darurat, asesmen harus segera dilakukan dan kebijakan dapat menetapkan bahwa kelompok pasien tertentu harus dinilai lebih cepat dari 24 jam.

Bila asesmen medis awal dilaksanakan di ruang praktek pribadi dokter atau diluar rumah sakit sebelum dirawat di rumah sakit, maka hal ini harus terjadi sebelum 30 hari. Apabila waktu 30 hari terlampaui maka riwayat kesehatan harus diperbaharui dan pemeriksaan fisik diulangi. Untuk asesmen medis yang dilakukan dalam waktu 30 hari sebelum dirawat inap, maka setiap perubahan penting dari kondisi pasien harus dicatat sejak asesmen atau pada waktu admisi . Proses memperbaharui dan atau pemeriksaan ulang ini dapat dilakukan seseorang yang kompeten (lihat juga AP.4, Maksud dan Tujuan).

Elemen Penilaian 1.4.1			DOKUMEN	
	SASARAN TELUSUR	MATERI		
<p>1. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini/cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang dan pelaksana keperawatan 	<p>Pelaksanaan asesmen medis awal dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat</p>	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis 	
<p>2. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.</p>		<p>Pelaksanaan asesmen keperawatan awal dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat</p>		
<p>3. 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.</p>		<p>Pelaksanaan asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, yang tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi</p>		
<p>4. Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi pasien yang signifikan, sejak asesmen dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap.</p>		<p>Pelaksanaan pencatatan perubahan kondisi pasien yang signifikan untuk asesmen yang dilakukan kurang dari 30 hari, pada saat pasien masuk rawat inap</p>		

Telaah rekam medis lanjutan

Standar AP.1.5

Temuan pada asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien dan siap tersedia bagi para penanggung jawab asuhan pasien.

Maksud dan tujuan AP.1.5

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 lain yang berarti, 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. Secara khusus, asesmen medis dan keperawatan terdokumentasi dalam waktu 24 jam setelah penerimaan sebagai pasien rawat inap. Hal ini tidak menghalangi penempatan tambahan hasil asesmen yang lebih detail pada lokasi lain yang terpisah dalam rekam medis pasien, sepanjang tetap mudah diakses bagi mereka yang melayani pasien.

Elemen Penilaian AP.1.5	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Temuan pada asesmen dicatat dalam rekam medis pasien (lihat juga MKI.1.9.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang dan pelaksana keperawatan 	Pelaksanaan pencatatan temuan dari asesmen pada rekam medis	Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis
2. Mereka yang memberi pelayanan kepada pasien dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis pasien atau di lokasi tertentu yang lain yang mudah diakses dan terstandar (lihat juga MKI.1.7, EP 2).		Kemudahan dalam menemukan kembali hasil asesmen di rekam medis oleh mereka yang memberikan pelayanan kepada pasien	
3. Asesmen medis dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap.		Pelaksanaan asesmen medis yang dicatat dalam rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap	
4. Asesmen keperawatan dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien dirawat inap.		Pelaksanaan asesmen keperawatan yang dicatat dalam rekam medis dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap	

Standar AP.1.5.1

Asesmen medis awal harus didokumentasikan sebelum tindakan anestesi atau bedah.

Maksud dan tujuan AP.1.5.1

Hasil asesmen medis dan setiap pemeriksaan diagnostik dicatat dalam rekam medis pasien sebelum tindakan anestesi atau bedah.

Elemen Penilaian AP.1.5.1	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Kepada pasien yang direncanakan operasi, dilaksanakan asesmen medis sebelum operasi (lihat juga PAB.7, EP 1 dan 2).	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait	<p>Pelaksanaan asesmen medis sebelum operasi bagi pasien yang direncanakan operasi</p> <p>Hasil asesmen medis dicatat dalam rekam medis sebelum operasi dimulai</p>	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Rekam medis
2. Asesmen medis pasien bedah dicatat sebelum operasi.			

Standar AP.1.6

Pasien di skrining untuk status gizi dan kebutuhan fungsional serta dikonsul untuk asesmen lebih lanjut dan pengobatan apabila dibutuhkan.

Maksud dan tujuan AP.1.6

Informasi yang didapat pada asesmen awal medis dan atau 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 fungsi yang independen atau pada kondisi potensial yang terbaik.

Cara yang paling efektif untuk mengidentifikasi pasien dengan kebutuhan gizi atau fungsional adalah melalui kriteria skrining. Contoh, 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.

Elemen Penilaian 1.6			DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Staf yang kompeten (qualified) mengembangkan kriteria untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan asesmen nutrisi lebih lanjut.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	Pelaksanaan asesmen nutrisi	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen di rekam medis • Bukti konsultasi
2. Pasien diskruining untuk risiko nutrisi sebagai bagian dari asesmen awal.		Penetapan risiko nutrisi sebagai hasil asesmen nutrisi	
3. Pasien dengan risiko masalah nutrisi menurut kriteria akan mendapat asesmen gizi.		Pelaksanaan asesmen gizi untuk pasien dengan risiko nutrisi	
4. Staf yang kompeten mengembangkan kriteria untuk mengidentifikasi pasien yang memerlukan asesmen fungsional lebih lanjut (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien VI, EP 1, terkait asesmen risiko jatuh).		Pelaksanaan asesmen fungsional lebih lanjut oleh staf yang kompeten	
5. Pasien disaring untuk menilai kebutuhan asesmen fungsional lebih lanjut sebagai bagian dari asesmen awal (lihat juga Sasaran Keselamatan Pasien VI, EP 2).		Proses skrining untuk menilai kebutuhan asesmen fungsional lebih lanjut sebagai bagian dari asesmen awal	
6. Pasien yang memerlukan asesmen fungsional sesuai		Pelaksanaan konsultasi untuk pasien yang memerlukan pelaksanaan asesmen fungsional sesuai kriteria	

Standar AP.1.7

Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.

Maksud dan tujuan AP.1.7

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.

Elemen Penilaian 1.7	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Pasien di skrining untuk rasa sakit (lihat juga PP.6, EP 1).	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksanaan asesmen nyeri 	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis • Bukti konsultasi
2. Apabila diidentifikasi ada rasa sakit pada asesmen awal, pasien dirujuk atau rumah sakit melakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan/frekuensi, lokasi dan lamanya.		<ul style="list-style-type: none"> • Tindak lanjut atas hasil asesmen nyeri 	
3. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh rumah sakit dan kebutuhan pasien.		<ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen nyeri dicatat dalam rekam medis beserta tindak lanjutnya 	

Standar AP.1.9

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

Maksud dan tujuan AP.1.9

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

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

Elemen Penilaian 1.9	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Pasien yang akan meninggal dan keluarganya dilakukan asesmen dan asesmen ulang untuk elemen a s/d i dalam Maksud dan Tujuan sesuai kebutuhan mereka yang diidentifikasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	Pelaksanaan asesmen bagi pasien yang akan meninggal	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none"> • Kebijakan/Panduan/SP O tentang asesmen pasien terminal Dokumen: <ul style="list-style-type: none"> • Hasil asesmen dan tindak lanjutnya di rekam medis
2. Temuan dalam asesmen mengarahkan pelayanan yang diberikan (lihat juga AP.2, EP 2)		Pelayanan yang diberikan sesuai dengan hasil asesmen	
3. Temuan dalam asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien		Hasil asesmen dicatat dalam rekam medis	

Standar AP.1.10

Asesmen awal termasuk penetapan kebutuhan untuk tambahan asesmen khusus.

Maksud dan tujuan AP.1.10

Proses asesmen awal dapat mengidentifikasi kebutuhan akan asesmen lain seperti untuk gigi, pendengaran, mata dan seterusnya. Rumah sakit merujuk pasien untuk asesmen tsb apabila pelayanan ini tersedia di rumah sakit atau dilingkungannya.

Elemen Penilaian 1.10	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Bila teridentifikasi kebutuhan tambahan asesmen khusus, pasien dirujuk didalam atau keluar rumah sakit (lihat juga APK.3, EP 1)	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait• Pelaksana keperawatan	Pelaksanaan rujukan bila teridentifikasi adanya kebutuhan tambahan asesmen khusus	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/Panduan/SPO tentang asesmen pasien <p>Dokumen: Hasil asesmen khusus dan tindak lanjutnya di rekam medis</p>
2. Asesmen khusus yang dilakukan didalam rumah sakit dilengkapi dan dicatat dalam rekam medis pasien		Pencatatan hasil asesmen khusus di dalam rekam medis	

Standar AP.1.11

Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (discharge)

Maksud dan tujuan AP.1.11

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.

Elemen Penilaian 1.11	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Ada proses untuk identifikasi pasien yang rencana pemulangannya kritis (discharge) (lihat juga APK.3, EP 2)	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan rumah sakit• Ketua kelompok dan staf medis• Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait	Pelaksanaan identifikasi pasien yang saat pemulangannya dalam kondisi kritis	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/Panduan/SPO tentang rencana pemulangan pasien
2. Rencana pemulangan bagi pasien seperti ini dimulai segera setelah pasien diterima sebagai pasien rawat inap (lihat juga APK 3, EP 4).	<ul style="list-style-type: none">• Pelaksana keperawatan	Bukti rencana pemulangan yang dimulai sejak penerimaan pasien rawat inap	Dokumen: Hasil identifikasi dan rencana pemulangan di rekam medis

Standar AP.2

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.

Maksud dan tujuan AP.2

Asesmen ulang oleh para praktisi pelayanan kesehatan adalah kunci untuk memahami apakah keputusan pelayanan sudah tepat dan efektif. Pasien dilakukan asesmen ulang selama proses pelayanan pada interval tertentu berdasarkan kebutuhan dan rencana pelayanan atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat dalam rekam medis pasien untuk informasi dan digunakan oleh semua staf yang memberi pelayanan (lihat juga MKI.19.1, EP 5).

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 :

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

Elemen Penilaian AP.2	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
<p>1. Pasien dilakukan asesmen ulang untuk menentukan respons mereka terhadap pengobatan (lihat juga PAB.5.3, EP 1 dan 2; PAB.7.3, EP 1 dan 2; MPO.7, EP 1; dan PP.5, EP 3).</p>	<p>Pimpinan rumah sakit Ketua kelompok dan staf medis Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait Pelaksana keperawatan</p>	<p>Pelaksanaan asesmen ulang untuk menentukan respons pasien terhadap pengobatan</p>	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis
		<p>Pelaksanaan asesmen ulang untuk perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien</p>	
		<p>Pelaksanaan asesmen ulang dalam interval sesuai dengan kondisi pasien dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit</p>	
<p>2. Pasien dilakukan asesmen ulang untuk perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien (lihat juga APK.3, EP 2 dan 3; PP.7.1, EP 2; PAB.5.3, EP 1 dan 2; dan AP.1.9, EP 2).</p>		<p>Pelaksanaan asesmen ulang oeh dokter sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya.</p>	
<p>3. Pasien dilakukan asesmen ulang dalam interval sesuai dengan kondisi pasien dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual atau sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit (lihat juga PAB.3, EP 1 dan PAB.5.3, EP 1) .</p>			

Elemen Penilaian AP.2	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
4. Dokter melakukan asesmen ulang sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya.	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan rumah sakit • Ketua kelompok dan staf medis • Kepala unit/kepala ruang unit kerja terkait • Pelaksana keperawatan 	<p>Pelaksanaan asesmen ulang oleh dokter sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya.</p>	<p>Dokumen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rekam medis
5. Untuk pasien nonakut, kebijakan rumah sakit menetapkan keadaan, dan tipe pasien atau populasi pasien, dimana asesmen oleh dokter bisa kurang dari sekali sehari dan menetapkan interval minimum untuk jadwal asesmen ulang bagi kasus seperti ini.		<p>Regulasi rumah sakit bahwa untuk pasien nonakut, ditetapkan bahwa keadaan, tipe pasien atau populasi pasien, asesmen oleh dokter bisa kurang dari sekali sehari dan menetapkan interval minimum untuk jadwal asesmen ulang bagi kasus seperti ini</p>	
6. Asesmen ulang didokumentasikan dalam rekam medis pasien.		<p>Bukti pelaksanaan asesmen ulang didokumentasikan dalam rekam medis pasien</p>	

PELAYANAN ANESTESI

Standar PAB.4

Petugas yang kompeten menyelenggarakan asesmen pra anestesi dan asesmen pra induksi.

Maksud dan tujuan PAB.4

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 :

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

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

Proses asesmen pra anestesi dijalankan beberapa waktu sebelum rawat inap atau sebelum tindakan pembedahan atau sesaat sebelum operasi, seperti pada pasien emergensi atau obstetri

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

Elemen Penilaian PAB.4	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Asesmen pra anestesi dikerjakan pada setiap pasien (lihat juga AP.1.1, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> Ketua dan anggota tim anestesi 	Implementasi asesmen praanestesi	Regulasi pelayanan anestesi
2. Asesmen pra induksi dilaksanakan untuk re-evaluasi pasien segera sebelum induksi anestesi, sesaat sebelum diberikan induksi anestesi		Implementasi asesmen pra induksi	Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> Bukti pencatatan asesmen praanestesi dan prainduksi dalam rekam medis
3. Kedua asesmen dikerjakan oleh petugas yang kompeten untuk melakukannya		Persyaratan petugas yang boleh melakukan pelayanan tersebut	
4. Kedua asesmen didokumentasikan dalam rekam medis		Pendokumentasian dalam rekam medis	

PEMESANAN DAN PENCATATAN (ordering & transcribing)

Standar MPO.4

Pereseapan, pemesanan, dan pencatatan diarahkan oleh kebijakan dan prosedur

Maksud dan tujuan MPO.4

Pereseapan, pemesanan dan pencatatan yang aman diarahkan oleh kebijakan dan prosedur rumah sakit. Para staf medis, perawatan, farmasi dan administratif berkolaborasi untuk mengembangkan dan memonitor kebijakan dan prosedur. Staf yang terkait dilatih untuk praktek penulisan resep, pemesanan dan pencatatan yang benar. Karena pereseapan obat yang tidak terbaca atau pemesanan yang mengacaukan keselamatan pasien bisa menunda pengobatan, maka kebijakan rumah sakit mengatur tindakan untuk mengurangi tidak terbacanya resep. Ada daftar dari semua obat terkini dicatat dalam status pasien dan tersedia di farmasi, keperawatan dan dokter. Rumah sakit menetapkan suatu prosedur untuk membandingkan daftar obat pasien yang diminum sebelum masuk rawat inap terhadap order pertama obat.

Standar MPO.4.3

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

Maksud dan tujuan dari MPO.4.3

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.

Elemen Penilaian MPO.4.3	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Obat yang diresepkan atau dipesan dicatat untuk setiap pasien	<ul style="list-style-type: none">• Pimpinan RS• Kepala Unit Farmasi• Staf Farmasi	Pencatatan obat yang diresepkan atau dipesan untuk setiap pasien	Dokumen : <ul style="list-style-type: none">▪ Rekam medis
2. Pemberian obat dicatat untuk setiap dosis		Pencatatan dosis untuk setiap pemberian obat	
3. Informasi obat disimpan dalam rekam medis pasien atau diselipkan kedalam status pasien saat pemulangan atau dipindahkan		Penyimpanan informasi obat dalam rekam medis pasien atau status pasien saat pemulangan atau pemindahan	

PEMANTAUAN (Monitoring)

Standar MPO.7

Efek obat terhadap pasien dimonitor

Maksud dan tujuan MPO.7

Pasien, dokternya, 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 darah, 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. Sudah seharusnya memonitor secara ketat respons pasien terhadap dosis pertama obat yang baru diberikan kepada pasien. Monitoring demikian dimaksudkan untuk mengidentifikasi respons terapeutik yang diantisipasi maupun reaksi alergi, 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.

Elemen Penilaian MPO.7	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Efek pengobatan terhadap pasien dimonitor, termasuk efek yang tidak diharapkan (adverse effect) (lihat juga AP.2, EP 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala Unit Farmasi • Staf Farmasi • Kepala unit rawat inap • Staf pelaksana keperawatan 	Monitor efek pengobatan terhadap pasien termasuk efek yang tidak diharapkan	Regulasi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Panduan pasien safety yang menetapkan : <ul style="list-style-type: none"> ○ efek pengobatan sebagai IKP ○ IKP/KTD dicatat dalam rekam medis ○ Pelaporan IKP/KTD Dokumen : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis ▪ Laporan IKP/KTD
2. Proses monitoring dilakukan secara kolaboratif		Kerjasama dalam melakukan monitoring	
3. Rumah sakit mempunyai kebijakan yang mengidentifikasi efek yang tidak diharapkan yang harus dicatat dalam status pasien dan yang harus dilaporkan ke rumah sakit (lihat juga PMKP.6, EP 3)		Penyusunan kebijakan untuk identifikasi dan pencatatan efek obat yang tidak diharapkan di dalam status pasien serta pelaporannya kepada rumah sakit	

4. Efek yang tidak diharapkan didokumentasikan dalam status pasien sebagaimana diharuskan oleh kebijakan		Pendokumentasian efek obat yang tidak diharapkan ke dalam status pasien dilakukan sesuai dengan kebijakan	
5. Efek yang tidak diharapkan dilaporkan dalam kerangka waktu yang ditetapkan oleh kebijakan		Pelaporan efek obat yang tidak diharapkan dalam jangka waktu yang ditetapkan oleh kebijakan	

Standar PPK.2

Dilakukan asesmen kebutuhan pendidikan masing-masing pasien dan dicatat di rekam medisnya.

Maksud dan tujuan PPK. 2

Pendidikan 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 pendidikan seperti lazimnya.

Untuk memahami kebutuhan masing-masing pasien dan keluarganya, tersedia proses asesmen untuk mengidentifikasi jenis pembedahan, prosedur invasif lainnya dan rencana pengobatan, kebutuhan perawat pendamping dan kebutuhan asuhan berkelanjutan di rumah setelah pasien pulang. Asesmen ini memungkinkan para pemberi asuhan merencanakan dan memberikan pendidikan sesuai kebutuhan.

Pendidikan oleh staf rumah sakit diberikan kepada pasien dan keluarganya untuk membantu keputusan dalam proses asuhan. Pendidikan 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, 7 memberikan obat, dan tindakan pengobatan), mereka perlu diberi pendidikan.

Ketika kebutuhan pendidikan teridentifikasi, dicatat di rekam medis. Hal ini akan membantu semua petugas pemberi pelayanan berpartisipasi dalam proses pendidikan. Setiap rumah sakit hendaknya menetapkan lokasi dan format asesmen pendidikan, perencanaan dan pemberian informasi dalam rekam medis pasien.

Standar PPK. 2.1.

Dilakukan asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga

Maksud dan tujuan PPK 2.1.

Pengetahuan dan ketrampilan yang menjadi kekuatan dan kekurangan diidentifikasi dan digunakan untuk membuat perencanaan pendidikan. Ada banyak variabel menentukan apakah pasien dan keluarga mau dan mampu untuk belajar. Jadi, untuk merencanakan pendidikan maka rumah sakit harus melakukan asesmen :

- a) keyakinan dan nilai-nilai pasien dan keluarga;
- b) kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan;
- c) hambatan emosional dan motivasi;
- d) keterbatasan fisik dan kognitif;
- e) kesediaan pasien untuk menerima informasi.

Ø Elemen Penilaian PPK. 2.1.	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pasien dan keluarga dilakukan asesmen atas elemen : a) sampai dengan e) dalam Maksud dan Tujuan (lihat juga HPK.1.1, EP 1).	<ul style="list-style-type: none">• DPJP• Dokter ruangan (kalau ada)• Pelaksana pelayanan keperawatan, farmasi, gizi dsb.	Pelaksanaan asesmen a) sampai dengan e) untuk membuat rencana edukasi	Regulasi RS: <ul style="list-style-type: none">• Kebijakan/Pedoman /SPO Pelayanan Rekam Medis yang memuat pencatatan asesmen a) sampai dengan e)• Kebijakan/Panduan/ SPO Panduan Pemberian Informasi & Edukasi
2. Temuan asesmen digunakan untuk membuat rencana pendidikan.		Perencanaan edukasi atas hasil asesmen	
3. Temuan asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien		Pendokumentasian hasil asesmen dalam rekam medis	

REKAM MEDIS PASIEN

Standar MKI. 19

Rumah sakit membuat / memprakarsai dan memelihara rekam medis untuk setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (assessed) atau diobati.

Maksud dan tujuan MKI. 19

Setiap pasien yang menjalani asesmen/pemeriksaan (assessed) atau diobati di rumah sakit baik sebagai pasien rawat inap, rawat jalan maupun dilayani di unit emergensi **harus punya rekam medis.**

Rekam medis diberi pengenal/pengidentifikasi (identifier) yang unik untuk masing-masing pasien, atau mekanisme lain yang digunakan dalam menghubungkan pasien dengan rekam medisnya.

Rekam medis tunggal dan pengidentifikasi tunggal bagi setiap pasien akan memudahkan menemukan rekam medis pasien dan mendokumentasikan pelayanan pasien setiap saat/sewaktu-waktu.

Standar MKI.19.3.

Setelah mengisi catatan di rekam medis setiap pasien, dituliskan juga **identitas penulisnya**.

Maksud dan tujuan MKI.19.2 dan MKI . 19.3

Akses ke masing-masing kategori informasi didasarkan atas kebutuhan dan diatur oleh jabatan dan fungsi, termasuk mahasiswa yang sedang pendidikan. Proses yang efektif menentukan :

- **siapa yang punya akses ke informasi;**
- **jenis informasi yang dapat diakses oleh petugas;**
- **kewajiban pengguna untuk menjaga kerahasiaan informasi; dan**
- **proses yang dijalankan ketika kerahasiaan dan keamanan dilanggar.**

Salah satu aspek dalam menjaga keamanan informasi pasien adalah

menentukan siapa yang berhak memperoleh rekam medis pasien dan mengisi (memasukkan catatan ke dalam) rekam medis pasien.

Rumah sakit mengembangkan suatu **kebijakan otorisasi individu** dan mengidentifikasi isi dan format dalam memasukkan catatan ke rekam medis pasien.

Ada proses untuk menjamin bahwa hanya **individu yang diberi otorisasi yang mengisi rekam medis pasien** dan bahwa setiap pengisian juga mengidentifikasi **siapa yang mengisi dan tanggalnya**. Kebijakan juga harus meliputi proses bagaimana **pengisian dan koreksi / pembetulan atau penulisan ulang catatan dalam rekam medis**. Jika dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu pengisian juga dicatat, seperti halnya waktu pengobatan yang waktunya ditetapkan dan waktu pemberian obat.

Elemen Penilaian MKI.19.3.	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN TELUSUR	MATERI	
1. Pada setiap pengisian rekam medis dapat diidentifikasi siapa yang mengisi	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Kepala unit rekam medis • Kepala unit kerja yang terkait dengan pelayanan kepada pasien (rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, dll) 	Kepastian untuk dapat mengidentifikasi staf yang mengisi rekam medis	Dokumen rekam medis
2. Tanggal pengisian rekam medis dapat diidentifikasi	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaksana pelayanan rekam medis 	Waktu pengisian rekam medis dapat diketahui	
3. Bila dipersyaratkan oleh rumah sakit, waktu/jam pengisian rekam medis dapat diidentifikasi.		Waktu pengisian rekam medis, meliputi tanggal dan jam	

Standar APK.1.

Pasien diterima sebagai pasien rawat inap atau didaftar untuk pelayanan rawat jalan berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah diidentifikasi dan pada misi serta sumber daya rumah sakit yang ada.

Maksud dan Tujuan APK.1.

Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya rumah sakit tergantung pada keterangan yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama.

Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.

Skrining dapat terjadi disumber rujukan, pada saat pasien ditransportasi emergensi atau apabila pasien tiba di rumah sakit. Hal ini sangat penting bahwa keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk hanya dibuat setelah ada hasil skrining dan evaluasi.

Hanya rumah sakit yang mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misinya dapat dipertimbangkan untuk menerima pasien rawat inap atau pasien rawat jalan.

Apabila rumah sakit memerlukan data tes skrining atau evaluasi sebelum penerimaan dan pendaftaran ditetapkan dalam kebijakan tertulis.

Standar APK 1.1.3.

Rumah sakit memperhatikan kebutuhan klinik pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnosis dan pengobatan.

Maksud dan tujuan APK 1.1.3

Pasien diberi informasi apabila diketahui adanya waktu menunggu yang lama untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan atau dalam mendapatkan rencana pelayanan yang membutuhkan penempatan di daftar tunggu. Pasien diberi informasi tentang alasan penundaan dan menunggu serta diberi informasi alternatif yang tersedia. Persyaratan ini berlaku untuk pelayanan pasien rawat inap atau pasien rawat jalan dan pelayanan diagnostik dan tidak perlu diberikan apabila hanya menunggu sebentar karena dokter datang terlambat. Untuk beberapa pelayanan seperti onkologi atau transplantasi, penundaan dapat disesuaikan dengan norma nasional untuk pelayanan tersebut, sehingga memang berbeda dari keterlambatan pada pelayanan diagnostik.

Elemen penilaian APK 1.1.3.	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Pasien rawat inap dan pasien rawat jalan diberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Rumah Sakit Staf Admission Rawat Inap dan Rawat Jalan Tim Dokter dan Dokter Gigi 	Pemberian informasi kepada pasien bila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan	Regulasi RS : <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan penundaan pelayanan atau pengobatan Prosedur pemberian informasi Dokumen implementasi : <ul style="list-style-type: none"> Rekam medis
2. Pasien diberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik mereka.	<ul style="list-style-type: none"> Tim Medical Information Staf Keperawatan 	Pemberian informasi kepada pasien tentang alasan penundaan dan tentang alternatif yang tersedia sesuai keperluan klinik pasien	
3. Informasi di dokumentasikan didalam rekam medis.		Pencatatan informasi dalam rekam medis pasien	
4. Kebijakan dan prosedur tertulis mendukung pelaksanaan secara konsisten.		Penyusunan kebijakan dan prosedur tertulis yang mendukung pelaksanaan pemberian informasi secara konsisten	

PEMULANGAN PASIEN, RUJUKAN DAN TINDAK LANJUT

Standar APK.3.

Ada kebijakan untuk rujuk dan memulangkan pasien.

Maksud dan tujuan APK.3.

Merujuk pasien ke praktisi kesehatan lain di luar rumah sakit atau ke rumah sakit lain, memulangkan pasien ke rumah atau ke tempat keluarga harus berdasarkan kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan akan kelanjutan pelayanan.

DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan berdasarkan kebijakan. Kriteria dapat juga digunakan untuk menentukan pasien siap dipulangkan. Kebutuhan pelayanan berkelanjutan dapat berarti rujukan ke dokter spesialis, terapis rehabilitasi atau kebutuhan pelayanan preventif yang dilaksanakan di rumah oleh keluarga.

Proses yang terorganisir dibutuhkan untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan berkelanjutan ditangani oleh ahli yang tepat di luar rumah sakit dan apabila diperlukan proses ini dapat mencakup merujuk pasien ke rumah sakit lain. Bila ada indikasi, rumah sakit dapat membuat rencana kontinuitas pelayanan yang diperlukan pasien sedini mungkin. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.

Ada kebijakan dan prosedur tetap bila rumah sakit mengizinkan pasien meninggalkan rumah sakit dalam satu waktu tertentu untuk hal tertentu, seperti cuti.

Standar APK.3.2.

Rekam medis pasien berisi salinan resume pelayanan medis pasien pulang.

Maksud dan tujuan APK.3.2.

Resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari rumah sakit.

Salinan resume pasien pulang ditempatkan dalam rekam medis dan sebuah salinan diberikan kepada pasien atau keluarganya, bila diatur dalam kebijakan rumah sakit atau kebiasaan umum sesuai peraturan perundang-undangan.

Salinan resume pelayanan tersebut diberikan kepada praktisi kesehatan yang akan bertanggung jawab untuk pelayanan berkelanjutan bagi pasien atau tindak lanjutnya.

Standar APK.3.2.1.

Resume pasien pulang lengkap.

Maksud dan tujuan APK.3.2.1

Resume pelayanan pasien pulang menggambarkan tindakan yang dilakukan selama pasien tinggal di rumah sakit. Resume dapat dipergunakan oleh praktisi kesehatan yang bertanggung jawab untuk pelayanan selanjutnya dan termasuk :

- a. Alasan masuk rumah sakit.
- b. Penemuan kelainan fisik dan lainnya yang penting.
- c. Prosedur diagnosis dan pengobatan yang telah dilakukan.
- d. Pemberian medikamentosa dan pemberian obat waktu pulang.
- e. Status/kondisi pasien waktu pulang.
- f. Instruksi follow-up / tindak lanjut.

Elemen penilaian APK.3.1.	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Rencana pemulangan pasien mempertimbangkan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis.	<ul style="list-style-type: none"> Pimpinan Rumah Sakit Tim Dokter dan Dokter Gigi 	<p>Perencanaan pemulangan pasien dilakukan dengan mempertimbangkan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis</p>	<p>Regulasi RS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Kebijakan/ panduan/ prosedur rujukan Kriteria transfer inter hospital (rujuk)
2. Rumah sakit mengidentifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit serta populasi pasien (lihat juga PPK.3, EP 2).		<p>Identifikasi organisasi dan individu penyedia layanan kesehatan di lingkungannya yang berkaitan dengan pasien dan pelayanan yang ada di rumah sakit</p>	<p>Dokumen implementasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> Rekam medis MoU
3. Apabila memungkinkan rujukan keluar rumah sakit ditujukan kepada individu secara spesifik dan badan dari mana pasien berasal.		<p>Proses merujuk keluar rumah sakit ditujukan kepada individu atau badan secara spesifik bila memungkinkan</p>	
4. Apabila memungkinkan rujukan dibuat untuk pelayanan penunjang.		<p>Proses merujuk dilakukan untuk pelayanan penunjang bila memungkinkan</p>	

PERPINDAHAN / RUJUKAN PASIEN

Standar APK.4.

Pasien dirujuk ke rumah sakit lain berdasarkan atas kondisi dan kebutuhan pelayanan lanjutan.

Maksud dan tujuan APK.4.

Merujuk pasien ke rumah sakit lain berdasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan akan kontinuitas pelayanan. Proses rujukan mungkin dilakukan sebagai tanggapan atas kebutuhan pasien untuk konsultasi dan pengobatan spesialis, pelayanan darurat atau pelayanan intensif ringan seperti pelayanan sub akut atau rehabilitasi jangka panjang (lihat juga APK.1.1.1, EP 4). Proses rujukan dibutuhkan untuk memastikan bahwa rumah sakit luar dapat memenuhi kebutuhan pasien.

Proses ke rumah sakit tersebut mencakup :

- Bagaimana tanggung jawab diserahkan antar praktisi atau antar rumah sakit.
- Kriteria kapan transfer pasien dilakukan sesuai kebutuhan pasien.
- Siapa yang bertanggung jawab terhadap pasien selama transfer.
- Apa alkes yang diperlukan untuk proses transfer
- Apa yang harus dilakukan apabila transfer ke penyedia pelayanan lain, tidak memungkinkan.

Standar APK.4.4.

Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

Maksud dan tujuan APK.4.4.

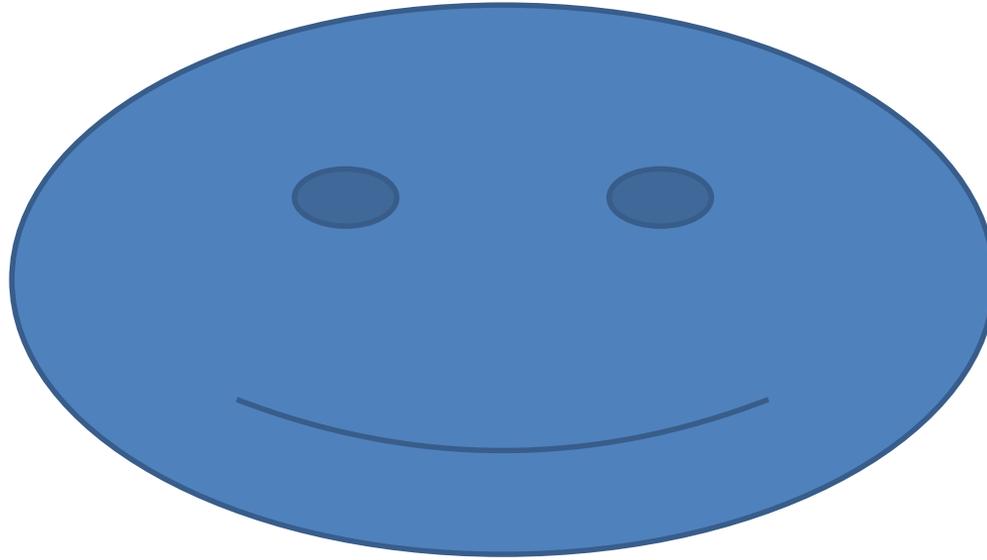
Dokumentasi rujukan pasien ke rumah sakit lain harus ada di dalam rekam medis pasien.

Dokumentasi tersebut mencakup nama rumah sakit dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien, alasan rujukan, kondisi spesifik berkenaan dengan transfer pasien (seperti kapan tempat tersedia di rumah sakit penerima, atau kondisi pasien), juga perubahan kondisi pasien selama rujukan (misalnya pasien meninggal atau memerlukan resusitasi).

Dokumentasi lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit (misalnya tanda tangan perawat atau dokter yang menerima, nama staf yang memonitor pasien selama rujukan) juga dicatat pada rekam medis.

Elemen penilaian APK.4.4.	TELUSUR		DOKUMEN
	SASARAN	MATERI	
1. Di rekam medis pasien yang pindah dicatat nama rumah sakit tujuan dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien.	<ul style="list-style-type: none"> • Tim Dokter dan Dokter Gigi • Staf Keperawatan 	<p>Pencatatan dalam rekam medis pasien yang pindah tentang nama rumah sakit tujuan dan nama staf yang menyetujui penerimaan pasien</p>	<p>Dokumen :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rekam medis
2. Di rekam medis pasien yang pindah dicatat hal-hal lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit yang merujuk.		<p>Pencatatan dalam rekam medis pasien yang pindah tentang hal-hal lain yang diperlukan sesuai dengan kebijakan rumah sakit yang merujuk</p>	

<p>3. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat alasan rujukan.</p>		<p>Pencatatan alasan rujukan dalam rekam medis pasien</p>	
<p>4. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat kondisi khusus sehubungan dengan proses rujukan.</p>		<p>Pencatatan dalam rekam medis pasien tentang kondisi khusus sehubungan dengan proses rujukan</p>	
<p>5. Di rekam medis pasien yang dirujuk dicatat segala perubahan dari kondisi pasien selama proses rujukan.</p>		<p>Pencatatan dalam rekam medis pasien tentang segala perubahan dari kondisi pasien selama proses rujukan</p>	



Semoga bermanfaat