



BAB ARK

AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN SNARS Ed 1.1.

Enam Fokus Area :

1. **Skrining untuk Admisi ke RS**
2. **Admisi ke RS**
3. **Kesinambungan pelayanan**
4. **Pemulangan dari RS(*discharge*) dan tindak lanjut**
5. **Rujukan pasien**
6. **Transportasi**

dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM, MHKes
Komisi Akreditasi Rumah Sakit

PENDIDIKAN



Lahir :
Magelang
5 Nov 1943

Fakultas Kedokteran Univ Kristen Indonesia, 1970

**Konsultan Nefrologi
Perhimpunan Nefrologi Indonesia, 1982**

**Magister Manajemen
Sekolah Tinggi Manajemen PPM Jakarta, 1994**

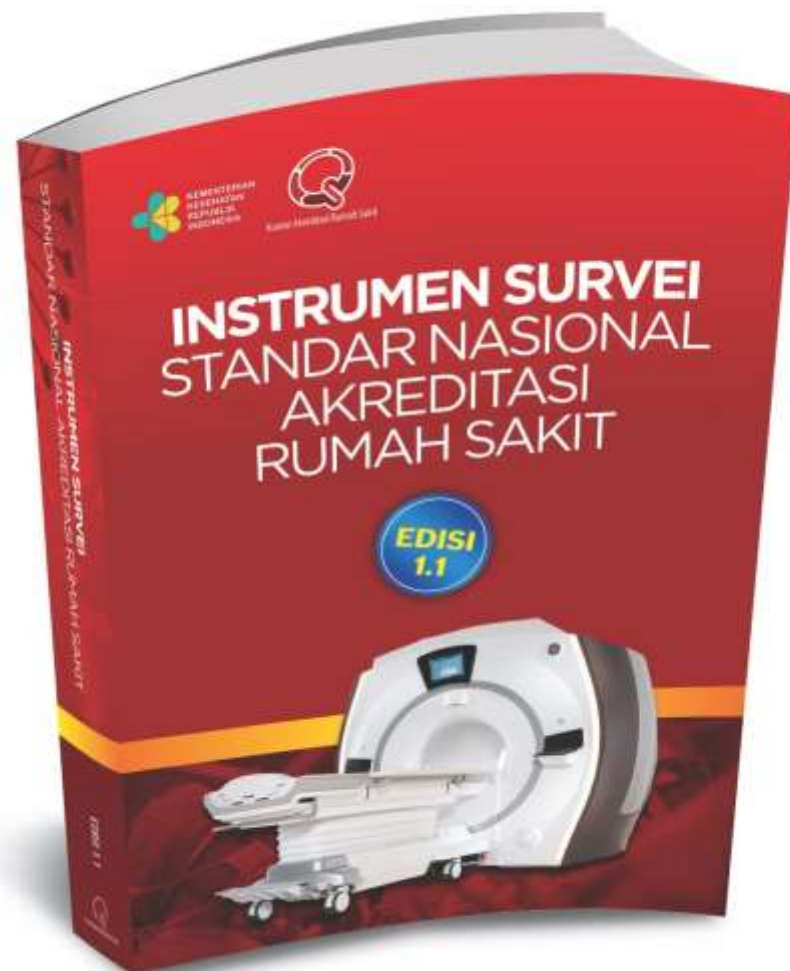
**Magister Hukum Kesehatan
Univ Katolik Soegijapranata Semarang, 2013**

JABATAN SAAT INI

- Ketua Bidang Penelitian & pengembangan KARS sejak th 2014
- Ketua Komite Etik-Disiplin KARS sejak th 2014
- Koordinator Konsilor KARS sejak 2016
- Komite Nasional Keselamatan Pasien RS - Kem Kes th 2012-2015, 2016-2018, 2018-2021 Wakil Ketua KNKP
- Ketua Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS) - PERSI sejak 2005
- KKPRS diubah namanya menjadi IKPRS. Ketua IKPRS-Institut Keselamatan Pasien RS sejak th 2012
- Advisory Council Asia Pacific, Joint Commission International, sejak 2009
- Kelompok Staf Medis Penyakit Dalam - Ginjal Hipertensi RS Mediros, Jakarta, sejak 1996

PENGALAMAN KERJA & ORGANISASI

- Surveyor KARS sejak 1995. Konsilor KARS sejak 2012.
- PJ SubPokja Model Akreditasi Baru, Pokja Penyempurnaan Akreditasi RS, Ditjen Bina Yan Med, DepKes, 2010-2011
- Direktur Medik RS PGI Cikini, 1981 - 1982
- Direktur Ketua RS PGI Cikini Jakarta 1982-1993
- Dekan Fak Kedokteran UKI 1988-1991
- Sekretaris Jenderal PERSI Pusat 1988-1990, 1990-1993, 1993-1996
- Sekretaris IRSJAM 1986 - 1988
- Kepala Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-UKI, Jakarta, 1992 - 1995
- Kepala Renal Unit (Unit Ginjal) RS.PGI Cikini, 1973 - 1981
- Sekretaris I & Seksi Ilmiah Pengurus Pusat PERNEFRI, 1983
- Ketua Komite Medik RS Mediros, 1995 - 2013
- Penghargaan :
 - *Kadarman Award utk Patient Safety*, 2007, Sekolah Tinggi PPM.
 - *Inisiator & Motivator Keselamatan Pasien RS di Indonesia*, 2018, Komisi Akreditasi Rumah Sakit.



BAB 1. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)

No	Standar	Elemen Penilaian
1	ARK.1.	6
2	ARK.1.1.	5
3	ARK.1.2.	4
4	ARK.1.3	2
5	ARK.2	7
6	ARK.2.1	4
7	ARK.2.2	3
8	ARK.2.3	4
9	ARK.3	2
10	ARK.3.1	6
11	ARK.3.2	4
12	ARK.3.3	8
13	ARK. 4.	4

No	Standar	Elemen Penilaian
14	ARK.4.1	2
15	ARK.4.2.	6
16	ARK.4.2.1	4
17	ARK.4.3.	4
18	ARK.4.4	5
19	ARK.4.4.1	3
20	ARK.5.	4
21	ARK.5.1	5
22	ARK.5.2	4
23	ARK 6.	4
23 Std		100 EP

Pola SEMI-A

- "Fisiologi
- Patofisiologi
- Profil Molekulker"

I. Baca dengan Cermat, Berulang, Komprehensif, Vertikal :

SEMI-A

S = Standar

E = Elemen Penilaian

M = Maksud & Tujuan

I = Instrumen

A = Acuan ke Peraturan PerUUan, Etika Profesi, Standar Profesi, Standar Internasional.

II. Setelah memahami SEMI-A maka tentukan substansinya :

- 1) Apa yang : **Harus/Wajib** ada atau dilakukan - **Must have/do**
- 2) Apa yang : Bila ada → akan lebih baik - **Nice to have/do**
- 3) Adakah *Interlink* / Horizontal ke Std-EP lain.

BAB 1. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)



❖ GAMBARAN UMUM

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

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

(Asesmen, IAR)

Hasil yang diharapkan dari proses asuhan di RS adalah meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di RS.

Beberapa informasi dibutuhkan dalam memberikan asuhan pasien di RS terkait dengan :

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

BAB 1. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)

Sistem pendaftaran ranap dan rajal secara online memberikan kemudahan kepada masyarakat untuk mendapatkan pelayanan RS yang memadai dan merupakan aspek keterbukaan kepada publik.

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

PROSES PENERIMAAN PASIEN KE RS

❖ SKRINING

*Standar ARK.1

RS menetapkan regulasi ttg penerimaan pasien di ranap atau pemeriksaan pasien di rajal sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yg telah diidentifikasi sesuai misi serta sumber daya RS yg ada.

Skrining → menentukan kebutuhan pasien

Elemen Penilaian ARK.1.

1. Ada regulasi utk proses skrining baik di dalam maupun di luar RS termasuk pemeriksaan penunjang yg diperlukan/spesifik utk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk.(R)
2. Ada pelaksanaan proses skrining baik di dalam maupun di luar RS. (D,W)
3. Ada proses pemeriksaan penunjang yg diperlukan/spesifik utk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (D,W)
4. Berdasarkan hasil skrining ditentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dgn kemampuan RS (lihat juga TKRS 3.1, EP.1). (D,W)
5. Pasien diterima bila RS dapat memberi pelayanan rajal dan ranap yg dibutuhkan pasien.(D,O,W)
6. Pasien tidak dirawat, tidak dipindahkan atau dirujuk sebelum diperoleh hasil tes yg dibutuhkan tersedia.(D,O,W)

(Asesmen, IAR)

ARK.1

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi untuk proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan/spesifik untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (R)	R	Regulasi tentang skrining baik di dalam maupun di luar RS termasuk pemeriksaan penunjang, antara lain berdasarkan PPK.	10 5 0	TL TS TT
2. Ada pelaksanaan proses skrining baik di dalam maupun di luar RS. (D,W)	D W	Bukti tentang pelaksanaan skrining yang digunakan di dalam, termasuk bila menggunakan jalur cepat / fast track, maupun di luar rumah sakit. • Staf medis, Staf keperawatan	10 5 0	TL TS TT

3. Ada proses pemeriksaan penunjang yang diperlukan/spesifik untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (D,W)	D W	Bukti hasil pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk skrining sesuai a.l. PPK. (Panduan Praktik Klinik) • Staf medis • Staf keperawatan • Staf klinis laboratorium dan radiologi	10 5 0	TL TS TT
4. Berdasarkan hasil skrining ditentukan apakah kebutuhan pasien sesuai dengan kemampuan RS (lihat juga TKRS 3.1, EP.1). (D,W)	D W	1) Bukti tindak lanjut hasil skrining di rekam medis. 2) Daftar jenis pelayanan • Staf medis • Staf keperawatan	10 5 0	TL TS TT

ARK.1

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>5. Pasien diterima bila RS dapat memberi pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dibutuhkan pasien.(D,O,W)</p>	D	Bukti tindak lanjut hasil skrining di rekam medis.	10	TL
	O	Kesesuaian pemberian pelayanan rawat jalan dan rawat inap yg dibutuhkan pasien.	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan • Staf admisi 	0	TT
<p>6. Pasien tidak dirawat, tidak dipindahkan atau dirujuk sebelum diperoleh hasil tes yang dibutuhkan tersedia.(D,O,W)</p>	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bukti hasil pemeriksaan penunjang yang digunakan untuk skrining . 2) Bukti tindak lanjut hasil skrining di rekam medis. 	10	TL
	O	Lihat waktu penerimaan hasil pemeriksaan penunjang untuk memutuskan untuk dirawat atau dirujuk.	5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan 	0	TT

Diskusi

ARK 1.

1. **Skrining** : utk menentukan kebutuhan pasien → IAR (Asesmen Pasien) → oleh PPA : Dr & Perawat. Dibantu dgn proses "Fast Track" dsb.
2. **Didalam** : di RS : Rajal, IGD, termasuk yg dirujuk ke RS kita. **Diluar** : dilokasi pasien, a.l. dirumahnya
3. **Skrining (penapisan)** : *kebutuhan pasien :pelayanan GD (ARK 1.1), *kebutuhan pasien : pelayanan prev-kuratif-paliatif-rehab (ARK 1.2), *khusus : daftar negatif.
4. **Pasien diterima hanya apabila RS dapat/mampu menyediakan kebutuhan pelayanan Ranap & Rajal yg tepat.**
5. **Tes diagnostik dlm proses IAR → perlu ada PPK/CP**
6. **Ada skrining juga pada Asesmen Awal : utk menentukan Risiko Nutritional & Kebutuhan Fungsional, Risiko Jatuh di AP 1.4, 1.4.1, utk menentukan Nyeri AP 1.5**

Maksud dan Tujuan ARK.1.

- Menyesuaikan kebutuhan pasien dengan misi dan sumber daya RS bergantung pada informasi yang didapat tentang kebutuhan pasien dan kondisinya melalui skrining pada saat kontak pertama.
- Skrining di dalam RS dilaksanakan melalui **jalur cepat (*fast track*)** kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imajing.
- Skrining di luar RS dapat dilakukan di tempat pasien, atau di ambulans. Keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk dibuat setelah ada evaluasi hasil skrining. Bila RS mempunyai kemampuan menyediakan pelayanan yang dibutuhkan dan konsisten dengan misi dan kemampuan pelayanannya, maka dipertimbangkan untuk menerima pasien ranap atau pasien rajal.
- RS dapat menentukan tes atau bentuk penyaringan tertentu untuk populasi pasien tertentu sebelum ditetapkan pasien dapat dilayani. **RS dapat menetapkan untuk skrining terhadap kasus tertentu misalnya pasien curiga TB Paru harus diperiksa tes MDR (*Multi Drug Resistance*), contoh lain pasien diare aktif harus diperiksa *clostridium difficile*, atau pasien tertentu diperiksa *Staphylococcus aureus* yang resisten terhadap *methicillin*.** Tes spesifik tertentu atau evaluasi tertentu dilakukan jika RS mengharuskannya, sebelum diputuskan dapat dilayani di ranap atau di unit rajal (lihat juga AP 1).

Proses Asuhan Pasien

Patient Care

Diagram IAR

PPA
○ Tugas Mandiri
○ 2 "blok" kegiatan

PPA :
Dokter
Perawat
Apoteker
Dietisien
Lainnya

1 Asesmen Pasien
(Skrining, "Periksa Pasien")

1. Informasi dikumpulkan : **I**
Anamnesa, pemeriksaan, pemeriksaan lain / penunjang, dsb

2. Analisis informasi : **A**
Menetapkan Diagnosis / Masalah / Kondisi
Untuk mengidentifikasi Kebutuhan Yan Pasien

3. Rencana Asuhan/Plan of Care : **R**
Merumuskan rencana dan sasaran terukur
Untuk memenuhi Kebutuhan Yan Pasien

Pencatatan:

Asesmen Awal

Asesmen Ulang SOAP

2 Pemberian Pelayanan, Implementasi Rencana, Intervensi, Monitoring

Asesmen Ulang

Proses Asuhan Pasien

2 blok proses, oleh masing2 PPA

1. Asesmen Pasien → "IAR"		
S O A P	1. INFORMASI DIKUMPULKAN : anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan lain / penunjang, dsb I	Std AP 1, 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.4.1, 1.5, 4
	2. ANALISIS INFORMASI : menghasilkan kesimpulan a Masalah, Kondisi, Diagnosis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien A	Std ARK 1, 1.1, 1.2, 2.3, 3.3, 4, 4.1, 4.2, 4.3, 5, 5.2. Std AP 1.1, 1.2, 1.3.
	3. RENCANA PELAYANAN / Plan of Care, untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien R	Std ARK 2.1. Std PAP 2, PAP 2.1, 5, Std AP 2, PAB 5, 7, 7.3.

2. Implementasi Rencana, Pemberian Pelayanan, Intervensi, Monitoring	Std ARK 3.2. Std PAP 2, EP 2, PAP 5 EP 2 & 3, PAB 3 EP 5, 5.3, 6, 7.3,
---	--

*Standar ARK 1.1.

Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak, atau yg membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk asesmen dan tindakan.

Kebutuhan pasien yan GD

Buat Daftar Dr & Perawat

Elemen penilaian ARK 1.1.

1. Ada regulasi ttg proses triase berbasis bukti. (R)
2. Ada pelaksanaan penggunaan proses triase berbasis bukti yg digunakan untuk memprioritaskan pasien sesuai dgn kegawatannya. (D,W)
3. Staf sudah terlatih menggunakan kriteria. (D,W,S)
4. Pasien dgn kebutuhan mendesak diberikan prioritas. (D,W,S)
5. Kondisi pasien distabilisasi sebelum ditransfer atau dirujuk dan didokumentasikan. (D,W,S)

	ARK 1.	ARK 1.1.	ARK 1.2.
Skrining :	Tentukan Kebutuhan	Kebutuhan : Yan GD	Kebutuhan : Ranap dgn prioritas ttt
Tindak Lanjut :	Sesuai Kemampuan RS	Yan GD	Yan Ranap

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi tentang proses triase berbasis bukti. (R)	R	Regulasi tentang triase berbasis bukti (menggunakan acuan yang berbasis bukti) agar dimasukkan tentang EP 4 dan 5.	10 5 0	TL TS TT
2. Ada pelaksanaan penggunaan proses triase berbasis bukti yang digunakan untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya.(D,W)	D W	Bukti tentang pelaksanaan triase berbasis bukti. <ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD • Perawat IGD 	10 5 0	TL TS TT
3. Staf sudah terlatih menggunakan kriteria. (D,W,S)	D W S	Bukti pelaksanaan pelatihan internal dan/atau eksternal tentang triase berbasis bukti yang digunakan. <ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD • Perawat IGD Pelaksanaan triase berbasis bukti yang digunakan.	10 5 0	TL TS TT

ARK.1.1

<p>4. Pasien dengan kebutuhan mendesak diberikan prioritas. (D,W,S)</p>	<p>D</p> <p>W</p> <p>S</p>	<p>Bukti tentang pemberian pelayanan sesuai prioritas hasil triase pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD • Perawat IGD <p>Pelaksanaan penetapan prioritas berdasarkan hasil triase.</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>5. Kondisi pasien distabilisasi sebelum ditransfer atau dirujuk dan didokumentasikan. (D,W,S)</p>	<p>D</p> <p>W</p> <p>S</p>	<p>Bukti tentang stabilisasi kondisi pasien sebelum ditransfer atau dirujuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD • Perawat IGD <p>Pelaksanaan stabilisasi kondisi pasien sebelum ditransfer atau dirujuk.</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.1.1

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

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

*Standar ARK 1.2.

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

Kebutuhan pasien yan preventif,
paliatif, kuratif, rehab

Elemen penilaian ARK 1.2.

1. Ada regulasi tentang skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan **untuk prioritas** pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (R)
2. Ada pelaksanaan skrining pasien masuk rawat inap utk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D,W)
3. Temuan di proses skrining menentukan pelayanan atau tindakan kepada pasien. (D,O,W)
4. Prioritas diberikan pada pelayanan terkait preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi tentang skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (R)	R	Regulasi tentang skrining penerimaan pasien masuk rawat inap dan menetapkan kebutuhan untuk prioritas pelayanan preventif/ paliatif/ kuratif/ rehabilitatif.	10 5 0	TL TS TT
2. Ada pelaksanaan skrining pasien masuk rawat inap untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D,W)	D W	Bukti tentang pelaksanaan skrining pasien rawat inap pada rekam medis dengan elemen IAR yang lengkap dan uraian pada R tentang prioritas kebutuhan pelayanannya. <ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan 	10 5 0	TL TS TT

ARK.1.2

<p>3. Temuan diproses skrining menentukan pelayanan atau tindakan kepada pasien. (D,O,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pelaksanaan pelayanan atau tindakan yang diberikan sesuai prioritas kebutuhan pasien.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan 		
<p>4. Prioritas diberikan pada pelayanan terkait preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pemberian pelayanan sesuai prioritas, preventif/ paliatif/ kuratif/ rehabilitatif.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan 		

Maksud dan Tujuan ARK.1.2

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

Yang dimaksudkan dengan **pelayanan preventif** (dalam proses admisi) adalah untuk mencegah perburukan/komplikasi pasien tersebut, misalnya antara lain , kasus luka tusuk dalam dan kotor diberikan ATS, kasus luka bakar derajat berat dimasukkan ke unit luka bakar, **pada kasus lain harus ditetapkan pelayanan preventif untuk mencegah penularan. Contoh pada prioritas pelayanan kuratif** antara lain pasien datang dengan kehamilan misalnya 36 minggu dan dengan nyeri dada kiri, agar ditetapkan penanganannya apakah prioritasnya untuk obstetri atau untuk kardiologi.

*Standar ARK 1.3.

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

Penundaan-kelambatan yan

Elemen penilaian ARK 1.3.

1. Ada regulasi ttg penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap yg harus disampaikan kpd pasien. (R)
2. Pasien diberi tahu alasan kelambatan dan penundaan pelayanan dan diberi informasi ttg alternatif yg tersedia sesuai kebutuhan klinik pasien dan dicatat di rekam medis. (D, W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap yang harus disampaikan kepada pasien. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang apabila terjadi penundaan dan kelambatan pelayanan di rawat jalan maupun rawat inap yang harus disampaikan kepada pasien, termasuk <u>pencatatannya</u>.</p>	10 5 0	TL TS TT
<p>2. Pasien diberi tahu alasan penundaan dan kelambatan pelayanan dan diberi informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien dan dicatat di rekam medis. (D,W)</p>	D W	<p>Bukti tentang penjelasan <u>alasan</u> penundaan dan kelambatan pelayanan dan diberi informasi tentang <u>alternatif</u> yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien dan <u>dicatat</u> di rekam medis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan • Pasien 	10 5 0	TL TS TT

Maksud dan Tujuan ARK.1.3

Pasien diberitahu jika ada penundaan dan kelambatan pelayanan antara lain akibat kondisi pasien atau jika pasien harus masuk dalam daftar tunggu.

Kelambatan adalah kondisi dimana suatu pelayanan/tindakan melebihi durasi yang normatif, misalnya operasi yang normatif satu jam tetapi berlangsung lebih dari satu jam.

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

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

CONTOH FORMULIR KOMUNIKASI-EDUKASI HARIAN

Nama pasien
Ruangan

No MR

Tgl jam	Uraian Penjelasan/ Isi Komunikasi	Pemberi Penjelasan		Pasien/Keluarga	
		Nama	Paraf	Nama	Paraf

❖ PENDAFTARAN

Pendaftaran Rajal, Ranap

*Standar ARK 2.

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

Elemen Penilaian ARK 2.

1. Ada regulasi ttg proses pendaftaran pasien rawat jalan, pasien rawat inap, pasien gawat darurat, proses penerimaan pasien GD ke unit rawat inap, menahan pasien utk observasi dan mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yg dituju maupun diseluruh RS. (R)
2. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran rawat jalan, pelaksanaan identifikasi hambatan pasien, dan mengurangi hambatan pada pasien. (D,W)
3. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien GD ke unit ranap. (D,W) →
4. Ada pelaksanaan proses menahan pasien utk observasi. (D,W)
5. Ada pelaksanaan proses mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur pd unit yg dituju maupun diseluruh RS. (D,W)
6. Staf memahami dan melaksanakan semua proses sesuai regulasi. (D,W)
7. Ada pelaksanaan sistem pendaftaran rajal dan ranap secara online. (D,W) (lihat Std MIRM 1)

ARK 2.1. Proses Ranap

ARK 3.3 Proses Transfer, Info, Form

ARK 1.3 Penundaan, Kelambatan

ARK 5, 5.1, 5.2. Proses Rujuk

ARK.2

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang proses pendaftaran pasien rajal, pasien ranap, pasien GD, proses penerimaan pasien GD ke unit ranap, menahan pasien untuk observasi dan mengelola pasien bila tidak tersedia TT pada unit yang dituju maupun di seluruh RS. (R)</p>	R	<p>1) Regulasi tentang pendaftaran pasien rajal, pasien ranap, pasien GD, proses penerimaan pasien GD ke unit ranap, menahan pasien untuk observasi dan mengelola pasien bila tidak tersedia TT pada unit yang dituju maupun di seluruh RS, termasuk sistem pendaftaran rajal dan ranap secara online</p> <p>2. Rumah Sakit mengidentifikasi hambatan yang paling sering terjadi pada populasi pasiennya, dan dituangkan dalam regulasi.</p>	10 5 0	TL TS TT
<p>2. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien rawat inap dan pendaftaran rawat jalan, <u>pelaksanaan identifikasi hambatan pasien, dan mengurangi hambatan pada pasien.</u> (D,W)</p>	D W	<p>1) Bukti tentang proses pelaksanaan penerimaan pasien rawat inap dan rawat jalan</p> <p>2) Ada bukti dokumentasi pelaksanaan identifikasi hambatan pasien</p> <p>3) Ada bukti dokumentasi di rekam medik pelaksanaan mengurangi hambatan pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf medis, Staf keperawatan, Petugas pendaftaran rajal dan ranap, Pasien 	10 5 0	TL TS TT
<p>3. Ada pelaksanaan proses penerimaan pasien gawat darurat ke unit rawat inap. (D,W)</p>	D W	<p>Bukti tentang proses pelaksanaan penerimaan pasien gawat darurat ke unit ranap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf medis, Staf keperawatan, Pasien 	10 5 0	TL TS TT

ARK.2

<p>4. Ada pelaksanaan proses menahan pasien untuk observasi. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pelaksanaan proses menahan pasien untuk observasi termasuk edukasinya, dan dicatat di rekam medis.</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis, Staf keperawatan, Pasien 	<p>5</p> <p>0</p>	<p>TS</p> <p>TT</p>
<p>5. Ada pelaksanaan proses mengelola pasien bila tidak tersedia TT pada unit yang dituju maupun di seluruh RS. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pemberian informasi dan solusi kepada pasien apabila TT tidak tersedia. Perhatikan tentang kebutuhan pasien untuk rawat inap biasa atau rawat intensif. Bukti proses rujuk bila ada kegiatan sesuai EP ini.</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf medis, Staf keperawatan, Pasien/keluarga 	<p>5</p> <p>0</p>	<p>TS</p> <p>TT</p>
<p>6. Staf memahami dan melaksanakan semua proses sesuai dengan regulasi. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti sosialisasi dan pelaksanaan EP 1 sampai dengan EP 5 dan EP 7.</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<p>Bukti pemahaman melalui wawancara tentang hal tsb :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf medis • Staf keperawatan • Staf admisi • Pasien/keluarga 	<p>5</p> <p>0</p>	<p>TS</p> <p>TT</p>
<p>7. Ada pelaksanaan sistem pendaftaran rawat jalan dan rawat inap secara online. (D,W) (lihat juga MIRM 1)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pelaksanaan <u>sistem pendaftaran rawat jalan dan rawat inap secara online.</u></p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf admisi • Pasien/keluarga 	<p>5</p> <p>0</p>	<p>TS</p> <p>TT</p>

Transfer intra RS

PASIEN	PETUGAS PENDAMPING (MINIMAL)	KETERAMPILAN YANG DIBUTUHKAN	PERALATAN UTAMA
DERAJAT 0	TPK/ Petugas Keamanan	Bantuan hidup dasar	
DERAJAT 0,5 (ORANGTUA/ DELIRIUM)	TPK/ Petugas Keamanan	Bantuan hidup dasar	
DERAJAT 1	Perawat/Petugas yang berpengalaman (sesuai dengan kebutuhan pasien)	Bantuan hidup dasar, pelatihan tabung gas, pemberian obat-obatan, kenal akan tanda deteriorasi, keterampilan trakeostomi dan suction	Oksigen, suction, tiang infuse portabel, pompa infuse dengan Baterai, oksimetri denyut
DERAJAT 2	Perawat dan Petugas keamanan/ TPK	Semua ketrampilan di atas, ditambah : dua tahun pengalaman dalam perawatan intensif (oksigenasi, sungkup pernapasan, defibrillator, monitor)	Semua peralatan di atas, ditambah: monitor EKG dan tekanan darah dan defibrillator
DERAJAT 3	Dokter, perawat, dan TPK/ Petugas keamanan	<p>Standar kompetensi dokter harus di atas standar minimal :</p> <p>Dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimal 6 bulan pengalaman mengenai perawatan pasien intensif dan bekerja di ICU • Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut • Keterampilan menangani permasalahan jalan napas dan pernapasan, minimal level ST 3 atau sederajat. • Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis <p>Perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimal 2 tahun bekerja di ICU • Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut • Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis 	Monitor ICU portabel yang Lengkap, ventilator dan peralatan transfer yang memenuhi standar minimal.

Maksud dan Tujuan ARK.2.

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

Proses tersebut antara lain meliputi:

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

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

Dalam rangka keterbukaan kepada publik tersedia sistem pendaftaran ranap dan rajal secara online.



PENDAFTARAN PASIEN RAWAT JALAN ONLINE

Sistem pendaftaran pasien untuk rawat jalan secara online melalui website atau aplikasi Android ke RS UPT Vertikal Kemenkes

Pasien/masyarakat dapat melakukan reevaluasi kunjungan dengan memilih klinik, tanggal dan jam kunjungan sehingga **tidak perlu antri dari pagi**

MANFAAT

1

Mengurangi volume antrian pasien di rumah sakit

2

Monitoring dan evaluasi antrian pasien rawat jalan di rumah sakit yang sudah terintegrasi

3

Sarana edukasi masyarakat tentang manfaat sistem informasi di pelayanan rumah sakit



PENGEMBANGAN SIRANAP

RS harus menyediakan informasi data kapasitas dan ketersediaan setiap jenis tempat tidur RS



INFORMASI PUBLIK

SIRANAP

- ICU
- NICU
- PICU
- ICCU
- HCU
- KLS PERAWATAN

Ketersediaan Tempat Tidur di RS Vertikal

RS	ICU	NICU	PICU	ICCU	HCU	KLS PERAWATAN
RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar	100	10	10	10	10	10
RSUP dr. Soetomo Surabaya	120	12	12	12	12	12
RSUP dr. Sardjito Yogyakarta	150	15	15	15	15	15
RSUP dr. Kariadi Semarang	180	18	18	18	18	18
RSUP dr. G. B. Jengal Ronggo Palembang	200	20	20	20	20	20
RSUP dr. H. M. Djamil Padang	220	22	22	22	22	22
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	250	25	25	25	25	25
RSUP dr. M. Djamil Padang	280	28	28	28	28	28
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	300	30	30	30	30	30
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	350	35	35	35	35	35
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	400	40	40	40	40	40
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	450	45	45	45	45	45
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	500	50	50	50	50	50
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	550	55	55	55	55	55
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	600	60	60	60	60	60
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	650	65	65	65	65	65
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	700	70	70	70	70	70
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	750	75	75	75	75	75
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	800	80	80	80	80	80
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	850	85	85	85	85	85
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	900	90	90	90	90	90
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	950	95	95	95	95	95
RSUP dr. P. H. Djengol Palembang	1000	100	100	100	100	100



Latar Belakang

- Ruang perawatan penuh
- Lambatnya pelayanan awal di IGD
- Maraknya Pemberitaan Penolakan Pasien

SOLUSI:

PERCEPATAN LAYANAN INFORMASI BERBASIS DIGITAL



SISTEM INFORMASI RUJUKAN TERINTEGRASI "SISRUITE"

Dikembangkan oleh RSUP dr. Wahidin Sudirohusodo Makassar

KOMUNIKASI DAN INFORMASI AWAL PASIEN SEBELUM DIRUJUK

- Komunikasi ke RS yang dirujuk terkait kondisi pasien
- Informasi feedback dari RS di rujuk terkait kesediaan untuk menerima
- Informasi kelengkapan sarana dan prasarana dan SDM yang menangani (Ruang Perawatan, tim medis dll)



KEBIJAKAN DITJEN PELAYANAN KESEHATAN TERKAIT SISTEM INFORMASI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H.R. Rasuna Said Blok XS Kavling 4-9 Jakarta 12950
Telepon : (021) 5201590 (Hunting), Faksimile : (021) 5261814, 5203872
Website: www.yankes.kemkes.go.id

GERMAS

Nomor : IR.02.01/1/2215/2017 Jakarta, 19 Juni 2017
Lampiran : 1 (satu) berkas
Hal : Implementasi Sistem Informasi Rawat Inap (SIRANAP) Rumah Sakit

Yth.
1. Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Para Kepala Dinas Kabupaten/Kota
3. Para Direktur Rumah Sakit

Sehubungan dengan kebutuhan masyarakat terhadap informasi ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakit, Kementerian Kesehatan telah menyediakan aplikasi Sistem Informasi Rawat Inap (SIRANAP) RS. SIRANAP RS menyediakan informasi ketersediaan tempat tidur Rumah Sakit berdasarkan wilayah dan jenis tempat tidur yang diperlukan.

Data ketersediaan tempat tidur berisi kapasitas dan ketersediaan tempat tidur. Updating data ketersediaan tempat tidur secara realtime atau manual oleh Rumah Sakit. Untuk itu kami mohon Saudara menyediakan dan mengintegrasikan data ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakit dengan SIRANAP RS sesuai dengan format terlampir.

Dinas Kesehatan melakukan monitoring implementasi SIRANAP Versi 2.1 ke Rumah Sakit di wilayah masing-masing dan dalam memberikan perpanjangan izin operasional Rumah Sakit mempertimbangkan terlebih dahulu informasi ketersediaan tempat tidur di Rumah Sakittersebut di dalam aplikasi SIRANAP Versi 2.1.

SIRANAP RS dapat diakses oleh masyarakat melalui aplikasi android atamelalui website sirs.yankes.kemkes.go.id/app/siranap. Untuk informasi lebih lanjut dapat menghubungi Haidar Istiqjal, S.Kom HP. 08111017083, Kuncoro Ngudi Siswanto, S.Kom HP. 081387606778 atau Telp. 021-5201590 ext 1303, 021-5261813 dan email infomonev.yankes@gmail.com.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.


dr. Bahwang Wibowo Sp. OG(K), MARS
196108201988121001

Tembusan :
1. Sekretaris Jenderal

SIRANAP

1. Data Ketersediaan tempat tidur merupakan hak masyarakat atas **keterbukaan informasi publik**
2. Dirjen Yankes menghimbau agar RS **mengintegrasikan data ketersediaan tempat tidur** melalui aplikasi **SIRANAP Ditjen Yankes**
3. Dinas Kesehatan harus melakukan monitoring implementasi SIRANAP terhadap RS di wilayahnya dan akan menjadi pertimbangan dalam **perpanjangan izin operasional RS**



KEBIJAKAN DITJEN PELAYANAN KESEHATAN TERKAIT SISTEM INFORMASI

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
Jalan H. R. Rasuna Said Blok 7C5 Kuning 4-9 Kotak Pos 3097, 1196 Jakarta 12950
Telepon : (021) 5201590 (Hunting) Faksimile : (021) 52611814, 5203872

Nomor : IB.01.04/1/4345/2016
Lampiran :
Hal : Implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi
20 Desember 2016

Yang terhormat,
Para Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
di
Tempat

Sehubungan dengan adanya Sistem Rujukan Terintegrasi Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, bersama ini kami sampaikan hal sebagai berikut:

1. Seluruh Dinas Kesehatan Provinsi untuk dapat mengkoordinasikan implementasi Sistem Rujukan Terintegrasi di wilayahnya (kabupaten/kota).
2. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi yang belum memiliki Sistem Rujukan Terintegrasi dapat menggunakan model Sistem Rujukan Terintegrasi Ditjen Pelayanan Kesehatan yang dapat dilihat pada alamat <http://sisrute.kemkes.go.id>.
3. Bagi Dinas Kesehatan Provinsi yang sudah memiliki Sistem Rujukan Terintegrasi dapat melakukan integrasi/bridging dengan Sistem Rujukan Terintegrasi Ditjen Pelayanan Kesehatan.

Hal teknis terkait Sistem Rujukan Terintegrasi dapat dikoordinasikan dengan Subbag Informasi dan Evaluasi Sekretariat Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan dengan nomor telp/fax: 021-5261813.

Atas perhatian dan kerja sama Saudara, diucapkan terima kasih.


dr. Bambang W. W. Sp. OG(K), MARS
NIP 1961003068121001

SISRUTE

1. Dirjen Yankes menghimbau agar seluruh Dinas Kesehatan Provinsi untuk **mengkoordinasikan implementasi SISRUTE** di wilayahnya
2. Apabila sudah memiliki sistem rujukan terintegrasi, maka dapat dilakukan **bridging dengan SISRUTE Ditjen Yankes**

*Standar ARK 2.1.

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

- Penjelasan saat proses admisi
- Dapat terkait dgn Discharge Planning

Elemen Penilaian ARK.2.1

1. Penjelasan termasuk **rencana asuhan** didokumentasikan. (D,W)
2. Penjelasan termasuk **hasil asuhan yg diharapkan** dan didokumentasikan. (D,W)
3. Penjelasan termasuk **perkiraan biaya** yg ditanggung pasien atau keluarga. (D,W)
4. Penjelasan yg diberikan dipahami oleh pasien & keluarga utk membuat keputusan (W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Penjelasan termasuk rencana asuhan didokumentasikan. (D,W)	D	1) Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan penjelasan termasuk rencana asuhan saat admisi disampaikan oleh dokter yang memutuskan untuk dirawat	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	2) Form general consent • Staf Admisi, Staf medis, Staf keperawatan • Pasien/keluarga		

2. Penjelasan termasuk hasil asuhan yang diharapkan dan didokumentasikan. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang hasil asuhan yang diharapkan dijelaskan oleh dokter yang memutuskan untuk rawat inap. Perhatikan keterkaitan horizontal (Perencanaan Pemulangan Pasien/Discharge planning)	10	TL
			5	TS
			0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Staf Admisi • Staf medis • Staf keperawatan • Pasien/keluarga 		

ARK.2.1

3. Penjelasan termasuk perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga. (D,W)	D	Bukti materi petugas admisi menjelaskan perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga antara lain tarif RS • Staf admisi • Pasien/keluarga	10	TL
	W		5	TS
			0	TT

4. Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan (lihat juga HPK 2, 2.1, 2.2). (W)	W	Pasien/keluarga	10	TL
			5	TS
			0	TT

Maksud dan Tujuan ARK.2.1.

Saat diputuskan rawat inap, dokter yang memutuskan rawat inap memberi informasi tentang rencana asuhan yang diberikan, hasil asuhan yang diharapkan, termasuk penjelasan oleh petugas pendaftaran tentang perkiraan biaya yang harus dibayarkan oleh pasien / keluarga. Pemberian informasi didokumentasikan. Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan, hal ini merupakan implementasi pelayanan berfokus pada pasien (PCC), dan suatu bentuk integrasi PPA dengan pasien/keluarga.

*Standar ARK 2.2.

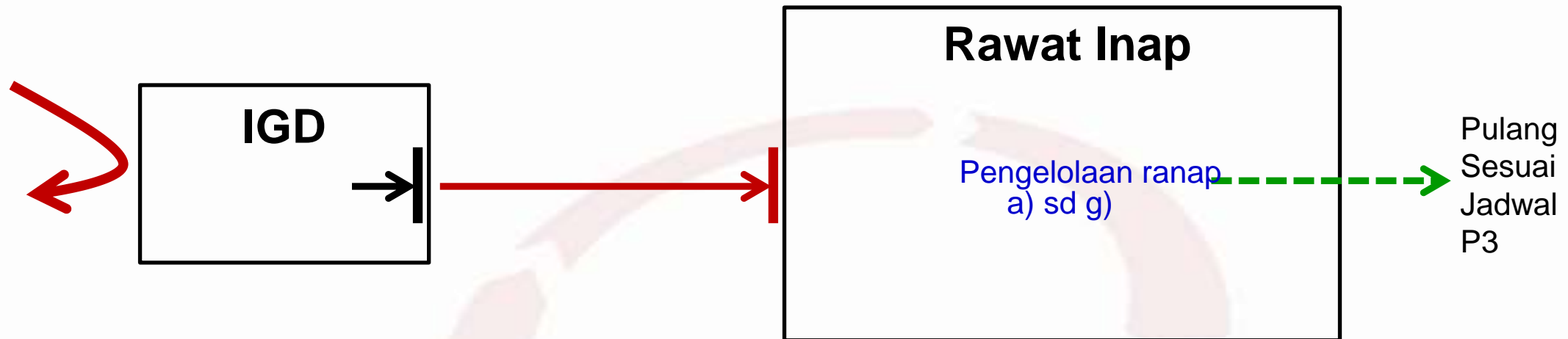
RS menetapkan proses utk mengelola alur pasien di seluruh bagian RS.

Pengelolaan alur pasien
→ perihal stagnasi

Elemen penilaian ARK 2.2.

1. Ada regulasi yg mengatur tentang proses utk mengatur alur pasien di RS termasuk elemen a. s/d g. di dlm Maksud dan Tujuan.(R)
2. Ada pelaksanaan pengaturan alur pasien utk menghindari penumpukan. (D,W)
3. Dilakukan evaluasi terhadap pengaturan alur pasien secara berkala dan melaksanakan upaya perbaikannya. (D,O,W)

- IGD penuh sesak
- Pengaturan alur pasien :di IGD & Ranap
- Dgn butir a. sd g.



Maksud dan Tujuan ARK.2.2.

Unit GD yg penuh sesak dan tingkat hunian RS yg tinggi dapat menyebabkan **pasien menumpuk didaerah unit GD** dan menciptakannya sbg tempat menunggu sementara pasien ranap. Mengelola alur berbagai pasien selama menjalani asuhannya masing2 menjadi sangat penting utk mencegah terjadinya penumpukan, yg selanjutnya mengganggu waktu pelayanan dan akhirnya juga berpengaruh thd keselamatan pasien. **Pengelolaan yg efektif terhadap alur pasien** (spt penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, dan pemulangan) dapat mengurangi penundaan asuhan kpd pasien.

ARK.2.2

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi yg mengatur ttg proses untuk mengatur alur pasien di RS termasuk elemen a) s/d g) di maksud dan tujuan. (R)	R	Regulasi tentang proses untuk mengatur alur pasien di RS termasuk elemen a) s/d g) di maksud dan tujuan, termasuk pengaturan koordinasi <u>Manajer Pelayanan Pasien</u> .	10 5 0	TL TS TT
2. Ada pelaksanaan pengaturan alur pasien untuk menghindari penumpukan. (D,W)	D	Bukti tentang pelaksanaan pengaturan alur pasien di rawat inap sesuai dengan elemen a) s/d g) untuk menghindari penumpukan. Pelaksanaan juga pada keadaan bencana / Kejadian Luar Biasa (KLB).	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD, Perawat IGD, Kepala IGD • Manajer Pelayanan Pasien 		
3. Dilakukan evaluasi terhadap pengaturan alur pasien secara berkala dan melaksanakan upaya perbaikannya. (D,O,W)	D	Bukti tentang monitoring dan evaluasi pelaksanaan pengaturan alur pasien sesuai a) s/d g) dan upaya perbaikan secara berkala. Serta bukti upaya perbaikannya.	10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap, termasuk IGD.		
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Dokter IGD, Perawat IGD, Kepala IGD • Manajer Pelayanan Pasien • Pasien/keluarga 		

Maksud dan Tujuan ARK.2.2.

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

-Pengelolaan yang efektif terhadap alur pasien dirawat inap (seperti penerimaan, asesmen dan tindakan, transfer pasien, dan pemulangan) dapat mengurangi penundaan asuhan kepada pasien.

(Maksud dan Tujuan ARK.2.2.)

-Komponen dari pengelolaan alur pasien terutama **di rawat inap** termasuk:

- a. Ketersediaan tempat tidur rawat inap;**
- b. Perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;**
- c. Perencanaan tenaga SDM untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit gawat darurat;**
- d. Alur pasien didaerah dimana pasien menerima asuhan, tindakan, pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi dan unit pasca anestesi)**
- e. Efisiensi pelayanan non-klinik penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (spt kerumahtanggaan dan transportasi)**
- f. Pemberian pelayanan ke ranap sesuai kebutuhan pasien**
- g. Akses pelayanan yg bersifat mendukung (spt pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dsb).**

...→

(Maksud dan Tujuan ARK.2.2.)

-Monitoring dan perbaikan proses ini merupakan strategi yg tepat dan bermanfaat utk mengatasi masalah. Semua staf RS, mulai dari unit ranap, unit GD, staf medik, keperawatan, administrasi, lingkungan, manajemen risiko, dapat **ikut** berperan serta menyelesaikan masalah arus pasien ini. **Koordinasi ini dapat dilakukan oleh seorang Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/Case manager.**

-Alur pasien menuju dan penempatannya di unit GD berpotensi membuat pasien bertumpuk. Ada penempatan pasien di unit GD yg merupakan jalan keluar sementara mengatasi penumpukan pasien ranap RS. Maka RS harus menetapkan standar waktu berapa lama pasien di unit GD, di unit *intermediate*, kmd selanjutnya harus ditransfer ke unit ranap RS. Yg diharapkan disini adalah agar **RS mengatur dan menyediakan tempat aman bagi pasien.**

*Standar ARK 2.3.

RS menetapkan regulasi ttg kriteria pasien yg ditetapkan untuk masuk/keluar rawat di pelayanan spesialistik atau pelayanan intensif.

Yan spesialistik, paliatif, intensif

Elemen penilaian ARK 2.3.

1. Ada regulasi ttg kriteria masuk dan keluar ICU, unit spesialistik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program2 lain utk memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan kriteria **prioritas, diagnostik, parameter obyektif**, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (*quality of life*).(R)
2. Staf yg kompeten & berwenang dari unit intensif atau unit spesialistik terlibat dalam menentukan kriteria.(D,W)
3. Staf terlatih utk melaksanakan kriteria. (D,W)
4. Catatan medik pasien yg diterima masuk atau keluar dari unit intensif atau unit spesialistik memuat bukti bhw pasien memenuhi kriteria masuk atau keluar. (D,W)

Form... (*nice to have*)

ARK.2.3

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang kriteria masuk dan keluar intensive unit care (ICU), unit spesialisik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program-program lain untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (<i>quality of life</i>). (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang kriteria masuk dan keluar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Di rawat intensif, antara lain ICU,ICCU,PICU,NICU. 2) Di unit spesialisik antara lain pelayanan luka bakar, pelayanan stroke, perawatan paliatif. 3) Lain lain, misalnya untuk riset atau program-program lain . untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (<i>quality of life</i>), termasuk dokumentasinya. 	10	TL
			5	TS
			0	TT

ARK.2.3

<p>2. Staf yang kompeten dan berwenang dari unit intensif atau unit spesialisik terlibat dalam menentukan kriteria. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti rapat staf yang kompeten dan berwenang menentukan kriteria (UMAN).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter unit terkait • Perawat unit terkait • Kepala unit terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>3. Staf terlatih untuk melaksanakan kriteria. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan pelatihan implementasi kriteria (TOR, UMAN).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter unit terkait • Perawat unit terkait • Kepala unit terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

<p>4. Catatan medis pasien yang diterima masuk di atau keluar dari unit intensif atau unit spesialisik memuat bukti bahwa pasien memenuhi kriteria masuk atau keluar. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti dalam rekam medis tentang masuk dan keluar sesuai kriteria,dapat berupa form tersendiri untuk kriteria tersebut dalam bentuk checklist.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokter unit terkait • Perawat unit terkait • Kepala unit terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
--	---------------------------------	---	--	--

Unit ...

Form kriteria masuk-keluar

Nama Pasien
No MR

Tgl..

Kriteria masuk (*check list*).....

- aaaa...
- bbb...
- ccc...
- ddd...
-narasi bila perlu...

DPJP
Ttd

Tgl..

Kriteria keluar (*check list*).....

- aaaa...
- bbb...
- ccc...
- ddd...
-narasi bila perlu...

DPJP
Ttd

Maksud dan Tujuan ARK.2.3.

Unit yg memberikan pelayanan intensif (misalnya **a.i.** ICU, ICCU, pasca operasi) atau unit pelayanan spesialisik (misalnya unit luka bakar atau transplantasi organ) merupakan unit yg mahal dan biasanya menempati ruangan dgn staf terbatas. Setiap RS harus menetapkan kriteria utk menentukan pasien yg membutuhkan tingkat pelayanan yg tersedia di unit2 tsb.

Dgn mempertimbangkan bhw pelayanan di unit spesialisik menghabiskan banyak sumber daya, RS mungkin membatasi hanya pasien dgn kondisi medik yg reversibel saja yg dapat diterima masuk dan pasien kondisi khusus termasuk menjelang akhir kehidupan, sesuai dgn peraturan perUUan. Agar konsisten, kriteria menggunakan prioritas atau parameter diagnostik dan atau parameter obyektif termasuk kriteria berbasis fisiologis.

(Maksud dan Tujuan ARK.2.3.)

Mereka yg berasal dari unit2 GD, intensif atau layanan spesialistik **berpartisipasi menentukan kriteria**. Kriteria digunakan utk menentukan penerimaan langsung di unit, misalnya masuk dari unit GD.

Kriteria juga digunakan utk masuk dari unit2 didalam atau dari luar RS, spt halnya pasien dipindah dari RS lain. Pasien yg diterima masuk di unit khusus memerlukan asesmen dan evaluasi ulang utk menentukan apakah kondisi pasien berubah shg tidak memerlukan lagi pelayanan spesialistik. Misalnya, jika status fisiologis sudah stabil dan monitoring intensif baik, tindakan lain tidak diperlukan lagi. Ataupun jika kondisi pasien menjadi buruk sampai pd titik pelayanan intensif atau tindakan khusus tidak diperlukan lagi, pasien kemudian dapat dipindah ke unit layanan lebih rendah (seperti unit pelayanan medik atau bedah, rumah penampungan, atau unit pelayanan paliatif).

(Maksud dan Tujuan ARK.2.3.)

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

Apabila RS melakukan riset atau menyediakan pelayanan spesialisik atau melaksanakan program, penerimaan pasien di program tsb harus melalui kriteria tertentu atau ketentuan protokol. Mereka yg terlibat dalam riset atau program lain harus terlibat dlm menentukan kriteria atau protokol. Penerimaan ke dalam program, tercatat di rekam medik pasien termasuk kriteria atau protokol yg diberlakukan terhadap pasien yg diterima masuk.

❖ KESINAMBUNGAN PELAYANAN

*Standar ARK. 3.

Asesmen awal termasuk menetapkan kebutuhan perencanaan pemulangan pasien.

**Perencanaan Pemulangan Pasien (P3)
/ Discharge Planning
Lihat ARK 4, 4.1**

Elemen Penilaian ARK.3

1. RS menetapkan **kriteria** dan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3), dimulai pada asesmen awal rawat inap. (Lihat AP 1, AP 1.1) (R)
2. Proses P3 dan pelaksanaannya **dicatat** direkam medis sesuai regulasi RS (Lihat AP 1, AP 1.1) (D,W)

ARK.3

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Rumah sakit menetapkan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3), dimulai pada asesmen awal rawat inap dan menetapkan kriteria pasien yang membutuhkan P3. (Lihat AP 1, AP 1.1 (R))</p>	R	<p>Regulasi tentang kriteria pasien yang membutuhkan P3 dan proses penyusunan perencanaan pemulangan pasien (P3) atau discharge planning</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Proses P3 dan pelaksanaannya dicatat direkam medis sesuai regulasi RS.(D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti tentang pelaksanaan P3 atau discharge planning dicatat di rekam medis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • Manajer Pelayanan Pasien • Pasien/keluarga 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Filosofi
Keberhasilan asuhan di ranap
agar berlanjut di rumah"

Discharge Planning

Transisi & Kontinuitas Yan

Pra Admisi :
○ eLOS
○ Rujukan



Dirumah

Keluarga :
Asuhan
Dirumah

Yan
Sosial

Yan
Penunjang,
Rehab

P3/Discharge Planning
•Awal & durante ranap
•Kriteria
•Tim Multidisiplin
•Keterlibatan Pasien-Kel
•Antisipasi masalah
•Program Edukasi /Pelatihan
•EDD=Expected Discharge Date

Edukasi, Pelatihan spesifik : Pasien-Kel

Proses Pulang :
○ 24-48 jam pra-pulang
○ Penyiapan Yan dilingkungan
○ Kriteria pulang +
○ Resume pasien pulang
○ Transport
○ dsb

Follow-up
• Ke RS
• Telpon

Yan Kes
Primer
dilingkungan

Discharge Planning
•Cegah Komplikasi Pasca Discharge
•Cegah Readmisi

Maksud dan Tujuan ARK 3.

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

Pasien yang memerlukan P3 (Discharge Planning), maka RS mulai merencanakan hal tersebut sedini mungkin yang sebaiknya untuk menjaga kesinambungan asuhan dilakukan secara terintegrasi melibatkan semua PPA terkait/relevan serta **difasilitasi oleh MPP**. Keluarga dilibatkan dalam proses ini sesuai kebutuhan.

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

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

DISCHARGE PLANNING

Nama Pasien :	Umur / Jenkel :	Tanggal Masuk :	No. MR :
Alamat / No. Telp :		Tanggal Keluar :	

Fase	Kegiatan		Pelaksanaan			
			Dilakukan			Tidak Dilakukan
			Tanggal	Jam	Evaluasi	Alasan
Tahap I Pasien masuk	1	Pengkajian fisik dan psikososial			Pengkajian keperawatan	
	2	Pengkajian Status fungsional				
	3	Pengkajian Kebutuhan Pendidikan Kesehatan				
		a. Proses Penyakit				
		b. Obat-obatan				
		c. Prosedur, cara perawatan				
		d. Pencegahan faktor risiko				
		e. Lingkungan yang perlu dipersiapkan				
	f. Rencana tindak lanjut					
	g. Support sistem					
4	Pemahaman pasien/keluarga terhadap penjelasan dari : a. Fisioterapi b. Ahli Gizi					
Tahap II Fase Diagnostik	5	Penkes tentang proses penyakit : a. Pengertian, penyebab, tanda dan gejala				
		b. Faktor risiko				
		c. Komplikasi				
	6	Penkes tentang Obat-obatan				
	7	Penkes tentang Penatalaksanaan				
	8	Penkes tentang Pemeriksaan Diagnostik				
9	Penkes tentang rehabilitasi					
10	Penkes tentang perawatan dalam hygiene personal, perubahan posisi, pencegahan jatuh, pencegahan aspirasi, latihan ROM dan teknik relaksasi					

Tahap III Fase Stabilisasi	11	Penkes tentang modifikasi gaya hidup a. Pengaturan diet (sesuai faktor risiko) b. Aktifitas Fisik c. Merokok d. Penggunaan alkohol dan obat-obatan				
	12	Diskusi tentang modifikasi lingkungan pasien setelah pulang dari rumah sakit.				
	13	Diskusikan tentang rencana perawatan lanjutan pasien a. Bantuan ADL b. Jadwal Kontrol				
Tahap IV Fase Discharge	14	Diskusi tentang pengawasan pada pasien setelah pulang tentang obat, diet, aktivitas dan peningkatan status fungsional				
	15	Diskusi tentang support system keluarga, financial dan alat/transportasi yang akan digunakan pasien				

Catatan Pulang		Pelaksanaan			Keterangan
		Sudah diberikan		Belum Diberikan	
		Tanggal	Jam	Alasan	
1	Resep/Obat-obatan pulang				
2	Surat Kontrol				
3	Rujukan Rehabilitasi				
4	Leaflet/Informasi Kesehatan				
Discharge Planner/ Perawat : (Nama dan Tanda tangan)				Pasien/Keluarga : (Nama dan Tanda tangan)	

LABEL PASIEN
 Nama Pasien : _____
 Tgl. Lahir/Jenis Kel. : _____
 No. RM : _____
 Alamat : _____

Ruang : _____
 Tanggal : _____
 Jam : _____

SAAT MASUK RUMAH SAKIT

Masuk Rumah Sakit : Tanggal _____ Jam _____
 Alasan Masuk Rumah Sakit : _____
 Diagnosa Medis : _____
 Estimasi / Rencana tanggal pemulangan pasien : _____

KETERANGAN RENCANA PEMULANGAN

1. Pengaruh rawat inap terhadap :
 - Pasien dan keluarga pasien Tidak Ya, _____
 - Pekerjaan / sekolah Tidak Ya, _____
 - Keuangan Tidak Ya, _____
2. Antisipasi terhadap masalah saat pulang :
 Tidak Ya, Jelaskan _____
3. Bantuan diperlukan dalam hal :
 - menyiapkan makanan makan diet menyiapkan obat minum obat
 - mandi berpakaian transportasi edukasi kesehatan _____
4. Adakah yang membantu keperluan diatas :
 Ada Tidak, Jelaskan _____
5. Apakah pasien tinggal sendiri setelah keluar dari rumah sakit ?
 Tidak Ya, Jelaskan orang yang akan merawat _____
6. Apakah pasien menggunakan peralatan medis di rumah setelah keluar rumah sakit ?
 (cateter, NGT, double lumen, oksigen, dll)
 Tidak Ya, Jelaskan _____
7. Apakah pasien memerlukan alat bantu setelah keluar dari rumah sakit ?
 (tongkat, kursi roda, walker, dll)
 Tidak Ya, Jelaskan _____
8. Apakah memerlukan bantuan / perawatan khusus di rumah setelah keluar dari rumah sakit ?
 (homecare, home visit)
 Tidak Ya, Jelaskan _____
9. Apakah pasien bermasalah dalam memenuhi kebutuhan pribadinya setelah keluar dari rumah sakit ?
 (makan, minum, BAB/BAK, dll)
 Tidak Ya, Jelaskan _____
10. Apakah pasien memiliki nyeri kronis dan kelelahan setelah keluar dari rumah sakit ?
 Tidak Ya, Jelaskan _____
11. Apakah pasien dan keluarga memerlukan edukasi kesehatan setelah keluar dari rumah sakit ?
 (obat-obatan, efek samping obat, nyeri, diet, mencari pertolongan, follow up, dll)
 Tidak Ya, Jelaskan _____
12. Apakah pasien dan keluarga memerlukan keterampilan khusus setelah keluar dari rumah sakit ?
 (perawatan luka, injeksi, perawatan bayi, dll)
 Tidak Ya, Jelaskan _____

Surakarta, _____ Perawat _____ Jam : _____

(_____)
Tanda tangan & nama terang

Tanggal & Jam	Profesi	Catatan	Nama & Paraf

(Bagian dari Form Asesmen Awal)

PERENCANAAN PULANG/DISCHARGE PLANNING

Kriteria Discharge Planning :

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| 1)Umur > 65 tahun | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 2)Keterbatasan mobilitas | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 3)Perawatan atau pengobatan lanjutan | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| 4)Bantuan untuk melakukan aktifitas sehari hari | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

Contoh Check list
Discharge Planning
(Bagian dari Form Asesmen Awal, APK 3, AP 1.11)

Bila salah satu jawaban "Ya" dari kriteria perencanaan pulang diatas, maka akan dilanjutkan dengan perencanaan pulang sebagai berikut :

- Perawatan diri (mandi, BAB, BAK)
- Pemantauan pemberian obat
- Pemantauan diet
- Perawatan luka
- Latihan fisik lanjutan
- Pendampingan tenaga khusus di rumah
- Bantuan medis/perawatan di rumah (home care)
- Bantuan untuk melakukan aktifitas fisik (kursi roda, alat bantu jalan)

Standards for integrated discharge planning

Standard 1: Communication and consultation

Appropriate and effective mechanisms shall be in place for communication and consultation on matters relating to integrated discharge planning, with key stakeholders within and outside the organisation.

Standard 2: Organisational structure and accountability

Responsibility for integrated discharge planning shall be clearly defined and there shall be clear lines of accountability throughout the organization.

Standard 3: Management and key personnel

Appropriately qualified key personnel shall be in place to ensure that the integrated discharge planning service is provided safely, efficiently and cost-effectively.

Standard 4: Education and training

Education and Training in relevant aspects of integrated discharge planning shall be provided to all new and existing staff members (both permanent and temporary).

Standard 5: Operational policies and procedures

Written policies, procedures and guidelines for the integrated discharge planning process shall be based on the Health Service Executive Recommended Practices for Integrated Discharge Planning (Part 3), shall be available, implemented and shall reflect relevant legislation and published professional guidance.

Standard 6: Integrated discharge planning process

Integrated discharge planning shall include the patient and as appropriate, the family/carer in the development and implementation of the patient's discharge plan and shall ensure that steps are taken to address necessary linkages with other healthcare providers in order to ensure a seamless transition from one stage of care to the next.

Standard 7: Audit and monitoring

Audits shall be carried out to ensure that the procedures for integrated discharge planning conform to the required Standards and that the processes undertaken conform to the procedures. The audit results shall be used to identify opportunities for improvement

*Standar ARK. 3.1

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

**Manajer Pelayanan Pasien (MPP)
/ Case Manager**

Elemen penilaian ARK.3.1

1. Ada regulasi tentang proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan, termasuk paling sedikit mencakup **a) s/d e)** di dalam maksud dan tujuan, sesuai regulasi rumah sakit. (R)

2. Ada **penunjukkan MPP** dgn **uraian tugas** a.l. dlm konteks menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dgn PPA dan pimpinan unit serta mencakup **butir f. s/d m.** (D,W)
3. Pasien **diskrining** utk kebutuhan pelayanan **manajemen pelayanan pasien** (D,W)
4. Pasien yg mendapat pelayanan MPP, **pencatatannya** dilakukan dalam **Form MPP** dan selalu diperbaharui utk menjamin komunikasi dengan PPA.(D,W)
5. Kesinambungan dan koordinasi proses pelayanan didukung dgn menggunakan perangkat pendukung, spt rencana asuhan PPA, catatan MPP, panduan, atau perangkat lainnya. (D,O,W)
6. Kesinambungan dan koordinasi dapat dibuktikan di semua tingkat/fase asuhan pasien. (D,O,W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan, termasuk paling sedikit mencakup a) s/d e) di dalam maksud dan tujuan, sesuai regulasi RS. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang MPP, proses dan pelaksanaan untuk mendukung kesinambungan dan koordinasi asuhan, sebagai salah satu penjabaran dalam asuhan pasien terintegrasi, dalam konsep pelayanan berfokus pada pasien (PCC) termasuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) proses kegiatan manajemen pelayanan pasien, mencakup proses EP 3, 4, 5 2) penetapan MPP yang bukan PPA aktif, penuh waktu di jam kerja, minimal pada shift pagi 3) ketentuan tentang MPP sesuai f) s/d m), dan sesuai PAP 2 	10 5 0	TL TS TT
<p>2. Ada penunjukkan MPP dengan uraian tugas antara lain dalam konteks menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dengan PPA dan pimpinan unit serta mencakup butir f) s/d m) di maksud dan tujuan. (D,W)</p>	D W	<p>Bukti tentang penetapan MPP dilengkapi dengan uraian tugas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manajer Pelayanan Pasien • Kepala/staf SDM 	10 5 0	TL TS TT

ARK.3.1

<p>3. Pasien diskriming untuk kebutuhan pelayanan manajemen pelayanan pasien (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang skrining dalam form A untuk menentukan kebutuhan manajemen pelayanan pasien, dapat menggunakan ceklis.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf Klinis • Manajer Pelayanan Pasien 		
<p>4. Pasien yang mendapat pelayanan MPP, pencatatannya dilakukan dalam Form MPP selalu diperbaharui untuk menjamin komunikasi dengan PPA. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti form MPP (form A dan form B)</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Staf Klinis • Manajer Pelayanan Pasien. 		
<p>5. Kesiambungan dan koordinasi proses pelayanan didukung dengan menggunakan perangkat pendukung, seperti rencana asuhan PPA, catatan MPP, panduan, atau perangkat lainnya. (D,O,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan koordinasi proses pelayanan yang difasilitasi oleh MPP.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>O</p>	<p>Lihat bukti pencatatan form MPP yang menunjukkan kesiambungan dan koordinasi proses pelayanan.</p>		
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP/PPA lainnya • Manajer Pelayanan Pasien • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang 		

<p>6. Kesiambungan dan koordinasi dapat dibuktikan di semua tingkat/fase asuhan pasien. (D,O,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan koordinasi proses pelayanan yang difasilitasi oleh MPP di semua tingkat/fase asuhan pasien.</p>	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
	<p>O</p>	<p>Lihat bukti pencatatan form MPP yang menunjukkan kesiambungan dan koordinasi proses pelayanan.</p>		
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP/PPA lainnya • Manajer Pelayanan Pasien • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Pasien 		

Maksud dan Tujuan ARK.3.1

-Alur pasien di RS mulai dari admisi, keluar pulang atau pindah, melibatkan berbagai PPA, unit kerja dan **MPP (Manajer Pelayanan Pasien)**. Selama dlm berbagai tahap pelayanan, kebutuhan pasien dipenuhi dari sumber daya yg tersedia di RS dan kalau perlu sumber daya dari luar. Kesenambungan pelayanan berjalan baik jika semua pemberi pelayanan mempunyai informasi yg dibutuhkan ttg kondisi kesehatan pasien terkini dan sebelumnya, agar dapat dibuat keputusan yg tepat.

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

(Maksud dan Tujuan ARK.3.1)

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

- Pelaksanaan **asuhan pasien terintegrasi** berpusat pd pasien, dan mencakup elemen sbb:
 - Keterlibatan dan pemberdayaan pasien & keluarga .(lihat AP 4, PAP 2, PAP 5)
 - DPJP sbg Ketua tim asuhan pasien oleh PPA (*Clinical Leader*). (lihat juga PAP 2.1. EP 4)
 - PPA bekerja sbg tim interdisiplin dgn kolaborasi interprofesional, dibantu a.l. dgn PPK (Panduan Praktik Klinis), Panduan Asuhan PPA lainnya, Alur Klinis/*Clinical Pathway* terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, *Standing Order* dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi).
 - Perencanaan Pemulangan Pasien(P3) / *Discharge Planning* terintegrasi
 - Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5)
 - **Manajer Pelayanan Pasien / *Case Manager***

(Maksud dan Tujuan ARK.3.1)

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

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

**Area
kerja
MPP**

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

(Maksud dan Tujuan ARK.3.1)

- Diperlukan regulasi untuk proses koordinasi tersebut (lihat juga PAP 2).
- Manajer pelayanan pasien (MPP), bukan merupakan PPA aktif, dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai :

Peran minimal adalah sbb:

- f. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien**
- g. mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pd pasien**
- h. mengoptimalkan proses reimbursemen**

dan dengan **Fungsi** sbb:

- i. Asesmen utk manajemen pelayanan pasien,**
- j. Perencanaan utk manajemen pelayanan pasien,**
- k. Komunikasi dan koordinasi**
- l. Edukasi dan advokasi**
- m. Kendali mutu dan biaya pelayanan pasien**

(Maksud dan Tujuan ARK.3.1)

-Keluaran yg diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan pasien a.l. adalah :

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

-MPP membantu proses kendali mutu, kendali biaya dan keselamatan.

-Rekam medik pasien merupakan sumber informasi utama ttg proses pelayanan dan kemajuannya shg merupakan alat komunikasi penting. Rekam medik selama ranap, rajal, dgn catatan terkini tersedia agar dapat mendukung dan bermanfaat utk kesinambungan pelayanan pasien. PPA melakukan asesmen pasien berbasis IAR, sehingga informasi MPP juga dibutuhkan.

(Maksud dan Tujuan ARK.3.1)

-Oleh karenanya dlm pelaksanaan manajemen pelayanan pasien, MPP mencatat pd lembar form A yang merupakan evaluasi awal manajemen pelayanan pasien dan form B yg merupakan catatan implementasi manajemen pelayanan pasien. Kedua form tsb merupakan bagian rekam medis.

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

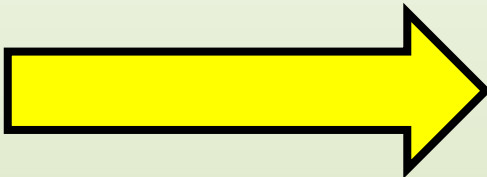
-Pada **form B** dicatat a.l. : pelaksanaan rencana manajemen pelayanan pasien, monitoring, fasilitasi, koordinasi, komunikasi dan kolaborasi, advokasi, hasil pelayanan, terminasi manajemen pelayanan pasien.

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

SNARS Ed 1.1.

Konsep Patient Centred Care (Std HPK)

Konsep Inti
Core Concept



Asuhan Pasien
Terintegrasi

- Perspektif Pasien**
- Perspektif PPA**

- Integrasi Intra-Inter PPA**
(AP 4, SKP 2, TKRS 3.2, MKE 5)
- Integrasi Inter Unit**
(PAP 2, ARK 3.1, TKRS 3.2, MKE 5)
- Integrasi PPA-Pasien**
(HPK 2, 2.1, 2.2, AP 4, MKE 6)
→ *Horizontal & Vertical Integration*

• Conway, J et al: *Partnering with Patients and Families To Design a Patient- and Family-Centered Health Care System, A Roadmap for the Future*. Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2006
• Standar Akreditasi RS v.2012, KARS
• Nico Lumenta, *Sintesis berbagai literatur*, 2015

Asuhan Pasien Terintegrasi

- ❑ Integrasi Intra-Inter PPA
(AP 4, SKP 2, TKRS 3.2, MKE 5)
- ❑ Integrasi Inter Unit
(PAP 2, ARK 3.1, TKRS 3.2, MKE 5)
- ❑ Integrasi PPA-Pasien
(HPK 2, 2.1, 2.2, AP 4, MKE 6)
→ *Horizontal & Vertical Integration*

SNARS Ed 1.1.

- 1. Patient Engagement & Empowerment. (HPK, ARK, PAP, MKE)**
- 2. DPJP sbg Clinical Leader. (PAP, AP, ARK)**
- 3. PPA sbg Tim, Kolaborasi Interprofesional.**
- 4. CPPT – Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. (AP, PAP)**
- 5. Kolaborasi Pendidikan Pasien. (MKE)**
- 6. Manajer Pelayanan Pasien / Case Manager. (ARK, PAP)**
- 7. Integrated Clinical Pathway. (PMKP, TKRS)**
- 8. Integrated Discharge Planning. (ARK)**

Asuhan Gizi terintegrasi
PAP 5



Garasi Akademisi R. meH Saot

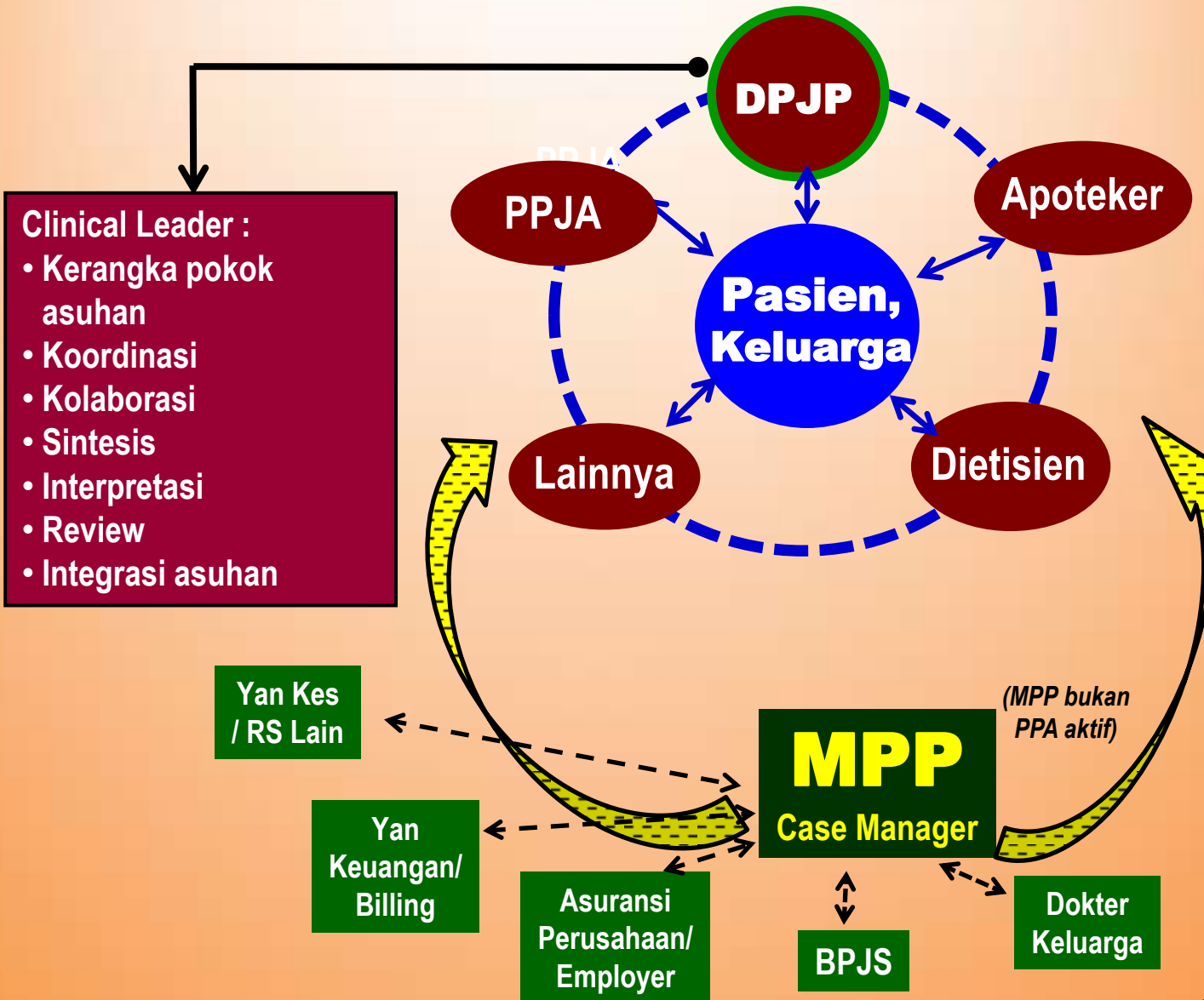
PANDUAN PRAKTIK
**MANAJER PELAYANAN
PASIEN - MPP**
(CASE MANAGER)

Dr. dr. Sutoto, M. Kes
dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro. MM, MHKes

Edisi II (Revisi)
Februari 2017

Edisi II (Revisi)
Febr 2017
72 hal

MANAJER PELAYANAN PASIEN / CASE MANAGER



- ✓ MPP bukanlah PPA aktif
- ✓ Shift pagi
- ✓ Ratio 1 : 25 Pasien
 - Kompleksitas Pasien
 - Kebutuhan RS

Era JKN

- **Pembayar**
- **Perusahaan**
- **Asuransi**

Output CM :

- Kontinuitas Pelayanan
- Pelayanan dgn Kendali Mutu dan Biaya
- Pelayanan yg memenuhi kebutuhan Pasien-Kel pd ranap s/d dirumah
- Good Patient Care

**Case
Manager
MPP**

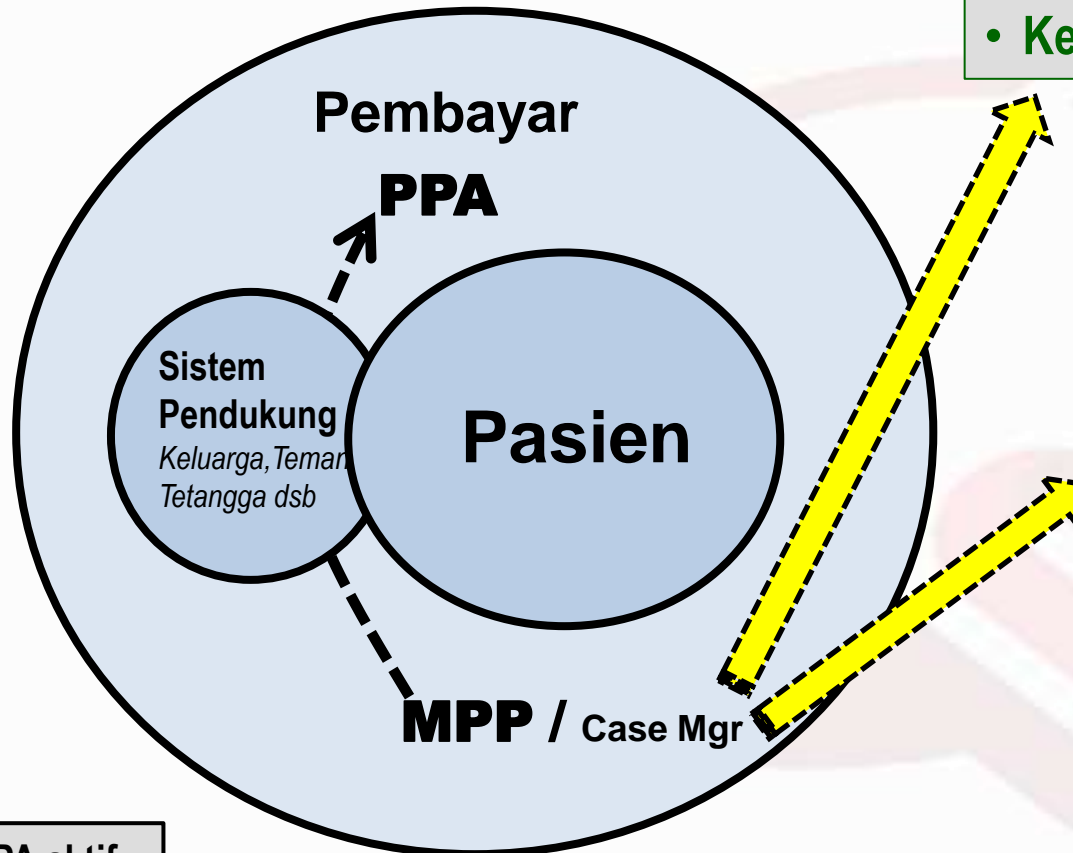
(*Pemandu, *Laison/
Penghubung/"Jembatan")

**Pasien
Keluarga**

- **RS**
- **PPA**
- **Rohaniwan**
- **Unit2**
- **Keuangan**

Peran Manajer Pelayanan Pasien

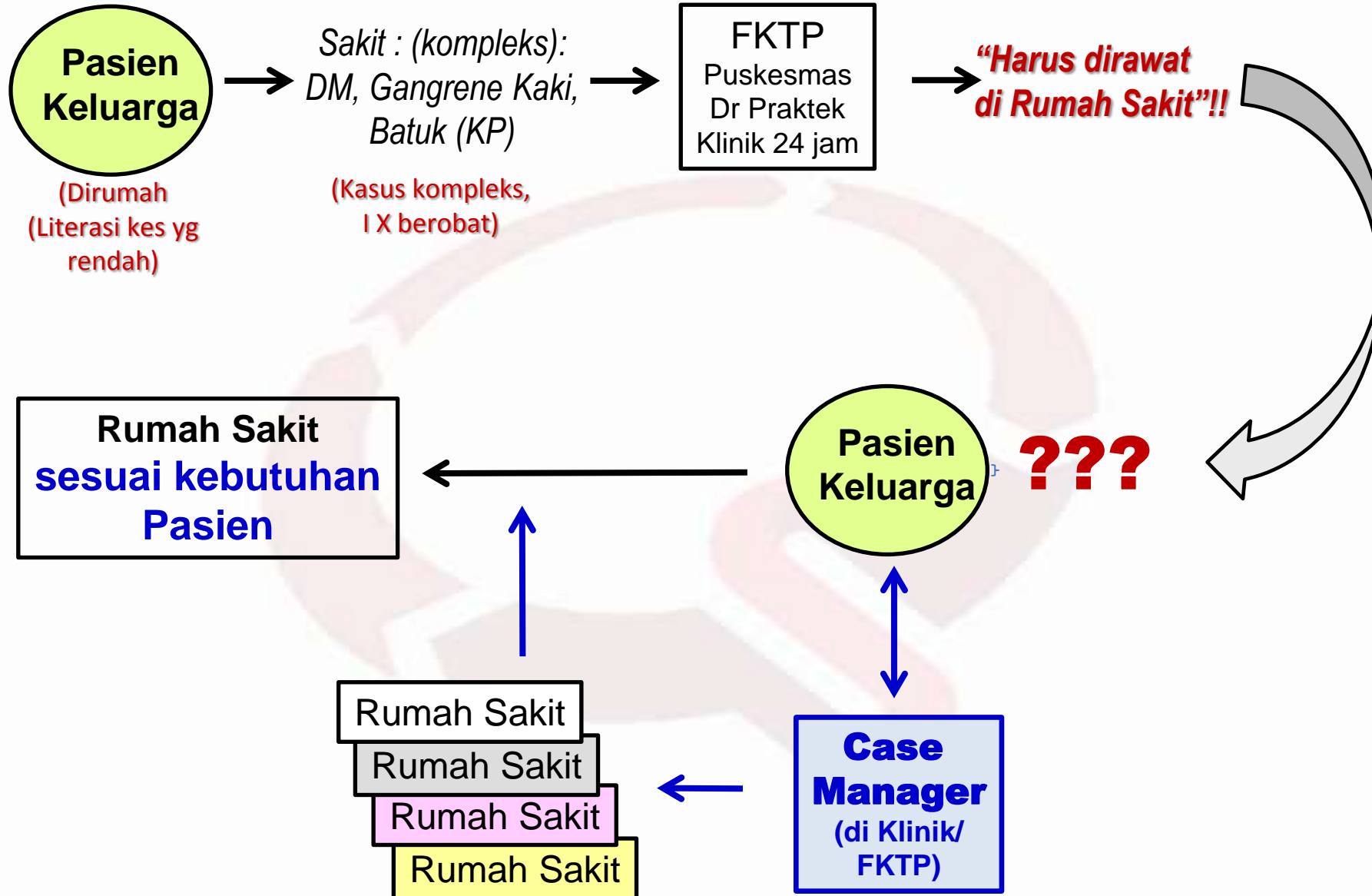
- Penerapan PCC >>
- Kolaborasi PPA >>
- Kendali mutu asuhan
- Kendali biaya asuhan
- Kendali safety asuhan



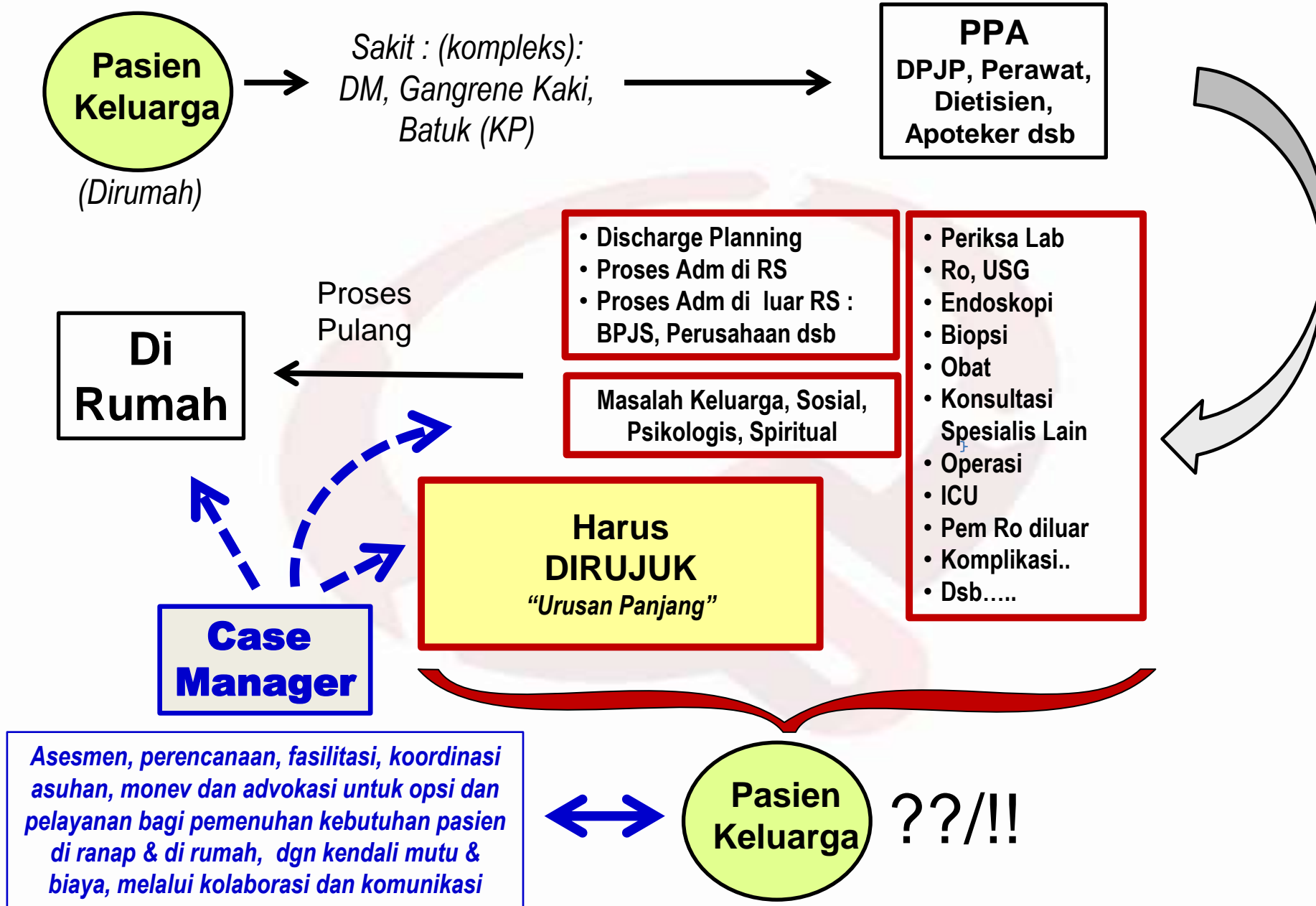
1. Kesiambungan pelayanan
2. Pasien lebih memahami asuhan
3. Kepuasan pasien lebih tinggi
4. Pasien lebih mampu mengambil keputusan
5. Lebih terlibat & diberdayakan
6. Lebih patuh kepada petunjuk PPA
7. Kemandirian pasien dan Quality Of Life lebih baik
8. Sistem pendukung pasien lebih optimal
9. Pemulangan aman
10. Pasien mendapat asuhan yang sesuai kebutuhan pasien

- ✓ MPP bukanlah PPA aktif
- ✓ Shift pagi
- ✓ Ratio 1 : 25 Pasien
 - Kompleksitas Pasien
 - Kebutuhan RS

Ilustrasi Pra Rumah Sakit



Ilustrasi di Rumah Sakit



Peran & Fungsi MPP

Peran :

1. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien, termasuk keluarga dan pemberi asuhannya, baik akut, dalam proses rehabilitasi di RS maupun pasca rawat, mendorong keterlibatan dan pemberdayaan pasien.
2. Mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien (*patient centered care*) dan asuhan pasien terintegrasi, serta membantu meningkatkan kolaborasi interprofesional
3. Mengoptimalkan proses reimbursemen

Fungsi :

Manajer Pelayanan Pasien menjalankan fungsi **asesmen, perencanaan, fasilitasi dan advokasi**, melalui kolaborasi dgn pasien, keluarga, PPA, shg menghasilkan *outcome*/hasil asuhan yg diharapkan.

Aktivitas & Manfaat MPP di RS

- 1. Mengidentifikasi pasien utk intervensi manajemen pelayanan pasien**
- 2. Melakukan kolaborasi dengan dokter dan pasien utk mengidentifikasi hasil yang diharapkan dan mengembangkan suatu rencana manajemen pelayanan pasien**
- 3. Memonitor intervensi yang ada relevansinya bagi rencana manajemen pelayanan pasien**
- 4. Memonitor kemajuan pasien kearah hasil yg diharapkan**
- 5. Menyarankan alternatif intervensi praktis yg efisien biaya**
- 6. Mengamankan sumber-sumber klinis utk mencapai hasil yg diharapkan**
- 7. Membakukan jalur-jalur komunikasi dgn manajer departemen / bagian / unit**
- 8. Bagi pasien dan keluarganya, MPP adalah analog dgn pemandu wisata / *tour guide* dlm berbagai perjalanan kegiatan pelayanan di RS**

Manfaat MPP untuk Rumah Sakit

1. Peningkatan **mutu pelayanan**
2. Peningkatan **kepuasan pasien** dan keluarga
3. Peningkatan **keterlibatan dan pemberdayaan pasien** dlm asuhan
4. Peningkatan **kepatuhan pasien** dalam asuhan
5. Peningkatan **kualitas hidup** pasien
6. Peningkatan **kolaborasi interprofesional** tim PPA
7. Penurunan tkt **asuhan sesuai kebutuhan pasien** dan panduan klinis
8. Penurunan Lama Dirawat
9. Pencegahan Hari Rawat yg tidak perlu
10. Penurunan frekuensi, jenis dan lama pemeriksaan, termasuk **pemeriksaan yg tidak perlu**
11. Pengurangan / menghindari tagihan yang tidak perlu
12. Penurunan **readmisi** ke rumah sakit
13. Pengurangan kunjungan pasien yg sama ke IGD
14. Membantu proses **evaluasi penerapan alur klinis** (*Clinical Pathway*)

Keuntungan MPP di Rumah Sakit

Bagi RS adanya MPP dalam manajemen pelayanan pasien akan memberikan keuntungan sbb :

- 1. Biaya pelayanan efektif**
- 2. Orientasi pelayanan yang holistik**
- 3. Kontinuitas pelayanan diseluruh tatatan pelayanan kesehatan**
- 4. Klien mengetahui siapa yang harus dihubungi untuk bantuan**

Asesmen manajemen pelayanan pasien	Melakukan asesmen ttg kebutuhan kesehatan dan aspek psiko-sosio-kultural-nya, termasuk status <i>health literacy</i> (kurang pengetahuan ttg kesehatan)
Perencanaan manajemen pelayanan pasien	Menyusun perencanaan manajemen pelayanan pasien (<i>case management plan</i>) berkolaborasi dgn pasien, keluarga dan pemberi asuhan, PPA di RS, pembayar, PPA di fasilitas pelayanan primer, utk memaksimalkan hasil asuhan yg berkualitas, aman, dan efektif-biaya. Perencanaan termasuk <i>discharge planning</i> terintegrasi dengan PPA.
Komunikasi dan koordinasi	<ol style="list-style-type: none">1. Memfasilitasi komunikasi dan koordinasi antar PPA dlm konteks keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan, shg meminimalkan fragmentasi yan.2. Membantu pasien utk transisi pelayanan yg aman ke tingkat yan berikutnya yg memadai.

Edukasi dan advokasi

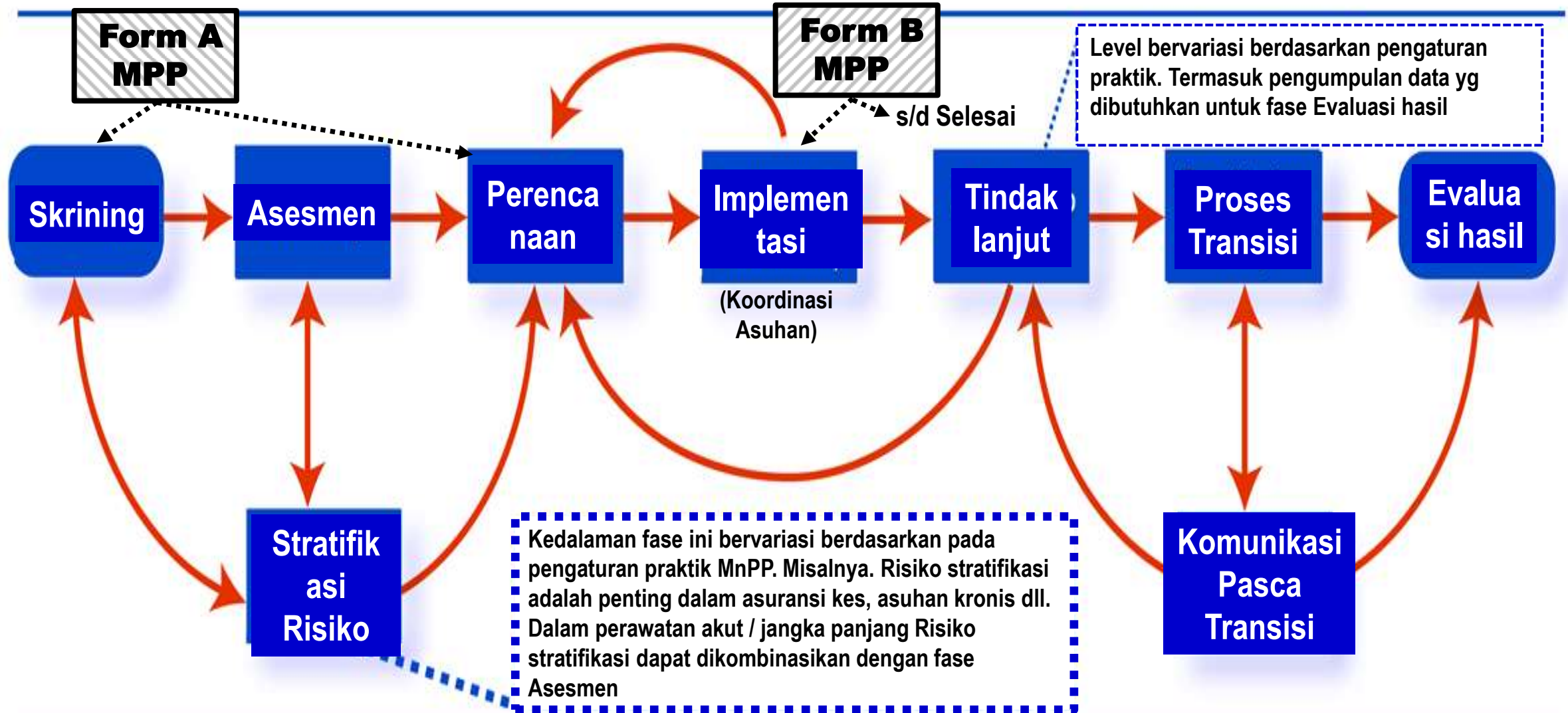
- 1. Memberikan edukasi & advokasi kpd pasien-keluarga atau pemberi asuhan utk memaksimalkan kemampuan pasien-keluarga dlm pengambilan keputusan terkait pelayanan yg diterimanya.**
- 2. Memberikan edukasi kpd pasien-keluarga atau pemberi asuhan, PPA, terkait alternatif pelayanan, sumber daya di komunitas / lingkungan rumahnya, manfaat asuransi, aspek psiko-sosio-kultural shg keputusan tepat waktu dgn dasar informasi lengkap**
- 3. Memberikan advokasi shg meningkatkan kemampuan pasien-keluarga mengatasi masalah dgn mencari opsi pelayanan yg tersedia, rencana alternatif sesuai kebutuhan, agar tercapai hasil asuhan yg diharapkan**
- 4. Berusaha meningkatkan kemandirian advokasi dan kemandirian pengambilan keputusan pasien**
- 5. Memberikan advokasi kepada pasien dan pembayar utk memfasilitasi hasil yg positif bagi pasien, bagi PPA dan pembayar. Namun bila ada perbedaan kepentingan maka kebutuhan pasien lebih menjadi prioritas**

Kendali mutu dan biaya

Mendorong pemberian pelayanan yg memadai utk kendali mutu dan biaya dengan basis kasus per kasus.

- MPP me navigasi melalui 9 fase
- Berulang & Cyclical
- Berpusat pd pasien
- Sistem support dari pasien

Proses Manajemen Pelayanan Pasien



Kerangka Pengetahuan Manajer Pelayanan Pasien



© CCMC 2011. All rights reserved.

(Sumber : The Commission for Case Manager Certification's Case Management Body of Knowledge®. (CMBOK®), 2011)

Karakteristik Seorang MPP

- 1. Seorang MPP hrs mempunyai kemampuan utk mengekspresikan pendapat, keinginan, bukan membela diri, atau cemas. Dapat mengatasi orang2 maupun situasi yg sulit dengan tenang & penuh percaya diri. Agar MPP dapat berhasil melayani dalam peran advokasi, memperjuangkan untuk yg terbaik bagi pasien, RS, dan para pelanggannya**
- 2. MPP bekerja secara otonom / mandiri, harus mempunyai rasa percaya diri. Harus mempunyai gambaran yg akurat ttg kekuatan dirinya, kelemahannya, maupun kepribadiannya serta harus bebas dari kepentingan dirinya.**
- 3. MPP harus siap utk menjangkau staf klinis dalam tim PPA (Profesional Pemberi Asuhan) untuk memberikan advokasi dan dukungan. MPP menanamkan hubungan positif dengan pihak lain dalam komunikasi keseharian. Perlu ketrampilan bernegosiasi**
- 4. MPP harus seorang yg berani mengambil risiko, mencari sasaran baru yang lebih memadai utk tujuan memenuhi kebutuhan pasien. Ada pendapat bahwa MPP haruslah sering “berpihak” kepada pasien.**

**Dokumentasi
Manajemen Pelayanan Pasien di Rumah Sakit**

**Form A
Evaluasi Awal MPP**

- 1. Identifikasi, seleksi / skrining pasien utk manajemen pelayanan pasien**
- 2. Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien**
- 3. Identifikasi masalah, risiko dan kesempatan**
- 4. Perencanaan manajemen pelayanan pasien**

**Form B
Catatan
Implementasi MPP**

- 1. Pelaksanaan Perencanaan manajemen pelayanan pasien**
- 2. Monitoring**
- 3. Identifikasi masalah – risiko – kesempatan**
- 4. Fasilitasi, Koordinasi, Komunikasi,**
- 5. Kolaborasi**
- 6. Advokasi**
- 7. Hasil Pelayanan**
- 8. Terminasi manajemen pelayanan pasien**

Lembar Kerja

Dokumentasi Manajer Pelayanan Pasien

Form A – Evaluasi awal MPP

**Form A utk
MPP**

Nama Pasien
Laki/Perempuan
Umur
Ruangan

Tgl, jam	Catatan
	<ul style="list-style-type: none">✓ Skrining✓ Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien✓ Identifikasi masalah – risiko – kesempatan✓ Perencanaan manajemen pelayanan pasien

Lembar Kerja

Dokumentasi Manajer Pelayanan Pasien

Form B – Catatan Implementasi MPP

Nama Pasien

Laki/Perempuan

Umur

Ruangan

**Form B utk
MPP**

Tgl, jam	Catatan
	<ul style="list-style-type: none">- Pelaksanaan Perencanaan manajemen pelayanan pasien- Monitoring- Identifikasi masalah – risiko – kesempatan- Fasilitasi, Koordinasi, Komunikasi,- Kolaborasi- Advokasi- Hasil Pelayanan- Terminasi manajemen pelayanan pasien

Lembar Kerja*Dokumentasi Manajer Pelayanan Pasien***Form A – Evaluasi awal MPP**

Nama Pasien
 Laki/Perempuan
 Umur
 Ruangan

Tgl, jam	Catatan
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Skrining ✓ Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien ✓ Identifikasi masalah – risiko – kesempatan ✓ Perencanaan manajemen pelayanan pasien <p style="text-align: right; color: blue; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">Dapat dikembangkan dalam bentuk Daftar Tilik / Check List</p> <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em; transform: rotate(-15deg);">FORM A Evaluasi Awal MPP</p>

Manajer Pelayanan Pasien
 Nama

Tandatangan

Lembar Kerja*Dokumentasi Manajer Pelayanan Pasien***Form B – Catatan Implementasi MPP**

Nama Pasien
 Laki/Perempuan
 Umur
 Ruangan

Tgl, jam	Catatan
	<ul style="list-style-type: none"> - Pelaksanaan Perencanaan manajemen pelayanan pasien - Monitoring - Identifikasi masalah – risiko – kesempatan - Fasilitasi, Koordinasi, Komunikasi, - Kolaborasi - Advokasi - Hasil Pelayanan - Terminasi manajemen pelayanan pasien <p style="text-align: center; color: blue; font-weight: bold; font-size: 2em; transform: rotate(-15deg);">FORM B Catatan Implementasi MPP</p>

Manajer Pelayanan Pasien
 Nama

Tandatangan

*Standar ARK.3.2

RS menetapkan regulasi bhw setiap pasien harus dikelola oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utk memberikan asuhan kepada pasien.

DPJP & DPJP Utama

Elemen penilaian ARK.3.2

1. Ada regulasi ttg DPJP yg bertanggung-jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas di dlm seluruh fase asuhan rawat inap pasien, **teridentifikasi** dlm rekam medis pasien.(R)
2. Regulasi juga menetapkan proses pengaturan perpindahan tangg-jawab koordinasi asuhan pasien dari satu DPJP ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP Utama.(R)
3. DPJP yg ditetapkan telah memenuhi proses kredensial, sesuai peraturan perUUan. (D,W)
4. Bila dilaksanakan rawat bersama agar dipilih DPJP Utama **sesuai kriteria**, sebagai koordinator asuhan pasien. (D,W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi tentang dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang DPJP yang meliputi:</p> <p>1) Penunjukan DPJP yang berfungsi sebagai clinical team leader dan yang melakukan koordinasi asuhan inter PPA dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis pasien</p> <p>2) Bila kondisi/penyakit pasien membutuhkan lebih dari 1 (satu) DPJP, ditetapkan DPJP Utama (EP 4) yang berperan sebagai koordinator mutu dan keselamatan pasien antar DPJP ,dan memuat kriteria DPJP Utama</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Regulasi juga menetapkan proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP Utama. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang DPJP bila terjadi perpindahan DPJP atau pergantian DPJP Utama</p>	<p>10 - 0</p>	<p>TL - TT</p>

ARK.3.2

<p>3. DPJP yang ditetapkan telah memenuhi proses kredensial, sesuai peraturan per UUan. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti berupa: 1) SPK dan RKK yang masih berlaku. 2) Form pencatatan DPJP.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pimpinan RS • Komite medis/sub komite kredensial • DPJP • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap 		
<p>4. Bila dilaksanakan rawat bersama agar dipilih DPJP Utama sesuai kriteria, sebagai koordinator asuhan pasien. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti penetapan DPJP Utama sesuai kriteria.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Pasien/keluarga 		

Maksud dan Tujuan ARK.3.2.

-Asuhan Pasien diberikan oleh PPA yg bekerja sebagai **tim interdisiplin dgn kolaborasi interprofesional** dan **DPJP berperan sbg Ketua tim asuhan pasien oleh PPA (Clinical Leader).**

-Untuk mengatur kesinambungan asuhan selama pasien berada di RS, harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sbg individu yg bertanggung-jwb mengelola pasien sesuai dgn kewenangan kliniknya, juga melakukan koordinasi dan kesinambungan asuhan. DPJP yg ditunjuk ini tercatat namanya di rekam medis pasien. DPJP/para DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di RS dapat meningkatkan a.l. kesinambungan, koordinasi, kepuasan pasien, mutu, keselamatan, termasuk hasil asuhan. Individu ini membutuhkan kolaborasi dan komunikasi dgn PPA lainnya.

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

ARK 3.2. : DPJP dan DPJP Utama

1. Regulasi ttg DPJP dan DPJP Utama
2. Referensi : Panduan Pelaksanaan DPJP dan Case Manager, KARS Edisi 1 April 2015
3. Form utk EP 3

PASIEN	DPJP Dr Sp / Dr Sp K	DPJP UTAMA (Kriteria)
Diab Mellitus	Dr Sp PD	1. Dari DPJP ybs 2. Pertama kali mengelola 3. Kondisi penyakit menonjol 4. Keinginan Pasien 5. Lain-lain
Katarak	Dr Sp M	
Sinusitis	Dr Sp THT-KL	
Stroke	Dr Sp S	

NB. Bila pasien dikelola oleh lebih dari satu DPJP, maka harus ada DPJP Utama.

DPJP- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan

- 1. DPJP** : seorang Dr, sesuai dengan kewenangan klinisnya, memberikan asuhan medis lengkap kpd seorang pasien dgn 1 patologi / penyakit, dari awal s/d akhir perawatan di RS, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Asuhan medis lengkap artinya melakukan asesmen medis s/d implementasi rencana serta tindak lanjutnya sesuai kebutuhan pasien.
- 2.** Pasien dgn > dari 1 penyakit dikelola oleh > dari 1 DPJP, pola asuhan secara tim / terintegrasi. Contoh : pasien dgn DM, Katarak dan Stroke, dikelola oleh lebih > 1 DPJP : DrSp PD, DrSpM, DrSpS.
- 3. DPJP Utama** : bila pasien dikelola oleh > dari 1 DPJP, maka asuhan medis tsb yg dilakukan secara terintegrasi / tim diketuai oleh seorang DPJP Utama. **Peran DPJP Utama : koordinator, menjaga terlaksananya asuhan medis komprehensif - terpadu – efektif komunikasi, keselamatan pasien, membangun sinergisme, mendorong penyesuaian pendapat (adjustment) antar anggota, mengarahkan agar tindakan masing-masing DPJP bersifat kontributif (bukan intervensi), mencegah duplikasi.**

4. Dr yg memberikan pelayanan **interpretatif**, misalnya memberikan uraian / data tentang hasil laboratorium atau radiologi, tidak memakai istilah DPJP, karena tidak memberikan asuhan medis yang lengkap.
5. Asuhan pasien (*patient care*) diberikan dengan pola Pasien Berfokus pada Pasien (***Patient Centered Care***), dan DPJP merupakan Ketua (*Team Leader*) dari tim yang terdiri dari para professional pemberi asuhan pasien / staf klinis dengan kompetensi dan kewenangan yang memadai, yang a.l. terdiri dari dokter, perawat, ahli gizi, apoteker, fisioterapis dsb.
6. Kriteria penunjukan **DPJP Utama** untuk seorang pasien dapat digunakan butir-butir sbb :
 - a. DPJP Utama berasal dari para DPJP terkait
 - b. DPJP Utama dapat merupakan DPJP yang pertama kali mengelola pasien pada awal perawatan
 - c. DPJP Utama dapat merupakan DPJP yang mengelola pasien dengan penyakit dalam kondisi terparah
 - d. DPJP Utama dapat merupakan pilihan dari pasien

**Untuk
ARK 3.2.**

Form Pencatatan DPJP Utk setiap Pasien

Diagnosa	DPJP			DPJP Utama			Ket
	Nama	Tgl Mulai	Tgl Akhir	Nama	Tgl Mulai	Tgl Akhir	
DMT2	Dr A SpPD	1/2/14					
Sinusitis	Dr B SpTHT	3/2/14		Dr A SpPD	3/2/14	10/2/14	
Ateroma	Dr C SpB	6/2/14	8/2/14				
Stroke H	Dr D SpS	9/2/14					
				Dr D SpS	10/2/14	12/2/14	
(Masuk ICU 12-2- 14)				Dr E SpAn, KIC	12-2-14		



Komisi Akreditasi Rumah Sakit

PANDUAN PELAKSANAAN
DOKTER
PENANGUNGJAWAB
PELAYANAN (DPJP)
DAN
CASE MANAGER



Editor:

Dr. dr. Sutoto, M.Kes

Kontributor Utama:

dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM,
MHKes

Kontributor:

1. dr. Djoti Atmodjo, Sp.A, MARS
2. dr. Luwiharsih, M.Sc
3. Dra. M. Amatyah S, M.Kes
4. dr. Djoni Darmadjaja, Sp.B, MARS
5. dr. H. Muki Reksoprodjo, Sp.OG
6. dr. Mgs. Johan T. Saleh, M.Sc
7. dr. Nina Sekartina, MHA
8. dr. Achmad Hardiman, Sp.KJ, MARS
9. Dra. Pipih Karniasih, S.Kp, M.Kep
10. dr. Isi Mularsih, MARS
11. dr. Henry Boyke Sitompul, Sp.B, FICS

SUPERVISI

dalam Pendelegasian Wewenang

- ❑ **Kredensial : Kompetensi → Kewenangan = SPK-RKK**
- ❑ **SPK-RKK : Kewenangan :**
 - 1. Mandiri**
 - 2. Dibawah Supervisi**
- ❑ **Supervisi**
 - 1. Supervisi Tinggi**
 - 2. Supervisi Moderat Tinggi**
 - 3. Supervisi Moderat**
 - 4. Supervisi Rendah**

SUPERVISI

dalam Pendelegasian Wewenang

1. SUPERVISI TINGGI

Untuk PPDS:

- Asesmen dari PPDS belum dianggap sah
- Proses keputusan Rencana Asuhan / Tindakan oleh DPJP
- DPJP melakukan tindakan sendiri, PPDS memperhatikan, membantu pelaksanaan tindakan
- Pencatatannya di rekam medis ttd DPJP dan PPDS

2. SUPERVISI MODERAT TINGGI

Untuk PPDS:

- Asesmen dari PPDS dianggap sah, namun pertimbangannya (judgment) belum sah
- Proses keputusan Rencana Tindakan disupervisi oleh DPJP
- PPDS melakukan tindakan, DPJP mensupervisi langsung (onsite)
- Pencatatannya di rekam medis ttd PPDS dan DPJP

3. SUPERVISI MODERAT

Untuk PPDS:

- **Asesmen dari PPDS dianggap sah, namun pertimbangannya (judgment) belum sah**
- **Proses keputusan Rencana Asuhan dilaporkan untuk persetujuan DPJP, sebelum tindakan, kecuali kasus gawat darurat**
- **PPDS melakukan tindakan, DPJP mensupervisi tidak langsung, sesudah tindakan, evaluasi laporan tindakan**
- **Pencatatannya di rekam medis ttd PPDS dan DPJP**

4. SUPERVISI RENDAH

Untuk PPDS:

- **Asesmen dan pertimbangan dari PPDS dianggap sah namun belum punya legitimasi**
- **Proses keputusan Rencana oleh PPDS**
- **PPDS melakukan tindakan, supervisi DPJP melalui komunikasi per telpon, melalui laporan per telpon, laporan tertulis di rekam medis**
- **Pencatatannya di rekam medis harus divalidasi dgn ttd DPJP**
- **Pada keadaan khusus, PPDS berada ditempat terpencil tanpa DPJP terkait, ttg proses validasi dibuat kebijakan khusus oleh RS.**

3. SUPERVISI MODERAT

Untuk DR (Dr Ruangan):

- Proses Asesmen Pasien (IAR : Pengumpulan Informasi, Analisis informasi, Penyusunan Rencana) dan Implementasinya dilakukan dengan komunikasi segera dengan DPJP
- Pencatatannya di rekam medis ttd DR, validasi oleh DPJP

4. SUPERVISI RENDAH

Untuk DR:

- Proses Asesmen Pasien (IAR : Pengumpulan Informasi, Analisis informasi, Penyusunan Rencana) dan Implementasinya dilakukan dengan komunikasi dengan DPJP
- Pencatatannya di rekam medis ttd DR, validasi oleh DPJP

Pelimpahan Wewenang Keperawatan UU no 38/2014 Tentang Keperawatan

Pasal 32

Pelimpahan Delegatif :

- Tugas &
- Tangg-jwb

Pelimpahan Mandat :

- Tugas (saja)

- Tangg-jwb
→ tetap

(3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat dengan **disertai pelimpahan tanggung jawab**.

(4) Pelimpahan wewenang secara delegatif sebagaimana dimaksud pada ayat (3) hanya dapat diberikan kepada Perawat profesi atau Perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan

(5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada Perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan.

(6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat sebagaimana dimaksud pada ayat (5) berada pada pemberi pelimpahan wewenang.

***Standar ARK.3.3.**

RS menetapkan informasi tentang pasien disertakan pada proses transfer.

Transfer intra RS

Elemen penilaian ARK.3.3.

- 1. Ada regulasi ttg transfer pasien antar unit pelayanan **di dlm** RS dilengkapi dgn form transfer pasien . (R)**
- 2. Form tsb memuat indikasi pasien masuk dirawat. (D)**
- 3. Form tsb memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik. (D)**
- 4. Form tsb memuat setiap diagnosis yg dibuat. (D)**
- 5. Form tsb memuat setiap prosedur yg dilakukan.(D)**
- 6. Form tsb memuat obat yg diberikan dan tindakan lain yg dilakukan. (D)**
- 7. Form tsb memuat keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer). (D)**
- 8. Ketentuan tsb dilaksanakan. (D,O,W)**

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ada regulasi tentang transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dilengkapi dengan form transfer pasien. (R)	R	Regulasi tentang transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit, termasuk penetapan form transfer yang meliputi EP 2 sampai dengan EP 7.	10 5 0	TL TS TT
2. Form tersebut memuat indikasi pasien masuk dirawat. (D)	D	Bukti form transfer memuat indikasi pasien masuk dirawat.	10 5 0	TL TS TT
3. Form tersebut memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik. (D)	D	Bukti form transfer memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.	10 5 0	TL TS TT
4. Form tersebut memuat setiap diagnosis yang dibuat. (D)	D	Bukti form transfer memuat setiap diagnosis yang dibuat.	10 5 0	TL TS TT

ARK.3.3

5. Form tersebut memuat setiap prosedur yang dilakukan. (D)	D	Bukti form transfer memuat setiap prosedur yang dilakukan.	10 5 0	TL TS TT
6. Form tersebut memuat obat yang diberikan dan tindakan lain yang dilakukan. (D)	D	Bukti form transfer memuat obat yang diberikan dan tindakan lain yang dilakukan.	10 5 0	TL TS TT
7. Form tersebut memuat keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer). (D)	D	Bukti form transfer memuat keadaan pasien pada waktu dipindah (transfer).	10 5 0	TL TS TT
8. Ketentuan tersebut dilaksanakan. (D,O,W)	D	Bukti tentang kelengkapan pengisian form.	10 5 0	TL TS TT
	O	Lihat form transfer.		
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Manajer Pelayanan Pasien • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Staf klinis • Pasien/keluarga 		

Maksud dan Tujuan ARK.3.3.

Selama di ranap di RS, pasien mungkin dipindah dari satu pelayanan atau dari satu unit ranap ke berbagai unit pelayanan lain atau unit ranap lain. Jika PPA berubah akibat perpindahan ini, informasi penting terkait asuhan harus mengikuti pasien. Pemberian obat dan tindakan lain dapat berlangsung tanpa halangan, kondisi pasien dapat dimonitor. Untuk memastikan setiap tim asuhan menerima informasi yg diperlukan, rekam medik pasien ikut pindah atau ringkasan informasi yg ada di rekam medik disertakan waktu pasien pindah dan menyerahkan kepada tim asuhan yg menerima pasien. Ringkasan memuat sebab pasien masuk dirawat, temuan penting, diagnosis, prosedur atau tindakan, obat yg diberikan, keadaan pasien waktu pindah. Bila pasien dalam pengelolaan MPP, maka kesinambungan proses tsb diatas dipantau, diikuti dan transfERNYA disupervisi oleh MPP.

Transfer intra RS

PASIEN	PETUGAS PENDAMPING (MINIMAL)	KETERAMPILAN YANG DIBUTUHKAN	PERALATAN UTAMA
DERAJAT 0	TPK/ Petugas Keamanan	Bantuan hidup dasar	
DERAJAT 0,5 (ORANGTUA/ DELIRIUM)	TPK/ Petugas Keamanan	Bantuan hidup dasar	
DERAJAT 1	Perawat/Petugas yang berpengalaman (sesuai dengan kebutuhan pasien)	Bantuan hidup dasar, pelatihan tabung gas, pemberian obat-obatan, kenal akan tanda deteriorasi, keterampilan trakeostomi dan suction	Oksigen, suction, tiang infuse portabel, pompa infuse dengan Baterai, oksimetri denyut
DERAJAT 2	Perawat dan Petugas keamanan/ TPK	Semua ketrampilan di atas, ditambah : dua tahun pengalaman dalam perawatan intensif (oksigenasi, sungkup pernapasan, defibrillator, monitor)	Semua peralatan di atas, ditambah: monitor EKG dan tekanan darah dan defibrillator
DERAJAT 3	Dokter, perawat, dan TPK/ Petugas keamanan	<p>Standar kompetensi dokter harus di atas standar minimal :</p> <p>Dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimal 6 bulan pengalaman mengenai perawatan pasien intensif dan bekerja di ICU • Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut • Keterampilan menangani permasalahan jalan napas dan pernapasan, minimal level ST 3 atau sederajat. • Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis <p>Perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimal 2 tahun bekerja di ICU • Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut • Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis 	Monitor ICU portabel yang Lengkap, ventilator dan peralatan transfer yang memenuhi standar minimal.

❖ PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT (*DISCHARGE*), TINDAK LANJUT

Aspek pemulangan pasien

Standar ARK.4.

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

Elemen penilaian ARK.4.

1. Ada regulasi tentang pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien (lihat juga ARK 4.2 dan ARK 4.2.1). (R)
2. Ada bukti pemulangan pasien sesuai dengan **kriteria pemulangan pasien**. (D,W) .
3. **Ada regulasi** yang menetapkan kriteria tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan RS selama periode waktu tertentu. **(R)**
4. **Ada bukti pelaksanaan** ttg pasien yang diizinkan utk keluar meninggalkan RS selama periode waktu tertentu **(D,W)**

ARK.4

Elemen Penilaian	Telusur		Skor		
1. Ada regulasi tentang pemulangan pasien disertai kriteria pemulangan pasien untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien (lihat juga ARK 4.2 dan ARK 4.2.1). (R)	R	Regulasi tentang pemulangan pasien yang meliputi:	10	TL	
		1) kriteria pemulangan pasien	5	TS	
		2) kriteria pasien yang memerlukan kesinambungan asuhan dirumah	0	TT	
2. Ada bukti pemulangan pasien sesuai dengan kriteria pemulangan pasien. (D,W)	D	Bukti pemulangan pasien sesuai dengan kriteria pada rekam medis.	10	TL	
		W	• DPJP	5	TS
			• Staf keperawatan	0	TT
		• Manajer Pelayanan Pasien			

ARK.4

<p>3. Ada regulasi yang menetapkan kriteria tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan rumah sakit selama periode waktu tertentu. (R)</p>	<p>R</p>	<p>Regulasi yang menetapkan kriteria tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan RS selama periode waktu tertentu.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Ada bukti pelaksanaan tentang pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan RS selama periode waktu tertentu. (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti tentang pelaksanaan pasien yang diizinkan meninggalkan RS selama periode waktu tertentu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP/PPA lainnya • Staf klinis • Manajer Pelayanan Pasien • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.4.

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

-RS dapat menetapkan regulasi ttg kemungkinan pasien diijinkan keluar RS dlm jangka waktu tertentu utk keperluan penting.

*Standar ARK.4.1.

RS bekerja sama / berkoordinasi dengan praktisi kesehatan di luar RS tentang tindak lanjut pemulangan.

- Aspek pemulangan pasien
- P3 / discharge planning
- TL di rumah

Elemen penilaian ARK.4.1

1. Ada bukti pemulangan pasien yg rencana pemulangannya kompleks (*discharge planning*) dimulai sejak awal pasien masuk ranap melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, utk kesinambungan asuhan sesuai dgn kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien.
(D,W)
2. Pada tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditunjukan kepada fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yg berada di komunitas dimana pasien berada yg bertujuan utk memberikan bantuan pelayanan.(D)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada bukti pemulangan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (<i>discharge planning</i>) dimulai sejak awal pasien masuk rawat inap melibatkan semua PPA terkait serta difasilitasi oleh MPP, untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien. (D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti tentang pemulangan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (<i>discharge planning</i>).</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Pada tindak lanjut pemulangan pasien bila diperlukan dapat ditunjukkan kepada fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada yang bertujuan untuk memberikan bantuan pelayanan.(D,W)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan rujukan untuk kesinambungan asuhan.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Manajer Pelayanan Pasien • Pasien/keluarga 		

Maksud dan Tujuan ARK.4.1.

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

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

Filosofi
Keberhasilan asuhan di ranap
agar berlanjut di rumah"

Discharge Planning

Transisi & Kontinuitas Yan

- Pra Admisi :
- eLOS
 - Rujukan



- Discharge Planning**
- Awal & durante ranap
 - Kriteria
 - Tim Multidisiplin
 - Keterlibatan Pasien-Kel
 - Antisipasi masalah
 - Program Edukasi /Pelatihan
 - EDD=Expected Discharge Date

Edukasi, Pelatihan spesifik : Pasien-Kel

- Proses Pulang/Fase Discharge :
- 24-48 jam pra-pulang
 - Penyiapan Yan dilingkungan
 - Kriteria pulang +
 - Resume pasien pulang
 - Transport
 - dsb

- Follow-up
- Ke RS
 - Telpon

Yan Kes Primer dilingkungan

Yan Sosial

Yan Penunjang, Rehab

Keluarga : Asuhan Dirumah

- Discharge Planning**
- Cegah Komplikasi Pasca Discharge
 - Cegah Readmisi

*Standar ARK.4.2.

Ringkasan pasien pulang dibuat untuk semua pasien rawat inap.

Ringkasan pulang

*Elemen penilaian ARK.4.2.

1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostik. (D)
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien di ranap, diagnosis dan komorbiditas lain. (D)
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yg telah dikerjakan. (D)
4. Ringkasan pulang memuat obat yg diberikan, termasuk obat setelah pasien keluar RS. (D)
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan pulang RS. (D)
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kpd pasien & keluarga. (D)

ARK.4.2

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
1. Ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik. (D)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik.	10 5 0	TL TS TT
2. Ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain. (D)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat indikasi pasien dirawat inap, diagnosis, dan komorbiditas lain.	10 5 0	TL TS TT
3. Ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan. (D)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan.	10 5 0	TL TS TT
4. Ringkasan pulang memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar RS. (D)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar RS sesuai PKPO 4.3 EP 2.	10 5 0	TL TS TT
5. Ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (<i>status present</i>) saat akan pulang dari RS. (D) (EP 5 untuk IGD dan transfer)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat kondisi kesehatan pasien (<i>status present</i>) saat akan pulang dari RS.	10 5 0	TL TS TT
6. Ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga. (D)	D	Bukti form ringkasan pulang memuat instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan/atau keluarga serta ditandatangani oleh pasien dan/atau keluarga	10 5 0	TL TS TT

Maksud dan Tujuan ARK.4.2.

Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran ttg pasien yg tinggal di RS. Ringkasan dapat digunakan oleh praktisi yg bertanggung-jawab memberikan tindak lanjut asuhan. **Ringkasan memuat hal2 sbb** (lihat MIRM 15):

- Indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis dan komorbiditas lain
- Temuan fisik penting dan temuan2 lain
- Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yg telah dikerjakan
- Obat yg diberikan selama diranap dgn potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yg harus digunakan di rumah
- Kondisi pasien (*status present*)
- Ringkasan memuat instruksi tindak lanjut, agar dihindari istilah anjuran.

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

***Standar ARK.4.2.1.**

RS menetapkan pemberian ringkasan pasien pulang kepada pihak yang berkepentingan.

Ringkasan pulang : Proses

Elemen penilaian ARK.4.2.1.

- 1. Ringkasan pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang. (D,W)**
- 2. Satu salinan dari ringkasan diberikan kpd pasien, bila diperlukan dapat diserahkan kpd tenaga kesehatan yang bertanggung-jawab memberikan kelanjutan asuhan. (D,W)**
- 3. Satu salinan dari ringkasan yg lengkap ditempatkan di rekam medik pasien. (D)**
- 4. Satu salinan dari ringkasan diberikan kpd pihak penjamin pasien sesuai regulasi RS. (D)**

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ringkasan pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pengisian ringkasan pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • Staf Rekam Medis 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>2. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pasien dan bila diperlukan dapat diserahkan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan pemberian salinan ringkasan pulang kepada:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) pasien 2) tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan kelanjutan asuhan atau sebagai jawaban rujukan, bila ada 3) rekam medis 4) pihak penjamin pasien <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Kepala instalasi rawat inap/kepala unit rawat inap • Staf Rekam Medis • Pasien/keluarga 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

ARK.4.2.1

3. Satu salinan ringkasan yang lengkap ditempatkan di rekam medis pasien. (D)	D	Sesuai EP 2.	10 5 0	TL TS TT
4. Satu salinan ringkasan diberikan kepada pihak penjamin pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D)	D	Sesuai EP 2.	10 5 0	TL TS TT

Maksud dan Tujuan ARK 4.2.1.

Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari RS oleh DPJP.

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

*Standar ARK.4.3

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

PRMRJ, Diagnosis kompleks

Elemen penilaian ARK.4.3

1. Ditetapkan kriteria pasien rawat jalan dgn asuhan yg kompleks atau yg diagnosis nya kompleks, diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) sesuai regulasi RS. (R)
2. Ada regulasi yg menetapkan bhw proses PRMRJ mudah ditelusur (*easy to retrieve*) dan mudah direview. (R)
3. Informasi penting yg dimasukkan ke dlm PRMRJ diidentifikasi oleh DPJP. (R)
4. Proses tsb dievaluasi utk memenuhi kebutuhan para DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. (D,W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ditetapkan kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks atau yang diagnosis nya kompleks diperlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) yang sesuai dengan regulasi RS. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pasien rawat jalan yang asuhannya kompleks sehingga memerlukan PRMRJ meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kriteria diagnosis yang kompleks 2) kriteria asuhan yang kompleks 3) kriteria yang memerlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) 4) cara penyimpanan PRMRJ agar mudah ditelusur (<i>easy to retrieve</i>) dan direview (EP 2) 5) Informasi penting dalam PRMRJ disepakati oleh Kelompok Staf Medis / DPJP (EP 3). 	10 5 0	TL TS TT
<p>2. Ada regulasi yang menetapkan bahwa proses PRMRJ mudah ditelusur (<i>easy to retrieve</i>) dan mudah di-review. (R)</p>	R	<p>Sesuai EP 1.</p>	10 5 0	TL TS TT

ARK.4.3

<p>3. Informasi penting yang dimasukkan ke dalam PRMRJ diidentifikasi oleh DPJP. (R,D)</p>	<p>R</p>	<p>Sesuai EP 1.</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan pencatatan informasi penting yang dimasukkan ke dalam PRMRJ yang diidentifikasi oleh para DPJP.</p>	<p>5</p>	<p>TS</p>
	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan tentang evaluasi pemakaian pengisian PRMJ oleh para DPJP untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p>	<p>10</p>	<p>TL</p>
	<p>W</p>	<ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf klinis • Staf Rekam Medis • Komite/tim PMKP 	<p>5</p>	<p>TS</p>
			<p>0</p>	<p>TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.4.3

-Jika RS memberikan asuhan dan tindakan berlanjut kpd pasien dgn **diagnosis kompleks** dan atau yg membutuhkan **asuhan kompleks** (misalnya, pasien yg datang beberapa kali dgn masalah kompleks, menjalani tindakan beberapa kali, datang di beberapa unit klinik, dsb), maka kemungkinan dapat bertambahnya diagnosis dan obat, perkembangan riwayat penyakit, temuan pd pemeriksaan fisiknya. Karena itu utk kasus spt ini, **harus dibuat ringkasannya**. Sangat penting bagi setiap PPA yg berada di berbagai unit yg memberikan asuhan kpd pasien ini mendapat akses ke informasi **Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ)** tsb.

(Maksud dan Tujuan ARK.4.3.)

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

- Identifikasi pasien yg menerima asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks (seperti pasien di klinik jantung dengan berbagai komorbiditas antara lain DM tipe 2, Total Knee Replacement, Gagal ginjal tahap akhir dsb. Atau pasien di klinik neurologik dengan berbagai komorbiditas).
- Identifikasi informasi yg dibutuhkan oleh para DPJP yg menangani pasien tsb
- Menentukan proses yg digunakan utk memastikan bhw informasi medis yg dibutuhkan DPJP tersedia dlm format mudah ditelusur (*“easy-to-retrieve”*) dan mudah direview .
- Evaluasi dari hasil implementasi proses utk mengkaji bhw informasi dan proses memenuhi kebutuhan DPJP dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien

Contoh ARK 4.3.

Form PRMRJ

Nama Pasien :....

EP 3

Tgl-jam	Dr Sp	Diagnosis Penting	Uraian Klinis Penting	Rencana Penting	Remarks	Paraf
2/4	SpJP	CAD	nyeri dada 3 hari lalu	Diagnostik Bila indikasi :PCI -Stent	Bila toleransi cukup	->
4/4	SpPD-KGH	CKD gr 5	On regular HD	Tx ginjal	Calon donor sedang diperiksa	->
12/4	SpP	PPOK	Pengobatan memadai	Rutin control per 2 bulan	Perbaikan klinis 2 mgg terakhir	->
18/4	SpPD-KAI	SLE	3 bulan ini flare up ringan 2 X	Pengobatan akan dinilai akhir bulan ini	Hindari matahari langs	->
25/4	Sp BU	BPH	Rest urine minimal PSA 9,2	Obat teruskan	Priksa ulang PSA & USG Prostat	->

Form Resume Rawat Jalan

Alergi
2/3/10 Amoxycillin

Rawat Inap – Operasi
16-21/3/11 Demam Tifoid 1-4/7/13 Apendektomi

**Untuk
APK 3.3. EP 3
(v.2012)**

Tgl	Klinik / Nama Dr	Diagnosis	Terapi	Ket
2/3/10	Dr A SpKK	Furunkel	Ciprofloxacin 2X500mg	
28/3/11	Dr B SpPD	Pasca Demam Tifoid, Gastritis	Ranitidin 2x150 mg	
11/7/13	Dr C SpB	Pasca Apendektomi	-	
6/8/13	Dr D SpS	Polineuropati	Methycobal 3x250mcg	

❖ Standar ARK.4.4

RS menetapkan proses untuk mengelola dan melakukan tindak lanjut dari pasien yang memberitahu staf RS bahwa mereka berniat keluar RS dan menolak rencana asuhan medis.

APS, keluar memberitahu

Elemen penilaian ARK.4.4 :

1. Ada regulasi utk mengelola pasien rajal dan ranap yg menolak rencana asuhan medis termasuk keluar RS atas permintaan sendiri dan pasien yg menghendaki penghentian pengobatan.(R)
2. Ada bukti pemberian edukasi kpd pasien ttg risiko medis akibat asuhan medis yg belum lengkap. (D,O,W)
3. Pasien keluar RS atas permintaan sendiri, tetap mengikuti proses pemulangan pasien. (D)
4. Dokter keluarga (bila ada) atau dokter yg memberi asuhan berikutnya dari pasien diberitahu ttg kondisi tsb. (D)
5. Ada dokumentasi RS melakukan pengkajian utk mengetahui alasan pasien keluar RS atas permintaan sendiri, menolak asuhan medis atau tidak melanjutkan program pengobatan. (D)

❖ Standar ARK.4.4.1

RS menetapkan proses untuk mengelola pasien yang menolak rencana asuhan medis yg melarikan diri.

APS, keluar “kabur”

Elemen penilaian ARK.4.4.1

1. Ada regulasi yg mengatur pasien ranap dan rajal yg meninggalkan RS tanpa pemberitahuan (melarikan diri). (R)
2. RS melakukan identifikasi pasien menderita penyakit yg membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)
3. RS melaporkan kpd pihak yg berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yg membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang pengelolaan pasien rawat jalan dan rawat inap meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) menolak rencana asuhan medis (<i>against medical advice/AMA</i>) 2) keluar rumah sakit atas permintaan sendiri (APS) sesuai HPK 2.3 3) penghentian pengobatan. 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Ada bukti pemberian edukasi kepada pasien tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap. (D,O,W)</p>	D O W	<p>Bukti tentang pemberian edukasi.</p> <p>Lihat bukti pemberian edukasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

ARK.4.4

3. Pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri, tetapi tetap mengikuti proses pemulangan pasien. (D)	D	Bukti pelaksanaan pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri sesuai regulasi.	10 5 0	TL TS TT
4. Dokter keluarga (bila ada) atau dokter yang memberi asuhan berikutnya dari pasien diberitahu tentang kondisi tersebut. (D)	D	Bukti pelaksanaan rujukan sesuai ARK 5.	10 5 0	TL TS TT
5. Ada dokumentasi rumah sakit melakukan pengkajian untuk mengetahui alasan pasien keluar rumah sakit atas apakah permintaan sendiri, menolak asuhan medis, atau tidak melanjutkan program pengobatan. (D)	D	Bukti pelaksanaan evaluasi alasan pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri.	10 5 0	TL TS TT

ARK.4.4.1

<p>1. Rumah sakit melaporkan ke pada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti pemberian informasi/laporan kepada pihak yang berwenang termasuk keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • Staf Rekam Medis • Pasien/keluarga 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Rumah sakit melakukan identifikasi pasien menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti pelaksanaan asesmen keperawatan untuk identifikasi pasien menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan misalnya penyakit menular, penyakit jiwa dengan kecendrungan bunuh diri atau perilaku agresif.</p> <p>Perawat penanggung jawab asuhan (PPJA).</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>3. Rumah sakit melaporkan ke pada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan. (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti pemberian informasi/laporan kepada pihak yang berwenang termasuk keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • Staf Rekam Medis • Pasien/keluarga 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.4.4 dan ARK 4.4.1.

- Jika seorang pasien, ranap atau rajal telah selesai menjalani pemeriksaan lengkap dan sudah ada rekomendasi tindakan yang perlu dilakukan, kemudian pasien ini menolak tindakan tsb dan memutuskan meninggalkan RS, maka pasien ini dianggap sebagai pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Pasien ranap dan rajal (termasuk pasien dari unit GD) berhak menolak tindakan medik dan kemudian keluar RS . Pasien ini menghadapi risiko karena menerima pelayanan atau tindakan yang tidak lengkap yang dapat berakibat terjadi kerusakan permanen atau kematian. Dengan demikian pasien harus diberi tahu tentang risiko medis oleh dokter yang membuat rencana asuhan atau tindakan dan proses keluarnya pasien sesuai dengan regulasi RS . Jika pasien mempunyai dokter keluarga, dokter keluarga tersebut harus diberitahu tentang keputusan pasien. Bila tidak ada dokter keluarga, maka pasien dimotivasi untuk mendapat/mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut.
- Harus diupayakan agar mengetahui alasan mengapa pasien keluar menolak rencana asuhan medis. RS perlu mengetahui alasan ini agar dapat melakukan komunikasi lebih baik dengan pasien dan atau keluarga pasien dalam rangka memperbaiki proses.
- Jika pasien menolak rencana asuhan medis tanpa memberi tahu siapapun di dalam RS , atau ada pasien rajal yang menerima pelayanan kompleks atau pelayanan utk menyelamatkan jiwa, spt kemoterapi atau terapi radiasi, tidak kembali ke RS ,maka RS harus berusaha menghubungi pasien untuk memberi tahu tentang potensi risiko bahaya yang ada.
- RS menetapkan regulasi untuk proses ini sesuai dengan peraturan perUUan yang berlaku, termasuk RS membuat laporan ke dinas kesehatan/ kementerian kesehatan tentang kasus infeksi dan memberi informasi tentang pasien yang mungkin mencelakakan dirinya atau orang lain.

Rujuk

- RS hrs “memimpin” rujukan
- Indikasi rujukan

❖ RUJUKAN PASIEN

*Standar ARK.5

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

Elemen penilaian ARK.5

1. Ada regulasi ttg rujukan sesuai peraturan perUUan (R)
2. Rujukan pasien dilakukan sesuai kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. (D)
3. RS yg merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yg menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yg dirujuk. (D,W)
4. Ada kerjasama RS yg merujuk dgn RS yg menerima rujukan dan yg sering dirujuk. (R)

❖ RUJUKAN PASIEN

*Standar ARK.5

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

Elemen penilaian ARK.5

1. Ada regulasi ttg rujukan sesuai peraturan perUUan (R)
2. Rujukan pasien dilakukan sesuai kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. (D)
3. RS yg merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yg menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yg dirujuk. (D,W)
4. Ada kerjasama RS yg merujuk dgn RS yg menerima rujukan dan yg sering dirujuk. (R)

Elemen2 5, 5.1, 5.2. :

- a) Indikasi rujuk dan kebutuhan yan selanjutnya
- b) Cari RS yg dpt memenuhi kebutuhan.
- c) MOU RS yang “sering” dirujuk
- d) “PIC” proses rujuk : a,l, MPP
- e) Pendamping di ambulans
- f) Perbekalan : obat, alkes dsb
- g) Form rujukan : a.l. nama staf yg menyetujui penerimaan
- h) Transportasi.

Rujuk

RS hrs “memimpin” rujukan

ARK.5

<p>1. Ada regulasi tentang rujukan sesuai dengan peraturan perUUan. (R)</p>	<p>R</p>	<p>Regulasi tentang rujukan termasuk meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) kewajiban RS mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan pasien 2) staf yang bertanggung jawab dalam proses pengelolaan/penyiapan rujukan sesuai ARK 5.1 EP 1 3) proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman (ARK 5.1 EP 2, 3, 4 dan ARK 5.2 EP 1). 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Rujukan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan rujukan pasien sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>3. RS yang merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk. (D,W)</p>	<p>D W</p>	<p>Bukti tentang fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • Petugas Ambulans 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Ada kerjasama RS yang merujuk dengan RS yang menerima rujukan yang sering dirujuk. (R)</p>	<p>R</p>	<p>Regulasi tentang kerjasama RS yang merujuk dengan RS yang sering dirujuk.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.5.

-Pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan lain didasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan utk memperoleh asuhan berkesinambungan. Rujukan pasien a.l. utk memenuhi kebutuhan pasien atau konsultasi spesialisik dan tindakan, serta penunjang diagnostik. Jika pasien dirujuk ke RS lain, yg merujuk harus memastikan fasilitas kesehatan penerima menyediakan pelayanan yg dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas menerima pasien.

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

***Standar ARK.5.1**

RS menetapkan proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman.

Proses Rujuk

Elemen Penilaian ARK 5.1

- 1. Ada staf yg bertanggung-jawab dlm pengelolaan rujukan, termasuk utk memastikan pasien diterima di RS rujukan yg dapat memenuhi kebutuhan pasien. (D,W)**
- 2. Selama proses rujukan ada staf yg kompeten sesuai kondisi pasien yg selalu memonitor dan mencatatnya dlm rekam medis. (D,W)**
- 3. Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai kebutuhan kondisi pasien. (D,O,W)**
- 4. Ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yg menerima. (D,O,W)**
- 5. Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yg dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. (D)**

ARK.5.1

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti tentang penunjukan staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP • Staf keperawatan • MPP • Staf klinis terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>2. Selama proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf keperawatan • Petugas pendamping 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

ARK.5.1

<p>3. Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien. (D,O,W)</p>	<p>D O W</p>	<p>Bukti tentang daftar obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien selama proses rujukan.</p> <p>Lihat ketersediaan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf keperawatan • Staf Farmasi • Petugas Ambulance 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima. (D,O,W)</p>	<p>D O W</p>	<p>Bukti pelaksanaan tentang serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima.</p> <p>Lihat form serah terima pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf terkait • Petugas Ambulans 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>5. Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti pelaksanaan pemberian informasi apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK 5.1.

- Rujukan pasien sesuai kondisi pasien menentukan kualifikasi dari staf pendamping yg memonitor dan menentukan jenis peralatan medis khusus.
- Selain itu harus dipastikan fasilitas pelayanan kesehatan penerima menyediakan pelayanan yg dapat memenuhi kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas pasien dan jenis teknologi medik .
- Diperlukan proses konsisten melakukan rujukan pasien utk memastikan keselamatan pasien.

(Maksud dan Tujuan ARK 5.1.)

-Proses ini menangani :

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

-RS melakukan evaluasi terhadap mutu dan keamanan dari proses rujukan utk memastikan pasien telah ditransfer dengan staf yg kompeten dan dengan peralatan medis yg tepat.

Elemen Kegiatan Rujukan

PASIEN	PETUGAS PENDAMPING (MINIMAL)	KETERAMPILAN YANG DIBUTUHKAN	PERALATAN UTAMA DAN JENIS KENDARAAN
DERAJAT 0	Petugas ambulan	Bantuan hidup dasar (BHD)	Kendaraan High Dependency Service (HDS)/ Ambulan
DERAJAT 0,5 (ORANG TUA/DELIRIUM)	Petugas ambulan dan paramedis	Bantuan hidup dasar	Kendaraan HDS/ Ambulan
DERAJAT 1	Petugas ambulan dan perawat	Bantuan hidup dasar, pemberian oksigen, Pemberian obat-obatan, kenal akan tanda deteriorasi, Keterampilan perawatan, trakeostomi dan suction	Kendaraan HDS/ ambulan, oksigen, suction, tiang infus portabel, Infus pump dengan baterai, oksimetri
DERAJAT 2	Dokter, perawat dan petugas ambulans	Semua ketrampilan di atas, ditambah: penggunaan alat pernapasan, bantuan hidup lanjut, penggunaan kantong pernapasan (bag-valve mask), penggunaan defibrillator, penggunaan monitor intensif	Ambulans , semua peralatan di atas, ditambah: monitor EKG dan tekanan darah dan defibrillator bila diperlukan
DERAJAT 3	Dokter, perawat, dan petugas ambulan	<p>Dokter:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimal 6 bulan pengalaman mengenai perawatan pasien intensif dan bekerja di ICU Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut Keterampilan menangani permasalahan jalan napas dan pernapasan, minimal level ST 3 atau sederajat. Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis <p>Perawat:</p> <ul style="list-style-type: none"> Minimal 2 tahun bekerja di ICU Keterampilan bantuan hidup dasar dan lanjut Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis 	Ambulans lengkap/ AGD 118, monitor ICU portabel yang lengkap, ventilator dan peralatan transfer yang memenuhi standar minimal.

*Standar ARK.5.2

RS menetapkan regulasi untuk mengatur proses rujukan dan di catat di rekam medik pasien.

Proses Rujuk

Elemen Penilaian ARK 5.2.

1. Dokumen rujukan berisi nama dari fasilitas pelayanan kesehatan yg menerima dan nama orang yg menyetujui menerima pasien. (D)
2. Dokumen rujukan berisi alasan pasien dirujuk, memuat kondisi pasien dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut.(D)
3. Dokumen rujukan juga memuat prosedur dan intervensi yg sudah dilakukan. (D)
4. Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien. (lihat PMKP 7) (D,O.W)

(Lihat M+T : a) s/d f))

ARK.5.2

<p>1. Dokumen rujukan berisi nama dari fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima dan nama orang yang menyetujui menerima pasien. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti form rujukan memuat nama dari fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima dan nama orang yang menyetujui menerima pasien.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Dokumen rujukan berisi alasan pasien dirujuk, memuat kondisi pasien, dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti form rujukan memuat alasan pasien dirujuk, memuat kondisi pasien, dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>3. Dokumen rujukan juga memuat prosedur dan intervensi yang sudah dilakukan. (D)</p>	<p>D</p>	<p>Bukti form rujukan memuat prosedur dan intervensi yang sudah dilakukan.</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien. (lihat PMKP.7) (D,O,W)</p>	<p>D O W</p>	<p>Bukti pelaksanaan evaluasi proses rujukan dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.</p> <p>Evaluasi proses rujukan dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP, Komite/tim PMKP, Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Staf keperawatan, Petugas Ambulans 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.5.2.

Informasi ttg pasien dirujuk disertakan bersama dgn pasien utk menjamin kesinambungan asuhan. **Dokumen rujukan berisi :**

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

(Maksud dan Tujuan ARK.5.2.)

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

-Dokumen lain yg diminta sesuai kebijakan RS (misalnya, tanda tangan perawat atau dokter yg menerima, nama orang yg memonitor pasien dalam perjalanan rujukan) masuk dalam catatan

-Dokumen rujukan diberikan kepada fasyankes penerima bersama dgn pasien.

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

❖ TRANSPORTASI

*Standar ARK.6

Transportasi pasien

RS menetapkan regulasi ttg transportasi dalam proses merujuk, memindahkan atau pemulangan, pasien rawat inap dan rawat jalan utk memenuhi kebutuhan pasien.

Elemen Penilaian ARK.6.

1. Ada regulasi utk proses transportasi pasien sesuai kebutuhannya yg meliputi asesmen kebutuhan transportasi bagi pasien yg akan dirujuk atau dipulangkan, obat, bahan medis habis pakai, alat kes dan peralatan medis sesuai kondisi dan kebutuhan pasien. (R)
2. Berdasarkan hasil asesmen, alat transportasi yg digunakan utk rujukan harus sesuai dgn kondisi dan kebutuhan pasien dan memenuhi ketentuan keselamatan transportasi termasuk memenuhi persyaratan PPI. (D,O,W)
3. Bila alat transportasi yg digunakan terkontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dgn penyakit menular harus dilakukan proses dekontaminasi (Lihat PPI.7.1) (D,O,W)
4. Ada mekanisme utk menangani keluhan proses transportasi dalam rujukan. (D,W)

ARK.6

Elemen Penilaian	Telusur		Skor	
<p>1. Ada regulasi untuk proses transportasi pasien sesuai dengan kebutuhannya yang meliputi asesmen kebutuhan transportasi, obat, bahan medis habis pakai, serta alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan pasien. (R)</p>	R	<p>Regulasi tentang transportasi pasien IGD, ranap dan rajal, meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Asesmen kebutuhan transportasi</u> dan peralatan kesehatan sesuai dengan kondisi pasien, diketahui dan ditandatangani pasien / keluarga 2) Kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kondisi pasien dalam kendaraan transportasi 3) Transportasi yang memenuhi persyaratan PPI 4) Penanganan pengaduan/keluhan dalam proses rujukan. 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>2. Berdasar atas hasil asesmen, alat transportasi yang digunakan untuk rujukan harus sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dan memenuhi ketentuan keselamatan transportasi termasuk memenuhi persyaratan PPI. (D,O,W)</p>	D O W	<p>Bukti pelaksanaan transportasi sesuai hasil asesmen.</p> <p>Penyediaan alat transportasi pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit kerja • Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap • Staf terkait • Sopir ambulans 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

ARK.6

<p>3. Bila alat transportasi yang digunakan terkontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dengan penyakit menular harus dilakukan proses dekontaminasi. (lihat juga PPI 7.2) (D,O,W)</p>	<p>D</p> <p>O</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan dekontaminasi alat transportasi sesuai PPI 7.2.</p> <p>Lihat bukti dokumentasi proses dekontaminasi alat transportasi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • IPCN • Staf terkait • Sopir ambulans 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>4. Ada mekanisme untuk menangani keluhan proses transportasi dalam rujukan. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti pelaksanaan penanganan pengaduan/keluhan dalam proses rujukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staf terkait • Sopir ambulans 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

Maksud dan Tujuan ARK.6.

-Proses merujuk, memindahkan, memulangkan pasien membutuhkan pemahaman ttg **kebutuhan transpor pasien**. Misalnya, pasien dari unit pelayanan kronik atau pusat rehabilitasi yg membutuhkan pelayanan rajal atau evaluasi asuhan di unit GD mungkin tiba dgn ambulans atau transportasi lainnya. Setelah selesai, pasien mungkin minta bantuan transpor utk kembali ke rumahnya atau fasilitas lain. Pd situasi lain, misalnya pasien mengemudi sendiri kendaraan menuju RS utk mendapatkan tindakan yg kemudian krn tindakan tadi mengganggu kemampuannya mengemudi sendiri utk pulang (seperti, operasi mata, prosedur yg memerlukan sedasi dan sebagainya). Adalah tangg-jawab **RS melakukan asesmen kebutuhan transpor pasien** dan memastikan pasien mendapat transportasi aman. Tergantung dari kebijakan RS dan peraturan perUUan, ongkos transpor dapat atau tidak menjadi tangg-jawab RS.

(Maksud dan Tujuan ARK.6.)

-Jenis kendaraan utk transportasi berbagai macam, mungkin ambulans atau lain kendaraan milik RS atau berasal dari sumber yg diatur oleh keluarga atau teman. Jenis kendaraan yg diperlukan tergantung kondisi dan status pasien.

-Kendaraan transportasi milik RS, harus tunduk pada peraturan perUUan yg mengatur ttg kegiatan operasionalnya, kondisi, dan perawatan kendaraan. RS mengidentifikasi kegiatan transportasi yg berisiko terkena infeksi dan menentukan strategi mengurangi risiko infeksi (lihat juga PPI.7; PPI.7.1; PPI.7.1.1; PPI.7.2; PPI.7.3; PPI.8; PPI.9). Persediaan obat, perbekalan medik yg harus tersedia dlm kendaraan tergantung pasien yg dibawa. Misalnya, membawa pasien geriatri dari unit rajal pulang ke rumahnya sangat berbeda dengan jika harus transfer pasien dgn penyakit menular atau transpor pasien luka bakar ke RS lain.

(Maksud dan Tujuan ARK.6.)

-Jika RS membuat kontrak layanan transportasi, RS harus dapat menjamin bahwa kontraktor harus memenuhi standar utk mutu dan keselamatan pasien dan kendaraan. Jika layanan transpor diberikan oleh Kementerian Kesehatan/ Dinas Kesehatan, perusahaan asuransi, atau organisasi lain yg tidak berada dalam pengawasan RS, masukan dari RS ttg keselamatan dan mutu transpor dapat memperbaiki kinerja penyedia pelayanan transpor.

-Dalam semua hal, RS melakukan evaluasi thd mutu dan keselamatan pelayanan transportasi. Ini termasuk penerimaan, evaluasi, tindak lanjut keluhan terkait pelayanan transportasi.



**Thank
You!!!**