



Buku Saku

Pokja Medis Akreditasi – Jilid II

RS Kasih Ibu Surakarta - 2018

BAB. PP (Pelayanan Pasien)

Hal Yang Harus Diketahui & Dilakukan

1. Apa yang dimaksud dengan pemberian pelayanan seragam yang dilaksanakan di RS Kasih Ibu? →	Setiap pasien dijamin akan menerima pelayanan medis yang seragam dan sesuai dengan PPK, tata kelola klinis yang berlaku di Rumah Sakit tanpa membedakan status ekonomi sosial dan budaya, agama, maupun waktu pelayanan.
2. Bagaimana cara pelayanan pasien diintegrasikan dan dikoordinasikan antar berbagai unit kerja dalam format terintegrasi?	SELALU Dokumentasikan di form RM Integrasi (RM 5) yang terintegrasi antar unit kerja di lokasi yang seragam.

3. Siapa saja DPJP yang boleh menulis di rencana asuhan dan menuliskan perintah medis?

	BEDAH UMUM
1	Dr. Sugandi Hardjanto,SpB
2	Dr. Edi Santoso Suryawan,SpB
3	Dr. Yose Rinaldi Soesilo, SpB
	PENYAKIT DALAM
1	Dr. Ndarumurti Pangesti,SpPD-KEMD
2	Dr. Hendrato Budiono, MSc,SpPD
3	Prof.DR.Dr.HM.Bambang Purwanto,SpPD-KGH,FINASIM
4	DR.Dr. Sugiarto,SpPD,FINASIM
5	Dr. Ratih Tri Kusuma Dewi,SpPD
6	Dr. Yudhi Hajianto Nugroho,SpPD,M.Kes
	ANAK
1	Dr. M.N. Ardi Santoso,SpA, MKes
2	Dr. Yulidar Hafidh,SpA(K)
3	Dr. Sunyataningkamto,SpA

4	Dr. Ganung Harsono,SpA(K)
5	Dr. Dwi Hidayah,SpA(K),MKes
6	Dr. Fadhilah Tia Nur,SpA(K)
	OBSGYN
1	Dr. Erwin Gunawan,SpOG
2	Dr. Ira Syahriarti,SpOG
3	Dr. Wuryatno,SpOG
4	Dr. Heru Priyanto,SpOG(K)
5	Dr. Eliza Ratna Puspasari Sentosa, SpOG
6	Dr. Sandie Farina, SpOG
	ANESTESI
1	Dr. Umar Bahaswan,SpAn
2	Dr. Widodo, SpAn
3	Dr. Eko Setijanto,M.SiMed,SpAn.KIC
4	Dr. Ardana Tri Arianto,MSi,SpAn
	RADIOLOGI
1	Dr. Noer Hartomo,SpRad
2	Dr. Amelia Tjandra Irawan,SpRad,MKes
3	Dr. Andreas, SpRad
	SARAF
1	Dr. Tri Budi Raharjo Alexander,MSi,SpS
2	Prof.DR.Dr. Suroto,SpS(K), FAAN
3	Dr. Risono,SpS(K)
4	Dr. Indriany Widhowaty,SpS

	REHABILITASI MEDIK
1	Dr. Sondang Rexano Aswindo Koraag,SpKFR
2	Dr. Christiana Hermawanti Hermawan, SpKFR
	MATA
1	Dr. Nurcahya Ardian Bramantha,SpM
2	Dr. Esty Nailufar,SpM
3	Dr. Muhamad Rifqy Setyanto,SpM(K)
	THT
1	Dr. Eddy Burhan,SpTHT-KL,MKes
2	Dr. Bambang Suratman,SpTHT-KL(K)
3	Dr. Putu Wijaya Kandhi,SpTHT-KL
	PARU
1	Dr. Novita Tjahyaningsih,SpP
2	Dr. A.Farih Raharjo, SpP,MKes
	BEDAH TULANG
1	Dr. Yulius Mulyamusada,MKes,SpOT
2	Dr. Rieva Ermawan,SpOT
	PATOLOGI KLINIK
1	Dr. Kurniawan,MSc,SpPK
2	Prof.DR.Dr. JB. Suparyatmo,SpPK(K)
	JANTUNG
1	Dr. Dyah Pitaloka Putri, SpJP
2	Dr. Niniek Purwaningtyas,SpJP.FIHA
3	Dr. Nugroho HS,SpPD-SpJP.FIHA

	KULIT & KELAMIN
1	Dr. Yeni Suyono, SpKK
2	Dr. Arie Kusumawardani,SpKK
	GIZI KLINIK
1	Dr. Lusiana,Sp
	BEDAH DIGESTIF
1	DR.Dr. Ida Bagus Metria,SpB(K)BD
2	Dr. Nugrahanta Dasa Putra,SpB(K)BD
	BEDAH SARAF
1	Dr. Hanis Setyono,SpBS
	BEDAH UROLOGI
1	Dr. Sakti Ronggowardhana Brodjonegoro,SpU
2	Dr. Ahmad Bi Utomo,SpU
3	Dr. Bimanggono,SpU
	BEDAH TUMOR
1	Dr. Kristanto Yuli Yarso, SpB(K)Onk
2	Dr. Priyambada, SpB(K)Onk
	BEDAH PLASTIK
1	Dr. Amru Sungkar,SpBP
	BEDAH ANAK
1	Dr. Guntur Surya Alam,SpBA

	KESEHATAN JIWA
1	Dr. Frans A Sumampouw,SpKJ,MPH
2	Dr. Maria Rini Indriarti,SpKJ,MKes
	MIKROBIOLOGI KLINIK
1	Prof.DR.Dr. J.Prijambodo,MS,SpMK
	FORENSIK
1	DR. Dr. Hari Wujoso,SpF,MM
	PATOLOGI ANATOMI
1	Dr. Brian Wasita,SpPA,Ph.D
2	Dr. Novan Adi Setyawan, SpPA

	BEDAH MULUT
1	Drg. AO. Suryanata,SpBM
2	Drg. Benny Widiyanto, SpBM
	KONSERVASI GIGI
1	Drg. Sri Supartini,SpKG
	ORTODONSIA
1	Drg. Apreka Tigor Kusumasmara,SpOrt

	DOKTER UMUM
1	Dr. Lo Siauwing,MARS
2	Dr. Dewi Purnamaningsih PS
3	Dr. Sulistyo Santoso
4	Dr. Hardiman
5	Dr. Yulius Widiyarta, MKes

6	Dr. Irveta Kania Cohyono,MKes
7	Dr. Timothius Ari Dartoko, MH
8	Dr. Anetta Dwi Ariyani
9	Dr. Enie Setiawati
10	Dr. Mardhatillah
11	Dr. Kristanto Eko Wibowo
12	Dr. Wahjuningsih Hartono
13	Dr. Ranissa Eka Sukmaningtyas
14	Dr. Sari Rahayu Dwi Utami
15	Dr. Agung Prihananto
16	Dr. Nita Kristiani
17	Dr. Romadhona Permatasari
18	Dr. Ida Bagus Caesar Nofiandi Putra
19	Dr. Utarini Eka Putri
20	Dr. Hendrata Sulistyo
21	Dr. Leo Chandra Wisnu Pandu Winata, MKes
22	Dr. Ema Ratna Kartinawati
23	Dr. Yogi Irawan
24	Dr. Divan Fernandes Lienardi
25	Dr. Mohammad Muzakkiyafi
26	Dr. Puji Astuti Anggara Ningsih
27	Dr. Riza Setya Agrensa
28	Dr. Setyowati Dita Ratnaputri
29	Dr. Muhamad Marwan Dhani
30	Dr. Dety Nirbhita
31	Dr. Dyah Mustikaningtyas Dewanti
32	Dr. Iqbal Imanudin
33	Dr. Ilma Anisa

	DOKTER GIGI	
1	Drg. Haryani	
2	Drg. Christiani Inawati	
3	Drg. Kris Sri Handayani	
4. Bagaimana cara pendokumentasian pada pasien yang dilakukan <i>local anesthesia</i> & <i>general anesthesia</i>?		SELALU lakukan pencatatan anestesi pada rekam medis dan checklist keselamatan pasien <i>local anesthesia</i> dan <i>gerenal anesthesia</i> dan memberikan tanda tangan sesuai ketentuan dan konsisten oleh petugas pemberi pelayanan anestesi.
5. Bagaimana cara melakukan pendokumentasian tindakan yang dilakukan oleh DPJP?		SEMUA tindakan harus SELALU ditulis secara LENGKAP di RM 5 (Catatan Integrasi)
6. Bagaimana cara memberikan informasi kepada pasien mengenai hasil asuhan dan pengobatan?		Pemberian informasi dilakukan kepada pasien / keluarga pasien dan melengkapi form informasi oleh DPJP yang ditandatangani oleh DPJP dan Pasien / Keluarga Pasien
7. Bagaimana cara memberikan resusitasi sesuai dengan kebijakan dan prosedur di RS Kasih Ibu?		

Sesuai dengan SPO Bantuan Hidup Dasar (BHD) di RS Kasih Ibu Surakarta,

- Lakukan hal berikut bila ada karyawan RS Kasih Ibu yang menemui ada orang di lingkungan RS yang tiba-tiba tidak sadar:
 - Amankan lokasi kejadian
 - Nilai kesadarannya dengan cara menepuk bahu dan memanggil
 - Stabilkan posisi pasien, jika pasien memberi respon.
- Aktifkan *Code Blue* bila tidak ada respon dengan cara:
 - Teriak: "Tolong! Code Blue! Code Blue! Code Blue!"

-
- b. Orang yang mendengar teriakan Code Blue segera menelepon ke 1000, kemudian mengucapkan : CODE BLUE, LOKASI, NAMA PENELEPON, KONDISI PASIEN
Contoh : "Code Blue, Ruang Rapat Perkantoran Lantai 2, Budi, Pasien tidak sadar"
3. Periksa secara bersamaan denyut nadi leher dan pengembangan dinding dada untuk menilai sirkulasi darah dan pernapasan dalam waktu kurang dari 10 detik..
- a. Berikan bantuan napas dengan *one-way mask* dengan frekuensi 10 kali / menit, bila nadi teraba tapi pasien tidak bernapas. Jangan lakukan kompresi dada.
 - b. Lakukan bantuan hidup dasar / resusitasi jantung paru, bila nadi tidak teraba dan pasien tidak bernapas.
4. Kompresi dada sesegera mungkin dengan cara:
- a. Pasien diposisikan tidur terlentang.
 - b. Penolong bersimpuh tegak lurus di samping pasien sejajar bahu pasien.
 - c. Letakkan pangkal salah satu telapak tangan pada garis khayal di tengah dinding dada dan garis sejajar puting, sedangkan tangan satunya letakkan di punggung tangan dengan posisi jari saling mengunci.
 - d. Lakukan kompresi dada: Kompresi sebanyak 30 kali; frekuensi 100-120 kali per menit; kedalaman ± 5 cm; rekoil sempurna (dinding dada kembali ke posisi semula).
 - e. Buka jalan napas dengan cara:
 - i. Tengadahkan kepala (head tilt).
 - ii. Angkat dagu (chin lift).
 - iii. Jaga rahang bawah (jaw thrust), bila curiga terjadi trauma leher.
 - f. Lakukan bantuan napas dengan alat bantu sebanyak 2 kali sampai dada mengembang
 - g. 30 kali kompresi dada diikuti dengan 2 kali bantuan napas disebut 1 siklus resusitasi jantung paru (RJP).
 - h. Setiap 5 kali siklus RJP harus dievaluasi dengan meraba pembuluh darah leher dan memeriksa napas pasien.
 - i. Pada pasien anak, kompresi dilakukan dengan menggunakan jari telunjuk, jari
-

tengah dan jari manis atau menggunakan satu tangan, sesuai usia anak.

- j. Pada pasien bayi, kompresi dilakukan dengan ibu jari tangan kanan dan kiri, atau jari telunjuk dan jari tengah.
- k. Resusitasi dapat dihentikan bila:
 - i. Jantung berdenyut, nadi teraba dan atau napas spontan.
 - ii. Terdapat tanda-tanda kematian yang menetap.
 - iii. Keluarga menolak dilakukan tindakan RJP.

Diambil alih oleh penolong yang mampu melakukan bantuan hidup lanjut.

8. Bagaimana cara memberi asuhan pasien koma yang diarahkan dengan kebijakan dan prosedur yang sesuai?

Sesuai dengan SPO asuhan pasien coma di RS Kasih Ibu Surakarta :

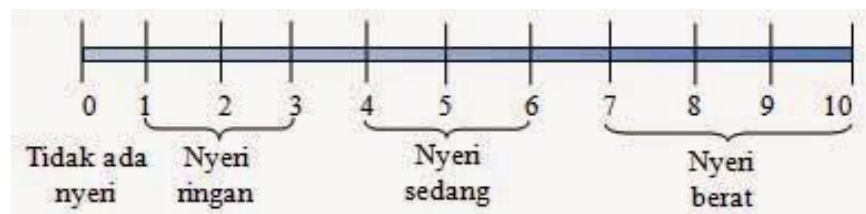
1. Bebaskan jalan nafas dari obstruksi.
 2. Periksa tanda vital (nadi, respirasi, tekanan darah dan suhu).
 3. Nilai Glasgow Coma Scale (GCS) pasien.
 4. Cari kemungkinan penyebabnya, apakah intrakranial (trauma sistem saraf pusat, gangguan peredaran darah otak, infeksi sistem saraf pusat, tumor sistem saraf pusat, serangan kejang (epilepsi), penyakit degeneratif sistem saraf pusat, peningkatan tekanan intra kranial berbagai sebab) atau extra kranial (vaskuler, metabolik, keracunan, infeksi sistemik berat, trauma fisik).
 5. Berikan tatalaksana medikamentosa sesuai dengan diagnosa yang telah ditegakkan.
 6. Penuhi kebutuhan oksigen pasien.
 7. Penuhi kebutuhan zat makanan dan cairan dengan memberikan sonde/NGT.
 8. Jaga kebersihan tubuh pasien.
 9. Jaga kelembaban kulit, oleskan pelembab 2 kali sehari setelah pasien dimandikan.
 10. Pertahankan pasien dapat buang air kecil dengan teratur, jika terjadi retensi lakukan pemasangan kateter urine.
-

11. Pertahankan pasien dapat buang air besar dengan teratur, jika perlu berikan gliserin.
12. Cegah terjadinya infeksi sekunder.
13. Cegah terjadinya decubitus.
14. Tutup kelopak mata yang terbuka.
15. Berikan informasi kepada keluarga tentang kondisi pasien, kemungkinan harapan hidup serta terapi paliatif yang dapat diberikan.
16. Lakukan monitoring pasien secara teratur, laporkan setiap perkembangan keadaan pasien ke dokter jaga/DPJP.
17. Lakukan pelayanan kerohanian sesuai dengan kepercayaan yang dianut pasien

9. Bagaimana identifikasi pasien nyeri dan prosedur penatalaksanaan pasien nyeri di RS Kasih Ibu?

- Untuk dewasa dan anak > 7 tahun menggunakan **Numeric Rating Scale**
 - Untuk dewasa dan usia > 7 tahun dengan gangguan komunikasi yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyeri dengan angka menggunakan **Wong Baker Faces Pain Scale**
 - Untuk pasien bayi/anak/dewasa di ruang intensif/kamar operasi/di ruang rawat inap yang tidak bisa menggunakan *Numeric Scale/ Wong Baker faces pain scale/Functional scale* maka digunakan **Comfort Scale**.
- ☐ **Assesmen Nyeri dilakukan sejak pasien masuk RS dan dilakukan berkelanjutan**

1) Numeric Rating Scale



2) Wong Baker *FACES Pain Scale*

Skor total asesmen nyeri	Skala nyeri
0 – 1	Sangat bahagia karena tidak merasa nyeri sama sekali
2 – 3	Sedikit nyeri
4 – 5	Cukup nyeri
6 – 7	Lumayan nyeri
8 – 9	Sangat nyeri
10	Amat sangat nyeri (tak tertahankan)



3) *COMFORT Scale*

No	Kategori	Nilai	Kondisi	Score
1	ALERTNESS/ KEWASPADAAN	1	Tertidur pulas / nyenyak	
		2	Tertidur tidak nyenyak	
		3	Mengantuk / gelisah	
		4	Sadar Sepenuhnya dan waspada	
		5	Siaga penuh / <i>hiper alert</i>	
2	CALMNESS/ KETENANGAN	1	Tenang	
		2	Agak cemas	
		3	Cemas	
		4	Sangat cemas	
		5	Gugup / panik	
3	RESPYRATORY/ DISTRESS/GGN PERNAFASAN	1	Tidak ada batuk dan tidak ada pernafasan spontan	
		2	Pernafasan spontan dengan sedikit respon	

				atau tanpa respon pada ventilasi	
		3	Kadang kadang batuk atau terdapat tahanan terhadap ventilasi		
		4	Sering batuk, terdapat tahanan / perlawanan terhadap ventilator		
		5	Melawan secara aktif terhadap ventilator, batuk terus menerus , atau tersedak		
4	CRYING/ MENANGIS	1	Bernafas dengan tenang, tidak menangis		
		2	Tersedu sedan / terisak isak		
		3	Merintih / Meraung		
		4	Menangis		
		5	Jeritan / berteriak		
5	PHYSICAL MOVEMENT/ PERGERAKAN	1	Tidak ada gerakan		
		2	Kadang kadang bergerak perlahan		
		3	Sering bergerak perlahan		
		4	Gerakan aktif / gelisah		
		5	Gerakan aktif termasuk badan dan kepala		
6	MUSCLE TONE/ TONUS OTOT	1	Otot rileks sepenuhnya, tidak ada tonus otot		
		2	Kekuatan tonus otot berkurang/menurun		
		3	Kekuatan tonus normal		
		4	Kekuatan tonus otot meningkat dan fleksi dari jari tangan dan jari kaki		
		5	Kekakuan otot ekstrim /kaku dan fleksi dari jari tangan dan jari kaki		
7	FACIAL TENSION/ KETEGANGAN WAJAH	1	Otot wajah rileks sepenuhnya		
		2	Tonus otot normal ada, tidak terlihat ketegangan otot wajah yang nyata		
		3	Ketegangan jelas di beberapa otot wajah		
		4	Ketegangan hampir diseluruh otot wajah		

		5	Seluruh otot wajah tegang, meringis, menggeliat dan menyeringai	
8	BLOOD PRESSURE/ TEKANAN DARAH (MAP) BASAL	1	Tekanan darah dibawah batas normal / baseline	
		2	Tekanan darah berada dibatas normal secara konsisten di baseline	
		3	Peningkatan TD sesekali $\geq 15\%$ atau diatas normal (≥ 3 kali dalam observasi selama 2)	
		4	Peningkatan TD berulang (sering) $\geq 15\%$ diatas normal (>3 kali dalam observasi selama 2 menit)	
		5	Peningkatan TD menetap atau terus menerus $\geq 15\%$	
9	HEART RATE BASELINE/ DENYUT JANTUNG BASAL	1	Detak jantung dibawah batas normal	
		2	Detak jantung berada diatas batas normal secara konsisten	
		3	Peningkatan detak jantung sesekali (jarang) $\geq 15\%$ diatas batas normal (1-3 kali dalam observasi selama 2 menit)	
		4	Peningkatan detak jantung berulang (sering) $\geq 15\%$ di atas batas normal (>3 kali dalam obervasi selama 2 menit)	
		5	Peningkatan detak jantung menetap/terus menerus $\geq 15\%$	
TOTAL SCOR				

Jika nilai : 19-26 (Nyeri Ringan)

27-35 (Nyeri Sedang)

>35 (Nyeri Berat)

Tatalaksana :

Bila skala nyeri :

- ❖ <4 atau <27 asessment ulang dilakukan setiap shift sampai pasien tidak merasa nyeri.
- ❖ >4 atau >27 lapor ke DPJP, 2 jam kemudian lakukan asessment ulang, bila :

scala nyeri <4 atau <27, asessment ulang **setiap shift** sampai pasien tidak merasa nyeri

scala nyeri >4 atau >27, konsul ke Spesialis Anestesi yang sedang berdinas, **2 jam** kemudian lakukan asessment ulang, bila belum berkurang → konsul ke Tim Nyeri

* Khusus nyeri kardiak (pemberian nitrat)

- ✓ Dilakukan kolaborasi medis
- ✓ Asessment ulang dilakukan 5menit stl pemberian nitrat ,

□ Lakukan pengkajian dengan PQRST.

P : Pemicu (trauma : fisik, kimia, biologis)

Q : Quality (cekot2, tajam, baal)

R : Regio (lokasi)

S : Severity (scala)

T : Time (frekuensi)

- Diskusikan tujuan dari manajemen nyeri dan manfaatnya untuk pasien. Beritahukan bahwa pasien dapat menghubungi tim medis jika memiliki pertanyaan / ingin berkonsultasi mengenai kondisinya.
- Libatkan pasien dan keluarga dalam menyusun manajemen nyeri.

10. Bagaimana cara memberi asuhan pasien terminal yang diarahkan dengan kebijakan dan prosedur yang sesuai?	Sesuai dengan kebijakan dan prosedur asuhan pasien terminal yang berlaku di RS Kasih Ibu.
--	---

-
- 1) Mengkaji tingkat kesadaran pasien
 - 2) Mengkaji faktor fisik, psikologis dan sosial
 - 3) Mengkaji rasa nyeri pasien
 - 4) Memberikan rasa aman dan nyaman kepada pasien antara lain dengan
 - i. Menjaga personal hygiene pasien
 - ii. Mengobservasi keadaan umum pasien
 - iii. Hindarkan pasien dari rasa nyeri
 - iv. Jika nyeri tidak berkurang atau tidak dapat ditoleransi oleh pasien maka akan dikonsulkan kepada tim nyeri sesuai dengan penatalaksanaan nyeri
 - v. Memberikan obat sesuai instruksi dokter
 - 5) Memberikan dorongan mental dan spiritual
 1. Mendengarkan keluhan pasien atau keluarga
 2. Memberikan kekuatan mental dan spiritual
 3. Memberikan harapan akan kehidupan kekal
 4. Mengucapkan doa singkat dan memberikan kesempatan bertobat pada pasien (sesuai agamanya)
 - 6) Memberikan pengertian kepada keluarga pasien tentang keadaan pasien
 - 7) Memberikan dukungan dan ketenangan
 - 8) Hadirkan bagian kerohanian jika diperlukan
 - 9) Hal-hal yang perlu diperhatikan : Empati

11. Apakah pasien boleh memakan makanan dari luar? Bagaimana prosedur pelaporan jika pasien mau makan makanan dari luar?

Sesuai dengan SPO yang berlaku di RS Kasih Ibu Surakarta, yaitu :

1. Jelaskan tentang jenis diet yang akan diberikan selama perawatan.
 2. Prioritaskan pasien makan makanan dari rumah sakit.
 3. Bila pasien membawa makanan dari luar rumah sakit, berikan contoh bahan makanan yang diperbolehkan untuk dikonsumsi sebagai pengganti makanan rumah sakit.
 4. Berikan contoh menu dari luar rumah sakit yang sesuai dengan diet pasien.
 5. Berikan penjelasan kepada pasien maupun keluarga pasien, makanan yang dibawa dari luar rumah sakit harus segera dikonsumsi oleh pasien dan tidak melalui proses penyimpanan untuk
-

mengurangi kontaminasi.

6. Minta pasien maupun keluarga pasien untuk memberikan tanda tangan pada form lembar edukasi sebagai bukti edukasi gizi sudah diberikan oleh Ahli Gizi.
-

BAB MKI (Manajemen Komunikasi & Informasi)

Hal Yang Harus Diketahui & Dilakukan

1. Bagaimana cara mengakses daftar definisi di RSKI?	<ul style="list-style-type: none">○ Daftar definisi di RSKI dapat diakses dengan membuka \\ SERVER, lalu dapat di buka di folder “Update Informasi Seputar RS Kasih Ibu”.○ Buku daftar definisi juga terdapat di bangsal
2. Siapa saja yang mengisi folder “Update Informasi Seputar RS Kasih Ibu”	<ul style="list-style-type: none">• Yang mengisi bisa seluruh bagian di RS dengan mencantumkan pengirim postingan itu dari bagian mana sehingga pertanggungjawabannya jelas.• Tata cara : sebelum materi di upload harus acc manajer bagian terkait• Informasi sifatnya up to date, bila sekiranya sudah tidak informatif atau sudah tidak dipergunakan lagi, bisa dihapus atau diganti. <p>Prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Buat folder Update Informasi Seputar RS Kasih Ibu di komputer server oleh SIM-RS2. Serahkan informasi yang akan dibagikan ke seluruh karyawan RS Kasih Ibu ke bagian SIM-RS3. Upload informasi yang akan dibagikan ke seluruh karyawan RS Kasih Ibu ke dalam folder Update

	<p>Informasi Seputar RS Kasih Ibu oleh SIM-RS</p> <p>4. Akses informasi tersebut dari komputer yang terhubung dengan jaringan RS Kasih Ibu dengan alamat Run \\Server\Update</p> <p>Informasi Seputar RS Kasih Ibu</p>
<p>3. Siapa yang bertanggung jawab atas kelengkapan pengisian Berkas Rekam Medis (BRM)?</p>	<p>Yang bertanggung jawab atas kelengkapan pengisian Berkas Rekam Medis adalah</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien), • Dokter Umum, • Perawat, dan • PPA (Praktisi Pemberi Asuhan)
<p>4. Apa yang dimaksud dengan Berkas Rekam Medis yang baik?</p>	<p>BRM yang baik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diisi tepat waktu, • Dapat terbaca, • Lengkap terisi, dan • Penulisan singkatan harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku <p>BRM yang baik juga dapat mengidentifikasi staf yang mengisi BRM, yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ada nama jelas dan paraf, • Terdapat penulisan waktu (tanggal dan jam) pengisian BRM
<p>5. Selain hal di atas, kelengkapan apa yang harus ada pada pengisian BRM oleh DPJP?</p>	<p>Untuk DPJP dalam BRM harus memuat hasil pemeriksaan untuk :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Menetapkan diagnosa, • Justifikasi dan hasil pelayanan serta pengobatan
6. Meliputi apa saja pengelolaan regulasi dan prosedur di RS Kasih Ibu Surakarta?	<p>Meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> – kebijakan RS – Standar Prosedur Operasional – Panduan/ Pedoman Unit/ Instalasi
7. Siapa yang melakukan persetujuan penerbitan regulasi di RS Kasih Ibu?	Persetujuan penerbitan regulasi disetujui oleh Direktur RS Kasih Ibu
8. Berapa kali maksimal review regulasi medis & non medis dilakukan?	Review kebijakan dan prosedur operasional pelayanan medis dan non medis dilaksanakan maksimal 3 tahun sekali
9. Siapa yang bertanggung jawab menyimpan arsip asli regulasi?	Sekretariat RS Kasih Ibu Surakarta
10. Apa yang dimaksud dengan identifikasi perubahan dalam kebijakan dan prosedur?	Identifikasi adanya perubahan dalam kebijakan pelayanan yaitu adanya penetapan keputusan Direktur Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta tentang mencabut kebijakan yang lama
11. Bagaimana proses pengelolaan proses dan kebijakan dari luar RS ?	Direksi dan manajemen Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta melaksanakan telaah terlebih dahulu terhadap kebijakan dan prosedur yang berasal dari luar Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta sebelum dilaksanakan di

	dalam lingkungan Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta
12. Bagaimana pengelolaan retensi dari kebijakan dan prosedur yang sudah tidak berlaku ?	<ul style="list-style-type: none"> – Retensi dari kebijakan pelayanan dan prosedur operasional sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku – Kebijakan pelayanan dan prosedur operasional yang sudah tidak berlaku akan dilakukan pemusnahan arsip sesuai prosedur pemusnahan arsip oleh bagian Sekretariat Rumah Sakit Kasih Ibu dan dibuat berita acaranya.
13. Bagaimana cara mengidentifikasi dan penelusuran dari sirkulasi seluruh kebijakan dan prosedur?	Kebijakan pelayanan dan prosedur operasional harus dapat diidentifikasi dengan adanya judul, tanggal diberlakukan, tanggal revisi, jumlah halaman, dan ditandatangani oleh Direktur Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta

<p>1. Bagaimana prosedur penundaan pelayanan di RS Kasih Ibu Surakarta?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Batasan penundaan pelayanan adalah maksimal 30 menit 2. Selama adanya penundaan pelayanan diikuti alternatif lain untuk menciptakan kenyamanan pada pasien dan keluarga pasien.. 3. Pemberian informasi penundaan di catat di RM.3/IC/2017 untuk rawat inap dan di RM.8/IC.RJ/17 untuk rawat jalan.
<p>2. Bagaimana kriteria pasien keluar dari ruang pelayanan intensif?</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Penyakit atau keadaan pasien yang telah membaik dan cukup stabil, sehingga tidak memerlukan terapi atau pemantauan yang intensif lebih lanjut. b. Secara perkiraan dan perhitungan terapi atau pemantauan intensif tidak bermanfaat atau tidak memberi hasil yang berarti bagi pasien. Apalagi pada waktu itu pasien tidak menggunakan alat bantu mekanis khusus (spt ventilasi mekanis).
<p>3. Apa sajakah indikasi pasien masuk ke ruang pelayanan intensif (ICU-PICU-NICU)?</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Berdasarkan pemeriksaan fisik (onset akut) <ol style="list-style-type: none"> 1) Obstruksi jalan nafas 2) Koma 3) Kejang yang tidak terkontrol 4) Sianosis 5) Tamponade jantung 6) Pasien dengan penurunan kesadaran 	

-
- 7) Anuria
 - b. Berdasarkan Tanda Vital
 - 1) Tekanan darah sistolik < 80 mmHg
 - 2) Mean Arterial Pressure < 60 mmHg
 - 3) Tekanan darah diastolik > 120 mmHg
 - 4) Nadi < 40 atau > 150 kali/menit.
 - 5) Respiratory Rate > 35 kali/menit (dewasa), > 40 kali/menit (neonatus)
 - c. Berdasarkan Laboratorium:
 - 1) Serum potassium < 2,0 mEq/L atau > 7,0 mEq/L
 - 2) PaO₂ < 50 mmHg
 - 3) pH < 7,1 atau > 7,7
 - 4) Serum Kalsium > 15 mg/dl
 - 5) Serum glukosa > 800 mg/dl
 - 6) Serum sodium < 110 mEq/L atau > 170 mEq/L

MODEL DIAGNOSIS

- a. Sistem Respirasi
 - 1) Gagal nafas akut yang memerlukan ventilator dengan intubasi atau non invasif
 - 2) Emboli paru dengan kondisi hemodinamik yang tidak stabil
 - 3) Hemoptisis masif
 - b. Gangguan Neurologis
 - 1) Stroke akut dengan perubahan status mental
 - 2) Koma: metabolic, toksik atau anoxic.
 - 3) Pendarahan intracranial yang berpotensi terjadi herniasi.
 - 4) Pendarahan subarachnoid akut
 - 5) Meningitis dengan perubahan status mental atau gangguan pernafasan
 - 6) Sistem saraf pusat dan neuromuscular disorder dengan disorientasi saraf dan fungsi paru.
 - 7) Status epileptikus
 - 8) Pasien mati batang otak atau berpotensi mati batang otak dengan status pendoror organ.
-

9) Pasien dengan cedera kepala berat

c. Gangguan Gastrointestinal

1) Pendarahan saluran cerna yang disertai hipotensi terus menerus

2) Gagal hati fulminan

3) Pankreatitis berat

4) Perforasi Esofagus dengan atau tanpa mediastinitis

d. Sistem Kardiovaskuler

4) Acute myocard infark dengan komplikasi

5) Shock kardiogenik

6) Aritmia kompleks yang memerlukan pengawasan ketat dan intervensi

7) Gagal jantung akut dengan gagal nafas dan atau memerlukan bantuan hemodinamik

8) Hipertensi emergensi

9) Unstable angina yang disertai aritmia, hemodinamik yang tidak stabil atau nyeri dada
uang persisten

10) Henti jantung

11) Tamponade jantung dengan hemodinamik yang tidak stabil

12) Disseksi aneurisma aorta

13) Blok jantung total

e. Endokrin

1) Ketoasidosis diabetikum dengan instabilitas hemodinamik, perubahan status mental,
insufisiensi pernafasan.

2) Krisis tiroid dengan instabilitas hemodinamik

3) Hiperosmolar status dengan koma dan atau instabilitas hemodinamik

4) Gangguan endokrin lainnya seperti krisis adrenal dengan instabilitas hemodinamik

5) Hiperkalemia berat dengan perubahan status mental yang memerlukan monitoring
hemodinamik

6) Hipo atau hipernatremia dengan kejang, perubahan status mental

7) Hipo atau hipermagnesemia dengan kegagalan hemodinamik

8) Hipo atau hiperkalemia dengan aritmia atau kelemahan otot

9) Hipofosfatemia dengan kelemahan otot

f. Pembedahan

10) Pasien post operasi yang memerlukan pengawasan hemodinamik atau dukungan ventilator atau perawatan intensif

g. Gangguan lainnya

- 1) Syok septic dengan instabilitas hemodinamik
- 2) Trauma lingkungan (listrik, hipotermi, hipertermi)

4. Bagaimana kriteria penilaian pasien transfer?

a. Derajat 0:

Pasien yang dapat terpenuhi kebutuhannya dengan ruang rawat biasa di unit/rumah sakit yang dituju; biasanya tidak perlu didampingi oleh dokter, perawat, atau paramedis (selama transfer).

b. Derajat 1:

Pasien dengan risiko perburukan kondisi, atau pasien yang sebelumnya menjalani perawatan di *Intensive Care*; di mana membutuhkan perawatan di ruangrawat biasa dengan saran dan dukungan tambahan dari tim perawatan kritis; dapatdidampingi oleh perawat, petugas ambulan, dan atau dokter (selama transfer).

c. Derajat 2:

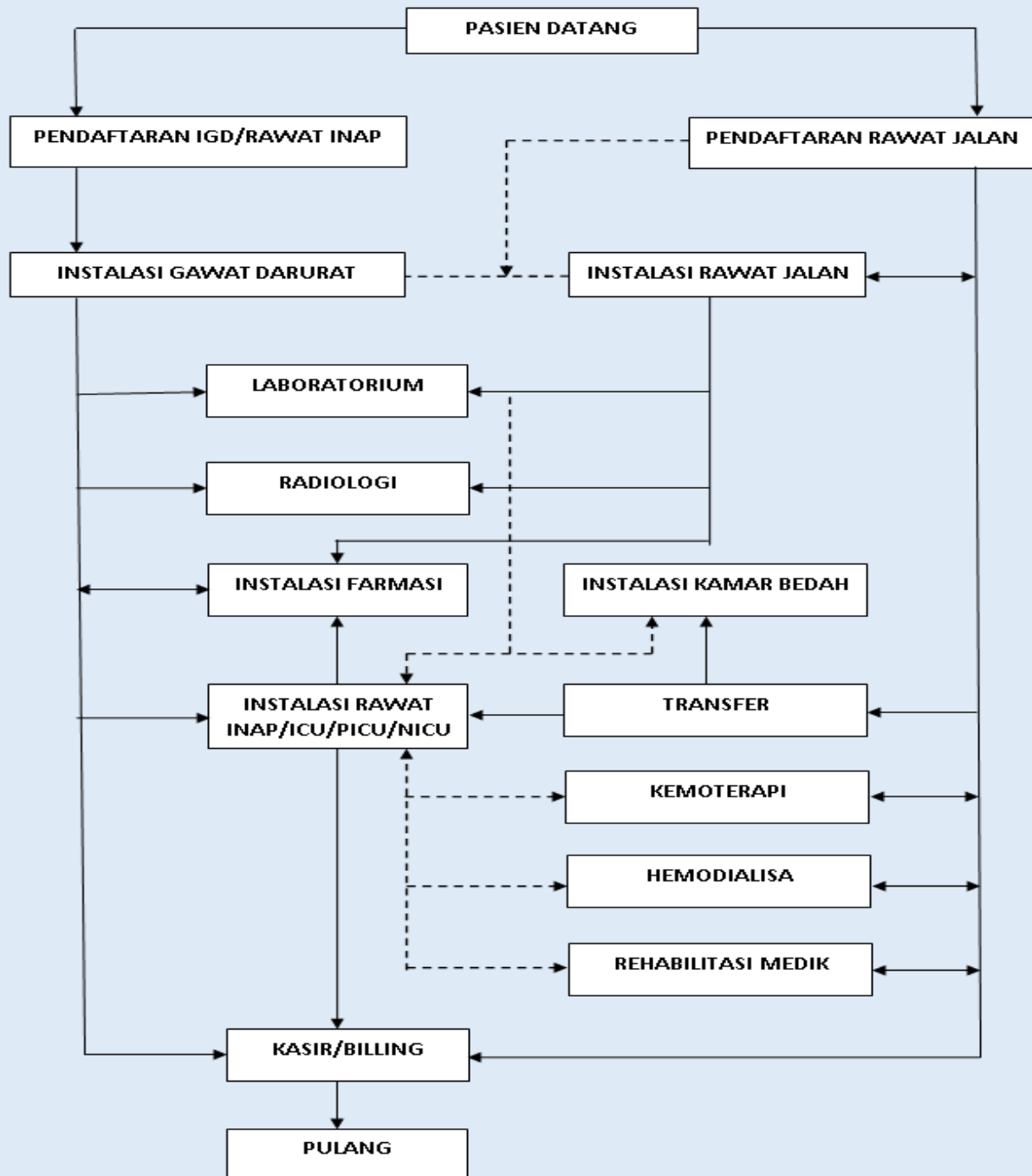
Pasien yang membutuhkan observasi / intervensi lebih ketat, termasuk penanganan kegagalan satu sistem organ atau perawatan pasca-operasi, dan pasien yang sebelumnya dirawat di *Intensive Care*; harus didampingi oleh petugas yang kompeten, terlatih, dan berpengalaman (biasanya dokter dan perawat / paramedis lainnya).

d. Derajat 3:

Pasien yang membutuhkan bantuan pernapasan lanjut (*advanced respiratory support*) atau bantuan pernapasan dasar (*basic respiratory support*) dengan dukungan / bantuan pada minimal 2 sistem organ, termasuk pasien-pasien yang membutuhkan penanganan kegagalan multi-organ; harus didampingi oleh petugas yang kompeten, terlatih, dan berpengalaman (biasanya dokter anestesi dan perawat ruang intensif / IGD atau paramedis lainnya).

4. Bagaimana alur pelayanan pasien di Rumah Sakit Kasih Ibu Surakarta?

ALUR PELAYANAN PASIEN RS KASIH IBU SURAKARTA



<p>6. Bagaimana sistem rujukan untuk pemeriksaan penunjang di RS Kasih Ibu?</p>	<p>Dalam beberapa kasus RS Kasih Ibu melakukan beberapa kerjasama dengan beberapa pihak dalam melakukan pemeriksaan penunjang untuk memenuhi pelayanan kepada pasien antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kerjasama dengan RS Slamet Riyadi dan RS dr. Oen Surakarta dalam b. Kerjasama dengan RS Panti Waluyo dalam pemeriksaan CT-Scan, jika ada kerusakan c. Kerjasama dengan Lab Cito Surakarta untuk pemeriksaan Laboratorium d. Kerjasama dengan lab Prodia dalam pemeriksaan Laboratorium.
<p>7. Bagaimana tata cara pembuatan resume medis untuk pasien pulang?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Resume medis dibuat sejak pasien masuk rumah sakit dan jika perlu melibatkan keluarga dalam pembuatannya. b. Resume pasien pulang harus dilengkapi 2 jam sejak diputuskan boleh pulang oleh DPJP. c. Pembuatan resume medis pasien pulang berisi tindak lanjut pasien untuk perawatan selanjutnya atau untuk pasien kontrol selanjutnya. Salinan resume medis pasien pulang juga diberikan kepada praktisi yang bertanggung jawab atas perawatan pasien selanjutnya atau proses tindak

	<p>lanjut pada pasien.</p> <p>d. Resume pasien pulang dibuat dengan mencantumkan obat-obatan yang digunakan selama pasien dalam perawatan di rumah sakit dan juga obat yang di bawa pasien saat pulang.</p>
8. Apa saja isi resume medis pasien?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diagnosa sementara 2. Sebab dirawat 3. Penemuan fisik yang penting 4. Pemeriksaan penunjang atau diagnostik terpenting 5. Terapi atau pengobatan selama di rumah sakit 6. Diagnosis utama 7. Diagnosis sekunder 8. Tindakan atau prosedur yang telah dilakukan 9. Diet 10. Instruksi atau anjuran dan edukasi (follow Up) 11. Kondisi waktu keluar
9. Bagaimana kriteria pasien yang akan dirujuk?	<ol style="list-style-type: none"> a. Transfer untuk penanganan dan perawatan spesialisik lebih lanjut. b. Transfer antar rumah sakit untuk alasan non-medis (misalnya karena ruangan penuh, fasilitas kurang mendukung, jumlah petugas rumah sakit tidak adekuat) c. Repatriasi / Pemulangan Kembali

<p>10. Bagaimana tata cara pengisian lembar transfer untuk pasien yang akan dirujuk?</p>	<p>Dalam merujuk pasien, di haruskan mengisi lembar transfer pasien yang berisi tentang nama rumah sakit yang dituju, nama staf yang menyetujui penerimaan pasien, hal ini di buktikan dengan tanda tangan serah terima pasien dari petugas yang mengirim serta petugas yang menerima pasien di ikuti cap rumah sakit tujuan.</p>
<p>11. Bagaimana tata cara rujuk balik?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a. Dalam perencanaan pasien pulang ditetapkan rujukan balik ke praktisi kesehatan atau badan kesehatan perujuk pasien. b. Dalam melakukan rujuk balik ke dokter atau badan kesehatan perujuk, dipertimbangkan fasilitas pelayanan penunjang yang sesuai dengan kebutuhan pasien setelah perawatan di rumah sakit. Dengan tujuan pelayanan pasien tetap berkesinambungan walaupun pasien sudah dikembalikan ke dokter maupun badan kesehatan perujuk.
<p>12. Bagaimana tanggung jawab staf medis terhadap rekam medis pasien?</p>	<p>Setiap staf medis bertanggung jawab penuh atas kelengkapan pengisian rekam medis yang rinciannya diatur melalui ketetapan direktur sesuai dengan peraturan peundang-undangan yang berlaku.</p>

<p>13. Apa sajakah tugas <i>case manager</i> ?</p>	<p>Tugas <i>Case Manager</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Koordinasi : penerapan <i>patient centered care</i>, menjaga kontinuitas pasien ii. Koordinasi : <i>Discharge planning, follow up</i>, pelayanan pasca rawat. Home care, sarana komunitas. iii. Koordinasi : rujukan, transfer iv. Monitoring dan evaluasi utilisasi sumberdaya : kelayakan/kepantasan/prioritas dari pemeriksaan pelayanan, kendali mutu dan biaya. v. Komunikasi dengan asuransi, perusahaan, rujukan konseling finansial. vi. Edukasi, advokasi, konseling pasien dan keluarga. vii. Assesmen psikososial dan lingkungannya, hambatan pelayanan, support group- pendampingan untuk motivasi, spiritual. viii. Intervensi konsultasi krisis dengan tim PPA ix. Masalah-masalah legal dan etik.
<p>14. Siapa saja <i>case manager</i> di RS Kasih Ibu?</p>	<p>Susunan <i>Case Manager</i></p> <ul style="list-style-type: none"> i. Yustina Purwaningsih, AMK (Kamajaya) ii. Margareta Anis Wulandari, AMK (Amarta) iii. Hendrititi Susilowati, AMK (Rama, Krisna) iv. Utin Purwantini, AMK (E-Call,

	Homecare, Transfer)
	v. Endah Tri Murti, AMK (Wisnu, Ayodya)
	vi. Ermawati, AMK (Wirata)
	vii. Agnes Sarwo Endah, AMK (Narada, Ismaya, Pandu)
	viii. Siti Dinanti, AMK (Indra, Nakula, Sadewa)
	ix. Poni Rahayu, Amd, Keb (Srikandi, Shinta)
	x. Ulin Nuha, AMK (Kamar Bedah)
	xi. Nani Riyanti, AMK (ICU,ICCU, PICU, NICU)
	xii. Atik Setya, S.Kep.,NS (Hemodialisa)
	xiii. Ellys Imas, AMK (Poliklinik)
	xiv. Nanik Purwati, S.Kep (IGD)

15. Apa sajakah kriteria pasien pulang?

- Kondisi fisik pasien secara umum telah membaik, seperti fungsi pernafasan, keadaan sistem peredaran tubuh dan suhu tubuh.
- Tidak terdapat keluhan yang mengganggu.
- Pemeriksaan penunjang (laboratorium) menunjukkan hasil normal. (Contohnya : Dokter berpedoman pada hasil trombosit dan hematrokrit darah untuk memantau perkembangan pasien yang dirawat karena penyakit demam berdarah.)
- Pada pasien bedah menunjukkan perawatan luka khusus bisa dipulangkan apabila dinilai sudah bisa dikerjakan secara rawat jalan. Untuk pasien dengan DM, bila sudah bisa dikerjakan secara rawat jalan, pada saat dipulangkan harus di edukasi dulu tentang gaya hidupnya. (diet, obat OHO, insulin dan cara penggunaannya juga olahraga untuk penderita DM)
- Pasien dengan alasan biaya, kejadian ini diistilahkan dengan “pulang paksa”. Pulang paksa merupakan hak pasien dan sebelum memutuskan hal tersebut seharusnya pasien dan keluarga telah mendapat penjelasan tentang resiko yang mungkin terjadi jika si penderita

dipaksa pulang.

BAB. Asesmen Pasien (AP)

Hal yang harus diketahui dan dilakukan

1. Bagaimana sistem penulisan asesmen pasien dengan format IAR ?

- Mengumpulkan Data dan Informasi (Huruf **I**)
Pada **SOAP** adalah pengumpulan data “**Subjek dan Objek**”, yang meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang riwayat penyakit dahulu, pemeriksaan fisik dan tanda vital.
- Analisis Data dan Informasi (Huruf **A**)
Pada **SOAP** adalah “**Asesmen**”, yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien.
- Membuat Rencana (Huruf **R**)
Pada **SOAP** adalah “**Planning**”, yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan, pelaksanaannya bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

2. Apa saja asesmen yang perlu ditulis dalam bentuk SOAP ?

1. **S** (*Subjective*) : berisi keluhan utama pasien dan kondisi pasien ketika diperiksa.
2. **O** (*Objective*) : berisi keadaan umum pasien dan hasil pemeriksaan fisik yang ditemukan dan mendukung diagnosa pasien.
3. **A** (*Assesment*) : berisi rencana penatalaksanaan pasien tersebut yang diisi dengan Diagnosa penyakit dan *Differential*

	<p><i>Diagnose</i> yang mungkin.</p> <p>4. P (Planning) : berisi instruksi dan rencana terapi yang diberikan kepada pasien.</p> <p>Lengkapi SOAP dengan menuliskan tanggal dan waktu penulisan, tanda tangan, dan nama terang.</p>
<p>3.Siapa saja yang boleh untuk mengisi lembar asesmen dengan format <u>SOAP</u> ?</p>	<p>Format SOAP dapat dipakai oleh Dokter, Perawat, Petugas Rehabilitasi Medik, Farmasi, dan ahli gizi.</p>

4 .Bagaimana tata cara melakukan asesmen medis awal?

1. Lakukan asesmen awal medis dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini / cepat sesuai kondisi pasien
2. Ulang kembali asesmen awal medis untuk pasien rawat inap diperbarui / dinilai ulang pada pasien yang telah dirawat lebih dari 30 hari.
3. Lakukan asesmen awal medis pasien ,meliputi :
 - a. Lakukan anamnesis / alloanamesis kepada pasien atau keluarga atau wali pasien, meliputi
 - 1) keluhan utama pasien
 - 2) riwayat penyakit sekarang pasien
 - 3) riwayat penyakit dahulu pasien
 - 4) riwayat penyakit keluarga pasien
 - 5) riwayat imunisasi pasien
 - 6) riwayat alergi dan reaksi efek samping obat pasien
 - 7) riwayat gizi pasien
 - 8) status psikologi / emosi pasien
 - 9) riwayat sosial ekonomi pasien
 - 10) riwayat obat-obatan yang sedang diminum
 - b. Lakukan pemeriksaan fisik pasien, meliputi :
 - 1) Pemeriksaan tanda vital, meliputi Tekanan Darah, denyut nadi per menit, jumlah

- respirasi per menit, suhu tubuh, berat badan dan tinggi badan
- 2) Deskripsi umum : kesan sakit, gizi, berat badan, tinggi badan, kesadaran, tekanan darah, denyut jantung, suhu, saturasi, pernapasan
 - 3) Kulit : adakah sianosis, pucat, ikterik, peteki, ekimosis, turgor
 - 4) Kepala : bentuk kepala, nyeri kepala, jejas
 - 5) Mata : adakah ptosis, katarak, eksoftalmus, keadaan konjungtiva
 - 6) Telinga : gangguan pendengaran, discharge, hiperemi
 - 7) Hidung : adakah discharge, obstruksi, epistaksis
 - 8) Tenggorok : besar tonsil, mukosa faring
 - 9) Mulut : adakah ulkus, karies dentis, stomatitis
 - 10) Leher : adakah limfadenopati, kaku kuduk, pembesaran kelenjar tiroid, tumor
 - 11) Dada : pemeriksaan fisik jantung dan paru
 - 12) Abdomen : defan muskuler, asites, bising usus, tumor
 - 13) Genitalia : hematuria, pendarahan, tumor
 - 14) Riwayat reproduksi wanita : haid pertama, siklus haid, kontrasepsi, riwayat kehamilan, partus dan abortus
 - 15) Muskuloskeletal : adakah nyeri sendi, parestesia, edema, tumor

c. Lakukan rencana penatalaksanaan medis, meliputi:

- 1) Diagnosis kerja pasien
- 2) Rencana pemeriksaan penunjang pasien
- 3) Rencana pengobatan pasien
- 4) Rencana Diet untuk pasien
- 5) Rencana Monitoring pasien
- 6) Edukasi awal pasien, disampaikan tentang diagnosis, rencana dan tujuan terapi terapepada pasien atau keluarga pasien
- 7) Rencana tindakan medis : meliputi tindakan operatif maupun non operatif untuk menunjang kesembuhan penyakit.

Rencana konsultasi : apabila didapatkan penyakit penyerta / penyulit / komplikasi yang memerlukan konsultasi atau perawatan bersama dari disiplin ilmu lain sesuai kebutuhan pasien, yang dapat menunjang kesembuhan pasien.

<p>5. Bagaimana kerangka waktu asesmen medis rawat inap?</p>	<p>Asesmen medis awal dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini / cepat sesuai kondisi pasien. Asesmen awal medis dan asesmen awal keperawatan untuk pasien rawat inap diperbarui / dinilai ulang pada pasien yang telah dirawat lebih dari 30 hari.</p>
<p>6. Bagaimana kerangka waktu asesmen medis rawat jalan?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asesmen pasien rawat jalan harus diselesaikan segera dengan waktu maksimal 2 jam sejak berkas Rekam Medis diterima DPJP. ■ Sebelum pasien dirawat inap dan ditulis indikasi rawat inap dengan mencantumkan tanggal dan waktu, data penunjang yang menjadi dasar perawatan pasien harus sudah disertakan.
<p>7. Bagaimana kerangka waktu asesmen medis di IGD ?</p>	<p>Asesmen medis di IGD disesuaikan berdasarkan triase pasien dengan menggunakan system <i>The Australian Triage Scale</i> (ATS).</p>
<p>8. Apa yang dimaksud <u>asesmen tambahan</u>?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Asesmen yang digunakan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus yang mengharuskan proses asesmen untuk diubah. ■ Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap

	<p>populasi pasien tertentu.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Setiap rumah sakit menentukan kelompok pasien khusus dan populasi pasien, serta menyesuaikan proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka
9. Asesmen tambahan ditujukan untuk pasien apa saja	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Neonatus ➤ Anak ➤ Remaja ➤ Obstetri / maternitas ➤ Pasien dengan kebutuhan untuk Perencanaan Pemulangan Pasien (P3) ➤ Sakit terminal / menghadapi kematian ➤ Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intens) ➤ Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
10. Bagaimana cara penulisan <i>discharge planning</i> ?	<p>Perencanaan pemulangan pasien (<i>discharge planning</i>) direncanakan segera setelah pasien di rawat inap dan termasuk dalam asesmen awal dan dievaluasi secara berkala sesuai dengan kebijakan pemulangan pasien menggunakan formulir resume medis (rencana pelayanan), serta mengisi formulir <i>discharge planning</i>.</p> <p>Isi formulir sesuai dengan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Label pasien: tempel stiker yang tersedia, bila tidak ada tulis minimal 2 identitas yaitu nama dan nomor

	<p>register.</p> <p>b. Ruang: isi dengan ruang rawat inap pasien.</p> <p>c. Tanggal: isi dengan tanggal melakukan pengkajian.</p> <p>d. Jam: isi dengan jam melakukan pengkajian.</p> <p>e. Dikaji Oleh: isi dengan nama perawat yang melakukan pengkajian.</p> <p>f. Skor penilaian: isi dengan jumlah skor 0, 1, 2.</p> <p>g. Total Skor: isi dengan jumlah skor penilaian.</p>
--	---

11. Apa yang dimaksud dengan asesmen ulang ?

- Asesmen ulang merupakan serangkaian kegiatan dimana dokter, perawat, dan petugas kesehatan lainnya mengevaluasi ulang data pasien setiap terjadi perubahan yang signifikan atas kondisi klinisnya, yang bertujuan untuk menetapkan respon terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.
- Asesmen ulang dilakukan setiap hari oleh setiap disiplin klinis yang kompeten dibidangnya masing-masing dan dicatat dalam rekam medis pada lembar catatan perkembangan terintegrasi
- Untuk pasien non akut seperti pasien yang dikonsulkan untuk tindakan rehabilitasi medik, Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik dapat melakukan asesmen ulang minimal 2 hari sekali atau setelah program terapi terlaksana untuk evaluasi pengobatan dan perencanaan tindakan selanjutnya.
- Dokter spesialis gizi klinis melakukan asesmen ulang setelah 3 hari pada pasien yang mempunyai resiko malnutrisi dan dicatat pada catatan perkembangan terintegrasi dengan formulir SOAP.

- Asesmen ulang dicatat dalam catatan rekam medis pasien yaitu pada lembar catatan perkembangan terintegrasi dan formulir yang digunakan untuk mengisi catatan tersebut adalah SOAP (*Subjective, Objective, Assessment dan Planning*).

13. Kapan dokter DPJP melakukan asesmen ulang?

- Asesmen ulang dilakukan setiap hari termasuk akhir minggu, selama fase akut dari perawatan dan pengobatannya atau jika ada perubahan kondisi dengan mengisi lembar rekam medis di RM 5 dengan metode SOAP.
- Resosialisasi kepada semua DPJP dalam melakukan asesmen ulang medis, dengan bentuk SOAP disertai Tanggal, Jam Visit, Tanda tangan dan Nama terang DPJP.

14. Bagaimana prosedur pelaporan nilai kritis / *critical value* dari pemeriksaan hasil laboratorium?

Analisis pemeriksa :

1. Jika hasil pemeriksaan didapatkan hasil yang termasuk kritis Sesuai Daftar Nilai Kritis (dilayar komputer akan muncul warna orange atau bergaris) maka petugas pemeriksa melapor kepada petugas otorisasi, dan dicek ulang oleh petugas otorisasi.

2. Petugas pemeriksa melaporkan kepada perawat.

“ Selamat pagi/ siang/ sore/ malam, saya (sebutkan nama) petugas dari laboratorium“ akan melaporkan hasil kritis atas nama pasien ..

(sebutkan nama pasien) dan no RM.....(sebutkan No RM pasien) hasil pemeriksaan (sebutkan jenis pemeriksaan dan hasilnya)

Maksimal waktu pelaporan nilai kritis ke perawat adalah 5 menit.

3. Perawat diminta mengulang membacakan hasilnya.

4. Setelah selesai ucapkan terima kasih.

5. Petugas pemeriksa mencatat pelaporan hasil kritis di komputer

6. Perawat akan mencatat dalam lembar RM 5 kemudian melaporkan kepada Dokter penanggung jawab pasien dalam waktu **maksimal 1 jam (3x telp)**. Bila telephon tidak diangkat melapor ke dokter jaga.

7. Jika hasil sudah di otorisasi oleh petugas autorise maka pada lembar hasil akan diberikan stempel “Critical value” disamping hasil dan diantar segera ke ruang pasien dirawat dengan

melalui pneumatic tube dan dilengkapi dengan lembar feed back untuk diisi Hasil dicetak rangkap 2 yaitu :

a. lembar 1 untuk rekam medis

b. lembar 2 untuk pasien pasien BPJS hasil di print rangkap 3

8. Perawat penerima hasil akan menuliskan jam lapor Dokter pada penanggung jawab pasien di lembar feed back dan mengirimkan kembali ke laboratorium melalui *pneumatic tube* untuk dievaluasi setiap bulan.

15. Berapa lama batas waktu maksimal untuk hasil pemeriksaan Patologi Anatomi?

Waktu selesai hasil pemeriksaan Patologi anatomi maksimal 5 hari kerja.

16. Bagaimana alur pelaporan nilai kritis untuk patologi anatomi?

1. Dokter Spesialis Patologi Anatomi periksa preparat.
2. Hasil pemeriksaan pembacaan ditemukan keganasan
3. Hasil pembacaan tulis di komputer
4. Verifikasi hasil oleh 2 petugas Autorisasi dan cetak hasil rangkap 3
5. Hasil segera diserahkan kepada perawat dilampiri formulir feedback pelaporan hasil kritis
6. Hasil pemeriksaan Patologi Anatomi segera dilaporkan oleh perawat kepada Dokter penanggung jawab pasien dalam waktu maksimal 1 hari

17. Siapakah staf yang berkompeten dan bertanggungjawab atas kontrol mutu unit Radiologi di luar rumah sakit?

Staf yang berkompeten dan bertanggungjawab atas kontrol mutu unit radiologi di luar rumah sakit adalah Kepala Instalasi Radiologi

<p>18. Bagaimana prosedur proteksi pada pemeriksaan Radiologi di rumah sakit?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penuhi syarat proteksi pada ruang pemeriksaan. 2. Memberi tanda lampu merah yang menyala pada pintu masuk dan luar ruang pemeriksaan selama pemeriksaan berlangsung. 3. Memberi tanda bahaya radiasi pada ruangan pemeriksaan. 4. Melarang pengantar pasien berada di ruang pemeriksaan selama pemeriksaan berlangsung.
--	---

19. Bagaimana alur pemeriksaan *Frozen Section* di laboratorium Patologi Anatomi ?

Perawat ruang

1. Terima advis pemeriksaan Foozen Section dari Dokter penanggung jawab pasien .
2. Hubungi dr Patologi Anatomi memberitahukan jadwal operasi pasien dengan permintaan Frozen Section.
3. Daftarkan pesien ke kamar bedah untuk tindakan operasi dengan permintaan Frozen Section

Perawat kamar bedah

1. Terima permintaan pemeriksaan Frozen Section
2. Konfirmasi ulang dr SpPA
3. Serahkan jaringan kepada petugas Lab PA
4. Buat permintaan pemeriksaan Frozen Section dengan input computer
5. Antar permintaan ke Laboratorium
6. Terima hasil Frozen Section maksimal 45 menit dari sampel diambil
7. Lapor dokter penanggungjawab pasien dan catat dalam form pelaporan hasil.

Analisis

1. Terima permintaan Frozen Section dari kamar operasi

2. Konfirmasi nota pembebanan
3. Terima hasil Frozen Section

Lakukan pencatatan dan distribusi hasil

20. Apa saja alat pelindung diri (APD) di Laboratorium Klinik dan Patologi Anatomi RS Kasih Ibu?

1. Pakaian periksa (Jas kerja)
2. *Handschoen* (Tipis & tebal)
3. Masker (kain)
4. Apron (Plastik)

21. Bagaimana penanggulangan kecelakaan kerja akibat bahan berbahaya dan beracun (B3) di Instalasi Laboratorium RS Kasih Ibu ?

1. Jika terjadi kecelakaan akibat bahan berbahaya dan beracun mengenai petugas maka harus segera melakukan:
 - a. Berhenti bekerja, meninggalkan pakaian kerja atau perlengkapan yang terkontaminasi
2. Bila terkena bahan berbahaya dan beracun, Pertolongan pertama:
 - a. Jika terhirup: beri/cari udara segar.
 - b. Jika kontak dengan kulit: cuci dengan air bersih yang banyak
 - c. Jika kontak dengan mata: cuci segera dengan air mengalir selama 15 menit.
 - d. Jika tertelan: beri minum air (paling banyak \pm 2 gelas), hindari muntah (resiko perforasi). Jangan berusaha untuk menetralsir.
 - e. Segera menghubungi dokter IGD
3. Melapor kepada kepala ruang laboratorium untuk dilaporkan kepada tim K3 Rumah Sakit
Bila terkena cairan yang mudah terbakar, Penanggulangan/Pertolongan pertama:
 - a. Jauhkan petugas dari tumpahan
 - b. Matikan api (jika ada yang menyala) dan peralatan listrik yang mungkin mengeluarkan bunga api.
 - c. Jika terhirup: cari/beri udara segar, jika nafas berhenti segera lakukan RJP (resusitasi jantung paru).
 - d. Jika terjadi kontak dengan mata, cuci segera dengan air mengalir selama 15 menit

- e. Jika mengenai kulit atau rambut: lepaskan segera seluruh pakaian yang terkontaminasi.
Cuci kulit/rambut dengan air yang mengalir
 - f. Segera menghubungi IGD
 - g. Melapor kepada kepala ruang laboratorium untuk dilaporkan kepada tim K3 Rumah Sakit.
4. Terjadi tumpahan maka lakukan:
- a. Perhatikan area yang tertumpah, jumlah, jenis bahan yang tertumpah
 - b. Hindari berjalan melalui area tumpahan
 - c. Pakai Alat Pelindung Diri (APD) jas, handschoon, masker, kacamata
 - d. Matikan api atau sumber listrik yang memungkinkan terjadi kebakaran. Jangan menambah air pada tumpahan.
 - e. Tutup dengan pasir
 - f. Koordinasi dengan ISS untuk membersihkan dan dibuang di sampah medis.
 - g. Melapor kepada kepala ruang untuk dilaporkan kepada tim K3 Rumah Sakit.

22. Bagaimana penanganan limbah cair di Instalasi Laboratorium RS Kasih Ibu ?

Limbah cair dibagi 4 golongan:

1. Limbah cair non infeksius, misal Aquadest
2. Limbah cair infeksius, misal: specimen darah, serum darah, urine, cairan tubuh, limbah tampung dari analyzer kimia, limbah tampung dari analyzer hematologi, limbah tampung dari analyzer Immunologi.
3. Limbah cair kimia tidak berbahaya, misal: larutan NaCl, larutan buffer.
4. Limbah cair B3 (Bahan Beracun Berbahaya): Methanol, Alkohol, larutan cat wright, larutan cat giemsa, larutan cat Gram, larutan cat Ziehl Nielsen, larutan cat Hematoxylin, Larutan Eosin.

Penanganan limbah cair:

1. Limbah cair infeksius
 - a. Limbah cair dari ruang laboratorium lantai II dialirkan melalui saluran tertutup menuju bak kontrol limbah cair.
 - b. Selanjutnya secara berurutan limbah cair pada bak pengumpul dialirkan menuju

IPAL

- c. Pada proses akhir terdapat kolam air bersih untuk menentukan kualitas air limbah
 - d. Dari IPAL air limbah disalurkan ke selokan lingkungan
2. Limbah cair B3 dimasukkan dalam jerigen dengan diberi label ‘Limbah B3’ kemudian ditutup rapat dan pengolahannya diserahkan ke pihak ke 2 (PT Arah Environmental).