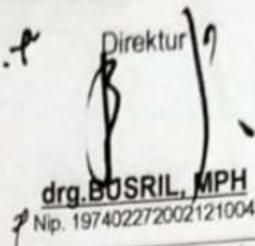


 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI	TINDAKAN SAAT KEBAKARAN (CODE RED)		
	No. Dokumen 445/031 /SPO-RSAM/2022	No. Revisi 002	Halaman 1 dari 1
SPO (STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL)	Tanggal terbit 6 Juni 2022	 drg. BUSRIL, MPH Nip. 197402272002121004	
PENGERTIAN	Kebakaran adalah nyala api baik kecil maupun besar pada tempat, situasi dan waktu yang tidak dikehendaki yang bersifat merugikan pada umumnya sulit untuk dikendalikan		
TUJUAN	Sebagai langkah-langkah untuk penyelamatan bila terjadi kebakaran di lingkungan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi		
KEBIJAKAN	Surat keputusan Direktur Nomor : 445/434/RSAM/II/2022 Tentang Pedoman Pelayanan Unit Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit (K3RS) RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi		
PROSEDUR	Jika melihat kejadian kebakaran : <ol style="list-style-type: none"> 1. Jangan panik. 2. Padamkan api menggunakan APAR terdekat. 3. Petugas yang berada di lokasi kebakaran melaporkan kejadian kebakaran kepada satuan pengamanan (1173) dan menghubungi ruangan IPSRS (2400). 4. Satpam mengumumkan atau mengaktifkan sistem Code Red di lokasi kejadian. 5. Jika api tidak bisa diatasi, selamatkan diri dan pasien. 6. Petugas helm merah dan satpam datang ke lokasi kebakaran untuk membantu memadamkan api. Bila api membesar, telepon Dinas Pemadam Kebakaran (31113). 7. Petugas helm biru melakukan tindakan evakuasi pasien. 8. Petugas helm putih melakukan evakuasi dokumen. 9. Petugas helm kuning melakukan evakuasi peralatan medis. 10. Petugas IPSRS datang ke lokasi kebakaran untuk memutuskan aliran listrik, menutup katup oksigen, dan mengoperasikan kesiapan hydrant. 11. Tinggalkan gedung/ruangan melalui jalur evakuasi. 12. Jika terjebak dengan ruang yang penuh asap, keluarlah dengan cara merayap. 		
UNIT TERKAIT	<ul style="list-style-type: none"> - Satuan pengamanan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. - Tim siaga bencana RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. - Seluruh ruangan di lingkungan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. 		



PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

JALAN Dr.A.RIVAI BUKITTINGGI- Kode Pos 26114

Hunting (0752) 21720 – 21492 – 21831 – 21322, Faks (0752) 21321 Tel. Dir (0752) 33825, Faks (0752) 21321 ,
Pos-el rsud.achmadmochtar@sumbarprov.go.id , Laman rsam_bkt.sumbarprov.go.id,

KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

NOMOR : 445/737 /RSAM/2022

TENTANG

**KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN YANG SERAGAM
DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

DIREKTUR RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

- Menimbang :
- a. Bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang seragam diseluruh unit layanan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi;
 - b. bahwa sehubungan dengan hal tersebut pada huruf a, perlu ditetapkan Keputusan Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tentang kebijakan pelayanan dan asuhan yang seragam di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, maka perlu ditetapkan keputusan Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi;
- Mengingat :
- 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 - 2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 - 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 - 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis;
 - 6. Peraturan Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia Nomor 1438 Tahun 2010 Tentang Standar Pelayanan Kedokteran;
 - 7. Peraturan Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia Nomor 290 Tahun 2010 Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
 - 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148 Tahun 2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
 - 9. Peraturan Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
 - 10. Peraturan Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia Nomor 2052 Tahun 2011 Tentang Izin Praktik Kedokteran;
 - 11. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 Tentang Pelayanan Darah;
 - 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Gizi Rumah Sakit;
 - 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek;
 - 14. Peraturan Menteri Kesehatan Rebuplik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang keselamatan Pasien;
 - 15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017

- tentang Akreditasi Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 374 Tahun 2007 Tentang Standar Profesi Gizi;
 17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
 18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/ 1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN YANG SERAGAM DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**
- Pertama : Pelaksanaan Pelayanan dan Asuhan yang seragam di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebagaimana dimaksud, tertuang dalam lampiran keputusan ini;
- Kedua : Pelaksanaan Pelayanan dan Asuhan yang seragam di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebagaimana tercantum dalam Diktum Kesatu harus dijadikan acuan pelayanan pasien di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi;
- Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini akan diadakan perbaikan kembali sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : BUKITTINGGI
PADA TANGGAL : Juni 2022



drg. BUSRIL, MPH

NIP. 197402272002121004

LAMPIRAN : SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
NOMOR : 445/ /RSAM/2022
TANGGAL : Juni 2022
TENTANG : PELAYANAN DAN ASUHAN YANG SERAGAM DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

1) Gambaran Umum

Tanggung jawab rumah sakit dan staf yang terpenting adalah memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman. Hal ini membutuhkan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan standarisasi proses untuk memastikan bahwa rencana, koordinasi, dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan unik pasien dan target. Asuhan tersebut dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesia, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif, atau kombinasinya, yang berdasar atas pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien. Area asuhan risiko tinggi (termasuk resusitasi dan transfusi) serta asuhan untuk pasien risiko tinggi atau kebutuhan populasi khusus yang membutuhkan perhatian tambahan. Asuhan pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) dengan banyak disiplin dan staf klinis. Semua staf yang terlibat dalam asuhan pasien harus memiliki peran yang jelas, ditentukan oleh kompetensi dan kewenangan, kredensial, sertifikasi, hukum dan regulasi, keterampilan individu, pengetahuan, pengalaman, dan kebijakan rumah sakit, atau uraian tugas wewenang (UTW). Beberapa asuhan dapat dilakukan oleh pasien/keluarganya atau pemberi asuhan terlatih (caregiver). Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) dapat dibantu oleh staf klinis.

2) Pelayanan dan asuhan yang seragam

1. Rumah Sakit Umum dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan menerapkan prinsip nondiskriminatif yaitu pelayanan yang seragam tanpa membedakan status sosial, ekonomi, budaya, agama, waktu maupun hari pelayanan dan kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembiayaan.
2. Pelayanan pasien di Rumah Sakit mengacu pada Undang-Undang tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
3. Tingkat pemberian asuhan kepada pasien, sama di semua unit pelayanan di Rumah Sakit.
4. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat di seluruh Rumah Sakit.
5. Setiap pasien Rumah Sakit akan mendapatkan pelayanan selama 24 jam terus menerus sesuai dengan kondisi dan kebutuhannya.
6. Rumah Sakit memberikan pelayanan yang seragam dalam kondisi apapun baik dalam keadaan gawat darurat maupun pasien rawat jalan.
7. Akses untuk asuhan pasien dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten, tidak tergantung waktu tertentu.
8. Setiap pasien Rumah Sakit mendapatkan pelayanan yang tepat oleh setiap unit pelayanan

sesuai dengan standar kualifikasi dan kompetensi yang telah ditetapkan. Pengaturan ketenagaan diatur didalam prosedur jadwal dinas.

9. Hasil skrining dan pengkajian pasien Rumah Sakit menentukan tingkat kondisi sumber daya yang dialokasikan untuk memenuhi kebutuhan pasien.
10. Penentuan dan penggunaan alokasi sumber daya yang sama untuk memenuhi kebutuhan pasien didasarkan atas ketepatan mengenali kondisi pasien.
11. Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesmen awal-asesmen ulang, panduan praktis klinis (PPK), alur klinis terintegrasi/ *clinical pathway*, pedoman manajemen nyeri dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain pemberian transfusi darah dan sebagainya.
12. Dilakukan pertemuan tim secara periodik dan terjadwal dalam memberikan asuhan.
13. Penanganan perawatan lanjutan pasien tidak mampu dialihrawatkan ke Rumah Sakit lain sesuai dengan permintaan pasien atau keluarga setelah penanganan kegawatan dilakukan.
14. Pelayanan sedasi diatur dalam kebijakan sendiri.
15. Rumah Sakit menyediakan pilihan menu makan pagi untuk pasien rawat inap. Pilihan menu diberikan kepada pasien rawat inap yang tidak mendapatkan terapi diet khusus.
16. Pasien *High Care Unit (HCU)* dan Perinatologi mendapatkan *personal hygiene* oleh perawat shift malam dilakukan pada pagi hari.
17. Rumah Sakit memberikan pelayanan yang seragam dengan sumber daya yang efisien dan menghasilkan evaluasi yang bermutu tinggi.

3) **Pelayanan Instalasi dan Unit di Rumah Sakit Umum**

1. Pelayanan Instalasi di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi meliputi Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Farmasi yang memberikan pelayanan selama 24 jam.
2. Pelayanan Unit di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi meliputi Unit Rawat Inap, Unit Intensif Care (ICU/ ICCU), Unit *High Care (HCU, PICU, NICU)*, Unit Perinatologi, Unit Rawat Inap Khusus (Isolasi), Unit Laboratorium, Unit Radiologi dan Unit Rekam Medis dilaksanakan dalam 24 jam.
3. Pelayanan Unit Rawat Jalan sesuai dengan jadwal praktik dokter.
4. Pelayanan Unit Fisioterapi, Unit Gizi, Unit *Laundry*, Unit CSSD, Unit K3, Unit Kesling dilaksanakan dalam jam kerja.
5. Pelayanan Unit Kamar Operasi dilaksanakan dalam jam kerja dan dilanjutkan dengan sistem *oncall*.
6. Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
7. Seluruh staf Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman / panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika Rumah Sakit dan peraturan perundangan yang berlaku.
8. Seluruh staf Rumah Sakit dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).

4) Asesmen Pasien/ Pengkajian

1. Pasien Semua pasien yang dilayani di Rumah Sakit Umum harus diidentifikasi kebutuhan pelayanan dan perawatan kesehatannya melalui proses asesmen awal yang ditetapkan dan akan menghasilkan suatu diagnosis awal. Hal ini berlaku pada pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
2. Asesmen awal setiap pasien meliputi riwayat kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, hasil tes laboratorium dan pemeriksaan diagnostik *imaging* untuk mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan pasien, pengembangan rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi.
3. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, Undang-Undang dan peraturan yang berlaku serta tersertifikasi yang dapat melakukan asesmen.
4. Asesmen awal medis harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih dini / cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan Rumah Sakit.
5. Asesmen awal keperawatan harus lengkap dalam waktu 24 jam setelah pasien masuk rawat inap atau lebih dini / cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan Rumah Sakit.
6. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien dirawat inap atau sebelum tindakan pada rawat jalan di Rumah Sakit, jika masih dalam jangka waktu 30 hari, riwayat medis dapat dipergunakan dan apabila telah lebih dari 30 hari harus diperbaharui dan dilakukan pemeriksaan fisik ulang.
7. Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi pasien yang signifikan, dicatat dalam rekam medis pasien pada saat pasien masuk rawat inap.
8. Asesmen awal termasuk menentukan rencana pemulangan pasien (*discharge planning*).
9. Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu sesuai kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respon terhadap pengobatannya. Dokter melakukan asesmen ulang sekurang-kurangnya setiap hari selama fase akut dari perawatan dan pengobatan pasien. Untuk pasien non akut dokter dapat melakukan asesmen ulang maksimal 2 hari tergantung kondisi pasien.
10. Ahli kesehatan yang melakukan asesmen memenuhi kualifikasi yang ditetapkan oleh Rumah Sakit dalam melaksanakan asesmen dan asesmen ulang. Yang termasuk ahli kesehatan adalah dokter DPJP atau dokter jaga dan paramedis (perawat, ahli fisioterapis, ahli gizi dan ahli farmasi) yang memiliki surat izin praktek / surat izin kerja dan sesuai dengan kewenangan klinis yang telah ditetapkan.
11. Dokter yang mengisi asesmen medis adalah dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Pada saat hari libur atau DPJP tidak praktek, maka dokter jaga (dokter umum) yang mengisi asesmen medis awal rawat inap.
12. Semua hasil dari proses asesmen dan diagnosis yang telah ditetapkan harus diinformasikan kepada pasien atau keluarga pasien.
13. Semua hasil asesmen harus dianalisis dan diintegrasikan serta didokumentasikan dalam rekam medis berupa catatan terintegrasi.

5) Skrining dan Triase

1. Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh Rumah Sakit.
2. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologi, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.
3. Kebutuhan darurat, mendesak atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.

6) Identifikasi

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

7) Cara rumah sakit melindungi pasien dari kesalahan asuhan medis

1. Memberikan asuhan medis sesuai panduan praktek klinis dan *clinical pathway*.
2. Memenuhi kompetensi pemberian pelayanan pasien dan petugas Rumah Sakit lainnya.
3. Mengupayakan sarana dan prasarana yang *safety* dalam memberikan asuhan
4. Melakukan sosialisasi kepada semua PPA.

8) Transportasi

1. Transportasi milik Rumah Sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan.
2. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.
3. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi milik Rumah Sakit, dilengkapi dengan peralatan yang memadai, sesuai dengan kebutuhan pasien yang akan dibawa.

9) Transfer / Perpindahan Pasien di dalam Rumah Sakit

1. Transfer dilaksanakan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
2. Pasien yang ditransfer harus dilakukan pemeriksaan dan stabilisasi terlebih dahulu sebelum dipindahkan dan dapat dipindahkan apabila dokter pemeriksa telah menyatakan pasien *transportable*.
3. Rumah Sakit melaksanakan proses untuk memberikan pelayanan asuhan pasien yang berkelanjutan didalam Rumah Sakit dan koordinasi antar para tenaga medis.
4. Bila ada indikasi rawat inap, Rumah Sakit dapat membuat rencana kontinuitas pelayanan yang diperlukan pasien sedini mungkin.

10) Pasien yang tidak dirawat / dirujuk

1. Setelah pasien dilakukan skrining maka dokter pemeriksa menentukan apakah pasien dapat

- ditangani oleh Rumah Sakit atau tidak.
2. Apabila dalam penilaian kebutuhan pasien tidak perlu dirawat, maka penanganan pasien dapat dilakukan dengan prosedur rawat jalan.
 3. Apabila penilaian kebutuhan pasien tidak dapat terpenuhi oleh sumber daya dan kemampuan Rumah Sakit maka dilakukan proses transfer terhadap pasien tersebut ke Rumah Sakit rujukan yang fasilitasnya lebih lengkap.
 4. Dilakukan stabilisasi terlebih dahulu sampai dapat dinyatakan pasien *transportable* untuk proses rujukan.

11) Transfer keluar Rumah Sakit / Rujukan

1. Pasien yang ditransfer harus dilakukan pemeriksaan dan stabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk dan dapat dirujuk apabila dokter pemeriksa telah menyatakan pasien *transportable*.
2. Merujuk berdasarkan atas kondisi dan kebutuhan pelayanan lanjutan.
3. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
4. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan Rumah Sakit penerima.
5. Proses rujukan / perpindahan didokumentasikan didalam rekam medis pasien.

12) Transfer keluar Rumah Sakit untuk pemeriksaan penunjang

1. Pasien yang ditransfer harus dilakukan pemeriksaan dan stabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk untuk pemeriksaan penunjang.
2. Rujukan ke Rumah Sakit lain untuk pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi berdasarkan atas kebutuhan pelayanan penunjang yang tidak dapat dilakukan di Rumah Sakit Umum .
3. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
4. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan Rumah Sakit lain / laboratorium dan radiologi penerima.
5. Proses rujukan atau perpindahan pasien untuk pemeriksaan penunjang didokumentasikan didalam rekam medis.

13) Penundaan Pelayanan

1. Memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan.
2. Memberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan.
3. Memberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik pasien.

14) Kriteria Pemulangan Pasien

1. Pasien dipulangkan apabila atas pertimbangan DPJP yang telah memenuhi kriteria pasien

pulang.

2. Kriteria pasien pulang ditentukan oleh DPJP.
3. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan pemenuhan kriteria pasien boleh pulang dan kesiapan pasien untuk dipulangkan.
4. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.
5. Rencana pemulangan pasien jika diperlukan meliputi kebutuhan pelayanan penunjang dan pelayanan medis lanjutan.
6. Identifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di Rumah Sakit serta populasi pasien.
7. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.
8. Resume berisi riwayat pengobatan, diagnosis, pengobatan selama dirawat dan instruksi untuk tindak lanjut.
9. Sebelum resume pulang diberikan kepada pasien / keluarga pasien dilakukan pengecekan kelengkapan isi resume terlebih dahulu dan ditanda tangani.
10. Salinan resume pasien pulang didokumentasikan dalam rekam medis.
11. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada praktisi kesehatan yang merujuk pasien ke Rumah Sakit.

15) Hak pasien dan keluarga

1. Menghormati kebutuhan privasi pasien.
2. Mengambil langkah untuk melindungi barang milik pasien dan pencurian atau kehilangan.
3. Melindungi pasien dari kekerasan fisik oleh pengunjung, pasien lain dan staf Rumah Sakit.
4. Anak-anak, individu yang cacat, lanjut usia dan lainnya yang beresiko akan mendapatkan perlindungan yang layak.
5. Membantu mencari *second opinion* dan kompromi dalam pelayanan didalam maupun diluar Rumah Sakit.
6. Pernyataan persetujuan (*informed consent*) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan Rumah Sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam Bahasa yang dipahami pasien.
7. *Informed consent* diperoleh sebelum dilakukan tindakan operasi, anastesi, penggunaan darah atau produk darah, pemberian cairan pekat seperti kcl dan bicnat serta tindakan pengobatan lain yang beresiko tinggi.

16) Penolakan Pelayanan dan Pengobatan

1. Memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pelayanan dan pengobatan.
2. Memberitahukan tentang konsekuensi, tanggung jawab berkaitan dengan keputusan tersebut dan tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.
3. Memberitahukan pasien dan keluarganya tentang menghormati keinginan dan pilihan pasien

untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar (*Do Not Resuscitate / DNR*).

- a. Rumah Sakit telah menetapkan posisinya pada saat pasien menolak pelayanan resusitasi dan membatalkan atau mundur dari pengobatan bantuan hidup dasar.
- b. Posisi Rumah Sakit sesuai dengan norma agama dan budaya masyarakat serta persyaratan hukum dan peraturan.

17) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

1. DPJP adalah dokter yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis pasien, dimana pasien IGD DPJPnya adalah dokter jaga, dan di rawat inap adalah dokter spesialis.
2. Direktur berwenang untuk menetapkan dan mengatur jadwal Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
3. DPJP bertugas mengelola rangkaian asuhan medis pasien sesuai standar pelayanan medis / profesi, antara lain:
 - a. Melakukan anamnesa.
 - b. Melakukan pemeriksaan fisik.
 - c. Melakukan pemeriksaan penunjang medis atau pemeriksaan lain untuk menegakkan diagnosa.
 - d. Membuat perencanaan dan pemberian terapi.
 - e. Melaksanakan tindak lanjut, *follow up* dan evaluasi asuhan medis sampai dengan rehabilitasi.
4. Selain itu, melakukan konsultasi sesuai kebutuhan (indikasi), baik untuk pendapat atau rawat bersama.
5. DPJP harus membuat rencana pelayanan yang ditulis dalam berkas rekam medis.
6. Rencana pelayanan lengkap adalah memuat segala aspek asuhan medis yang akan diberikan, termasuk pemeriksaan, konsultasi, rehabilitasi pasien dan sebagainya.
7. DPJP wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk terjadinya kejadian yang diharapkan dan tidak diharapkan.
8. DPJP wajib memberikan pendidikan atau edukasi kepada pasien tentang kewajibannya terhadap Rumah Sakit dan bila diperlukan dibantu oleh staf dokter umum / perawat / staf administrasi. Hal-hal yang menjadi kewajiban pasien adalah:
 - a. Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur.
 - b. Mengetahui kewajibannya dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
 - c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
 - d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
 - e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan Rumah Sakit.
 - f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
 - g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.
9. Pendidikan kepada pasien dan keluarga diberikan dalam bentuk penjelasan secara lisan dan

kemudian DPJP mencatat dalam berkas rekam medis bahwa DPJP sudah memberikan penjelasan atau edukasi.

10. Dalam hal rawat bersama cakupan pelayanan seorang DPJP adalah sesuai dengan bidang atau keahliannya dan kompetensinya, misalnya seorang DPJP mengelola seorang pasien penyakit dalam, bila pasien tersebut dikonsulkan untuk masalah penyakit di bidang mata maka seorang DPJP lain yang akan mengelola asuhan mata bagi pasien tersebut.
11. Pasien yang dikelola oleh lebih dari satu DPJP, maka DPJP utama sebagai koordinator atau ketua tim adalah dokter yang menangani kasus pasien yang terberat.
12. Instruksi atau perintah dari DPJP dicatat dalam rekam medis pasien.

18) Visite DPJP

1. Visite dokter spesialis adalah kegiatan kunjungan oleh dokter kepada pasien untuk lebih mengetahui kondisi perkembangan dengan cara mendatangi, memeriksa dan berkomunikasi secara langsung kepada pasien di ruang perawatan.
2. Ketentuan mengenai visite dokter spesialis telah diatur sesuai dengan hasil yang telah disepakati dalam Rapat Komite Medik.
3. Waktu untuk pelaksanaan visite dokter adalah antara pukul 07.30 – 20.00 WIB dan tidak boleh mengganggu waktu istirahat pasien.

19) Pindah DPJP

1. Pemandahan DPJP dilakukan apabila dokter DPJP sebelumnya berhalangan dalam melakukan pelayanan kepada pasien dan atau berdasarkan kebutuhan kesehatan pasien yang mengharuskan dilakukan pemandahan DPJP.
2. Pemandahan DPJP dilakukan dengan terlebih dahulu melakukan persetujuan dengan DPJP sebelumnya dan konfirmasi kepada DPJP yang akan bertanggung jawab berikutnya

20) Asuhan pasien ditetapkan dan diberikan dengan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan pelayanan dan asuhan kepada setiap pasien

1. Pelaksanaan pelayanan dan asuhan pasien terintegrasi pusatnya adalah pasien dan mencakup elemen antara lain sebagai berikut:
 - a. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
 - b. DPJP sebagai ketua tim PPA (*Clinical Team Leader*).
 - c. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional antara lain menggunakan Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi / *Clinical Pathway* dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).
 - d. Perencanaan pemulangan pasien / *discharge planning* terintegrasi.
 - e. Asuhan gizi terintegrasi.
 - f. Manajer pelayanan pasien / *Case Manager*.
 - g. Asesmen dilakukan dengan metode IAR (Informasi, Analisis, Rencana)

2. Pendokumentasian rekam medis merupakan alat untuk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi serta koordinasi asuhan.
3. Rencana dan pemberian asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan.
4. Perencanaan dan pelayanan terhadap pasien Rumah Sakit dilakukan secara terintegrasi, terkoordinasi dan melibatkan proses kolaboratif antara berbagai jenis perawatan dan unit.
5. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
6. Perkembangan perawatan yang telah direncanakan, terukur, dinilai ulang oleh PPA.
7. Asuhan yang diberikan kepada setiap pasien dicatat hasil observasi dan pengobatan dalam rekam medis pasien oleh pemberi pelayanan.
8. Setiap ada hasil rapat atau diskusi pasien oleh PPA dicatat dalam CPPT.

21) Asuhan individual setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan

1. Rencana asuhan pasien terintegrasi harus bersifat individual, objektif dan sasaran dapat diukur untuk didokumentasikan berdasarkan data asesmen awal dan kebutuhan pasien.
2. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat dan PPA lainnya dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap.
3. Asuhan kepada pasien direncanakan dan ditulis rekam medis oleh PPA yang memberikan asuhan.
4. Kemajuan yang diantisipasi dicatat atau direvisi sesuai kebutuhan, berdasarkan hasil asesmen ulang atas pasien oleh PPA.
5. Komunikasi antar PPA dan pendokumentasiannya ditulis dalam rekam medis.
6. Permintaan obat dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan dokter jaga dengan menggunakan kaidah-kaidah peresepan atau sesuai kebijakan Rumah Sakit dan tercatat dalam rekam medis.
7. Permintaan prosedur diagnostik dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dan dokter jaga dengan menyertakan diagnosis atau indikasi klinis dalam rangka menunjang interpretasi hasil yang digunakan untuk membuat perencanaan perawatan dan pengobatan pasien.
8. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.
9. Semua asuhan pelayanan yang diberikan tercatat dalam rekam medis berupa catatan terintegrasi, meliputi pelayanan medis, asuhan keperawatan, asuhan gizi, rehabilitasi medis dan farmasi.
10. Kesimpulan hasil diskusi dari rapat tim perawatan pasien atau diskusi bersama lainnya tercatat dalam rekam medis.
11. Setiap prosedur tindakan, perawatan ataupun pelayanan lain yang telah diberikan kepada

- pasien beserta hasilnya dan hasil yang tak terduga atau yang tidak diinginkan harus didokumentasikan didalam rekam medis serta diinformasikan kepada pasien dan atau keluarga.
12. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan diverifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya.
 13. Verifikasi hasil konsultasi pasien dari IGD wajib ditandatangani oleh DPJP maksimal 1 x 24 jam.
 14. Verifikasi hasil konsultasi pasien dirawat inap wajib ditandatangani oleh DPJP maksimal 1 x 24 jam.
 15. Perkembangan tiap pasien dievaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien dan dibuat notasi pada lembar cppt oleh DPJP sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP.

22) Mereka yang diizinkan memberikan perintah / order menuliskan perintah ini dalam rekam medis pasien di lokasi yang seragam

1. Instruksi atau perintah harus tertulis bila diperlukan dan mengikuti pedoman rekam medis Rumah Sakit.
2. Hanya mereka yang kompeten dan berwenang yang diijinkan untuk menuliskan perintah, sesuai dengan pedoman rekam medis Rumah Sakit.
3. Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostik *imaging* harus disertai indikasi klinis atau rasional apabila memerlukan hasilnya berupa interpretasi / *ekspertise*.
4. Instruksi atau perintah didokumentasikan di lokasi tertentu yang seragam direkam medis pasien.

23) Komunikasi Efektif

1. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
2. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
3. Perintah atau hasil pemeriksaan di konfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
4. Perintah dilaporkan ke DPJP dalam bentuk SBAR dan didokumentasikan direkam medis pasien dalam bentuk SOAP.
5. Perintah lisan atau melalui telepon dimintakan tanda tangan pemberi perintah disertai dengan tanda tangan penerima perintah.

24) Tindakan klinis dan diagnostik

1. Tindakan klinis dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien.
2. Tindakan klinis dan tindakan diagnostik dicatat dan didokumentasikan pada form atau lokasi tertentu yang seragam didalam berkas rekam medis pasien.
3. Menuliskan PPA yang meminta dilakukan tindakan dan jelaskan alasan permintaan tindakan

tersebut serta lakukan pencatatan dalam rekam medis pasien.

4. Hasil tindakan dicatat dalam rekam medis pasien.
5. Pada pasien rawat jalan bila dilakukan tindakan diagnostik invasif / beresiko harus dilakukan asesmen serta pencatatannya didalam rekam medis pasien.

25) Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian atau hasil asuhan yang tidak diharapkan.

26) Makanan dan terapi gizi

1. Tersedia berbagai pilihan makanan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya.
2. Pelayanan gizi meliputi pelayanan gizi rawat jalan, pelayanan gizi rawat inap dan penyelenggaraan makanan.
3. Rumah Sakit menyediakan makanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
4. Pasien di skrining untuk status gizi.
5. Proses pemesanan makanan pasien sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien serta dicatat dalam rekam medis.
6. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
7. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi resiko kontaminasi dan pembusukan.
8. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
9. Distribusi makanan dilaksanakan tepat waktu sesuai dengan kebutuhan.
10. Keluarga diberi edukasi bila membawa makanan dari luar mengenai pembatasan diet dan resiko kontaminasi serta pembusukan.
11. Makanan yang dibawa keluarga atau orang lain disimpan secara benar untuk mencegah kontaminasi.

27) Asuhan dan terapi gizi terintegrasi

1. Asuhan dan terapi gizi terintegrasi diberikan kepada pasien sesuai dengan pedoman / panduan pelayanan gizi.
2. Pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien resiko nutrisi dicatat dalam rekam medis pasien.
3. Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian dan monitoring terapi gizi.
4. Evaluasi dan monitoring terapi gizi didokumentasikan dalam rekam medis.

28) Manajemen Nyeri

1. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.
2. Apabila diidentifikasi ada rasa nyeri pada asesmen awal, lakukan asesmen lebih mendalam, sesuai dengan umur pasien dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, kekerapan / frekuensi, lokasi dan lamanya.

3. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh Rumah Sakit dan kebutuhan pasien.
4. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif sesuai dengan kebutuhan.
5. Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai pedoman dan protokol.
6. Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien dan keluarga.
7. Pasien dan keluarga diberikan edukasi tentang kemungkinan timbulnya nyeri akibat tindakan yang terencana, prosedur pemeriksaan dan pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri.
8. Staf dilatih untuk mampu melakukan manajemen nyeri dan cara mengatasi nyeri.

29) Pelayanan Pasien Tahap Terminal

1. Pada tahap terminal dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang terhadap pasien dalam tahap terminal dan keluarganya sesuai kebutuhan.
2. Asesmen awal dan asesmen ulang bersifat individual agar sesuai dengan kebutuhan pasien dalam tahap terminal dan keluarganya.
3. Asesmen awal dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti:
 - a. Gejala mual dan kesulitan pemapasan.
 - b. Faktor yang memperparah gejala fisik.
 - c. Manajemen gejala sekarang dan respon pasien.
 - d. Orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu.
 - e. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan dan rasa bersalah.
 - f. Status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit.
 - g. Kebutuhan bantuan atau penundaan pelayanan untuk pasien dan keluarganya.
 - h. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan.
 - i. Faktor resiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.
4. Skrining dilakukan pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil.
5. Setelah ada hasil asesmen lakukan penentuan asuhan dan layanan yang akan diberikan.
6. Asuhan dan pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan rasa nyeri pasien.
7. Pelayanan pasien dalam tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarga serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang didokumentasikan dalam rekam medis.
8. Mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat, empati dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.
9. Semua staf diedukasi dan harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya yaitu meliputi:

- a. Intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri.
 - b. Memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga.
 - c. Menyampaikan secara hati-hati mengenai hal-hal sensitif.
 - d. Menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga.
 - e. Mengajak pasien dan keluarga untuk ikut serta dalam semua aspek asuhan.
 - f. Memperhatikan keprihatinan psikologi, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.
10. Kepedulian staf terhadap kenyamanan dan kehormatan pasien harus menjadi prioritas semua aspek asuhan pasien selama pasien dalam tahap terminal.
 11. Asesmen pasien tahap terminal meliputi mempertahankan gejala, kondisi dan kebutuhan kesehatan atas hasil asesmen.
 12. Asuhan dan pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan upaya untuk mengatasi rasa nyeri pasien.
 13. Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan kebutuhan biopsikososial, emosional, budaya dan spiritual.
 14. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan *Do Not Resuscitate / DNR*.

30) Pelayanan Resusitasi

1. Pelayanan Penanganan Henti Jantung (*Resusitasi*) adalah pelayanan yang dilakukan sebagai upaya *life saving* dalam kondisi pasien tiba-tiba kolaps, henti napas (*respiratory arrest*) maupun henti jantung (*cardiac arrest*).
2. Tim *Code Blue* adalah tim yang dibentuk sebagai tim bantuan resusitasi yang bergerak ke tempat yang membutuhkan bantuan penanganan henti jantung (*Resusitasi*).
3. Rumah Sakit menyediakan pelayanan penanganan henti jantung (*Resusitasi*) 24 jam terus menerus tanpa membedakan waktu dan status sosial ekonomi.
4. Pelayanan resusitasi dilakukan di seluruh area RSUD Dr. Achmad Mochtar yang membutuhkan pelayanan *Resusitasi*.
5. Seluruh staf RSUD Dr. Achmad Mochtar yang karena pekerjaannya berkaitan langsung dengan pelayanan pasien (*direct patient care*) harus menguasai teknik Bantuan Hidup Dasar (*Basic Life Support*).
6. Pelatihan BLS dapat dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan di luar rumah sakit, pelatihan *in-house* RSUD Dr. Achmad Mochtar, maupun pelatihan *Advance Life Support* yang terkait dengan spesialisasi masing-masing (untuk dokter). Pelatihan lain yang dianggap sebagai pelatihan resusitasi termasuk diantaranya sertifikasi sebagai instruktur di pelatihan *Advance/ Basic Life Support*. Pelatihan *Basic Life Support* ini harus diulang/ dilakukan penyegaran sedikitnya setiap 2 tahun sekali.
7. Staf yang harus menguasai *Basic Life Support* adalah :
 - a. Dokter yang langsung menangani pasien

- b. Perawat yang langsung menangani pasien.
 - c. Staf penunjang medik yang meliputi : radiografer, analis laboratorium, fisioterapis.
 - d. Seluruh staf rumah sakit diberikan pelatihan BLS dengan harapan bahwa apabila terjadi kejadian di seluruh penjuru rumah sakit, maka pertolongan pertama dapat dilakukan dengan cepat dan tepat.
8. *Tim Code Blue*
- a. Tim bantuan penanganan henti jantung (*Resusitasi*) Rumah Sakit disebut tim *Code Blue*, merupakan tim yang beranggotakan 2 perawat (dari UGD dan ICU) serta 1 dokter jaga sesuai jadwal yang telah terlatih prosedur *Code Blue* dan penanganan henti jantung serta resusitasi jantung paru.
 - b. Anggota tim *Code Blue* dari perawat minimal telah memiliki sertifikat *Basic Trauma Cardiac Life Support/ Advance Cardiac Life Support*, sedangkan tim *Code Blue* dari dokter minimal telah memiliki sertifikat *Advanced Cardiac Life Support*.
9. *Trolley Emergency*
- a. Setiap ruang perawatan dilengkapi dengan *trolley emergency*.
 - b. *Trolley emergency* masing-masing ruangan dipenuhi dan diisi melalui proses kolaboratif yang sudah distandarkan baik isi maupun susunannya.
 - c. *Trolley emergency* harus selalu terkunci, dilakukan monitoring setiap *shift* oleh perawat ruangan dan diinspeksi setiap bulan oleh petugas farmasi.
10. Alat Medis untuk Penanganan Henti Jantung (*Resusitasi*)
- a. Alat medis untuk penanganan henti jantung (*Resusitasi*) disiapkan sesuai dengan standar kementerian kesehatan dan prosedur dari resusitasi.
 - b. Alat medis terkait dimonitor dan dikalibrasi secara berkala sesuai dengan program pengelolaan alat medis RSUD Berkah Pandeglang. Untuk defibrilator, harus dilakukan uji fungsi oleh perawat ruangan setiap hari dan didokumentasikan dalam formulir pemeliharaan dan uji fungsi peralatan medis.
11. Pelaksanaan
- a. Pada prinsipnya *informed consent* tidak diperlukan dari keluarga/ yang mendampingi untuk pelaksanaan resusitasi.
 - b. Saat pertolongan dilakukan, penjelasan tindakan dan persetujuan kepada keluarga pasien/ yang mendampingi dapat disusulkan kemudian.
 - c. Prosedur resusitasi RSUD Berkah Pandeglang disusun berdasarkan buku Panduan *Advanced Cardiac Life Support* terbaru (*American Heart Association Guideline* Tahun 2010)
 - d. Setiap karyawan Rumah Sakit termasuk karyawan *outsourcing* yang bekerja di Rumah Sakit wajib memberikan pertolongan pertama pada saat terjadi kegawatan napas dan jantung sampai dengan tim *Code Blue* datang di ruang perawatan/ lokasi kejadian.
 - e. Pemanggilan tim *Code Blue* dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional.
 - f. Setiap pasien yang dilakukan penanganan henti jantung (*Resusitasi*) wajib dilindungi *privacy*-nya sesuai prosedur.

12. Resiko yang dihadapi

Setiap petugas yang melakukan resusitasi wajib mewaspadaai terhadap risiko yang mungkin terjadi, antara lain :

- a. Cedera (fraktur) atau luka bakar akibat defibrilasi;
- b. Cedera akibat proses intubasi endotrakeal;
- c. Kegagalan fungsi alat resusitasi (termasuk *Airway, Breathing & Circulation*);
- d. Pelecehan;
- e. Kekerasan.

13. Monitoring dan Dokumentasi Pasien

- a. Selama dilakukan resusitasi senantiasa dilakukan monitoring nadi dan pemapasan, serta irama jantung (elektrokardiogram).
- b. Seluruh tindakan dan terapi yang dilakukan saat resusitasi didokumentasikan dalam didalam catatan terintegrasi di rekam medis sesuai prosedur.

14. Kualifikasi staf

- a. Seluruh staf di RSUD Dr. Achmad Mochtar yang karena pekerjaannya berkaitan langsung dengan pelayanan pasien (*direct patient care*) harus menguasai teknik Bantuan Hidup Dasar (*Basic Live Support*).
- b. Pelatihan BLS dapat dilakukan dengan cara mengikuti pelatihan di luar RSUD Dr. Achmad Mochtar, pelatihan *in-house* RSUD Dr. Achmad Mochtar, maupun pelatihan *Advance Life Support* yang terkait dengan spesialisasi masing-masing (untuk dokter).
- c. Pelatihan lain yang dianggap sebagai pelatihan resusitasi termasuk diantaranya sertifikasi sebagai instruktur di pelatihan *Advance / Basic life support*.
- d. Pelatihan *Basic life support* ini harus diulang / dilakukan penyegaran sedikitnya setiap 5 tahun sekali. Adapun staf yang harus menguasai *Basic Life Support* adalah seluruh staf RSUD Dr. Achmad Mochtar termasuk out sourcing.

15. Dalam upaya pemberian pelayanan yang cepat dan adekuat maka diperlukan ketersediaan secara konsisten berupa alat berikut ini:

- a. Trolley *Emergency* beserta kelengkapannya (isi troli *emergency* terlampir)
- b. Monitor EKG, Defibrillator
- c. Alat Pelindung Diri (APD) / *Personal Protective Equipment* (PPE)

31) Pelayanan Beresiko tinggi

Pasien Risiko Tinggi dan Pelayanan beresiko tinggi meliputi :

- a) Pasien emergensi
- b) Pasien Koma
- c) Pasien dengan alat bantuan hidup
- d) Pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, stroke dan diabetes
- e) Pasien risiko bunih diri
- f) Pelayanan pasien dengan penyakit menular dan penyakit yang berpotensi

menyebabkan kejadian luar biasa

- g) Pelayanan pada pasien dengan immunosupresed
- h) Pelayanan pada pasien yang mendapatkan dialisis
- i) Pelayanan pasien menggunakan alat penghalang (*Restraint*)
- j) Pelayanan pasien yang mendapatkan kemoterapi
- k) Pelayanan pada populasi pasien rentan, pasien usia lanjut (*geriatric*), pasien anak-anak dan pasien yang berisiko tindak kekerasan

1. Pelayanan Pasien emergensi

- a. Rumah Sakit melaksanakan pelayanan pasien gawat darurat dengan menggunakan system Triage untuk menghindari terjadinya kesalahan dalam penggolongan tingkat kegawatan (*under triage atau over triage*).
- b. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien gawat darurat yang datang ke instalasi gawat darurat menggunakan sistem triage dengan metode pewarnaan, dengan empat warna: **merah, kuning, hijau, hitam**.
- c. Identifikasi pasien pada keadaan sehari-hari di Instalasi Gawat Darurat berdasarkan tingkat kegawatan pasien, *bukan* berdasarkan status sosial atau jam pasien datang di Instalasi Gawat Darurat.
- d. Apabila diperlukan, pelayanan triage juga dapat diberikan kepada pasien rawat inap kiriman dokter luar (dokter tamu) untuk menentukan apakah pasien dalam kondisi lemah dan memerlukan tindakan segera dan darurat di IGD.
- e. Pasien gawat darurat yang dilayani di Instalasi Gawat Darurat yang memerlukan tindakan medis atau penolakan tindakan medis diberikan *informed consent* oleh dokter jaga Instalasi Gawat Darurat atau dokter spesialis, *Informed consent* ditandatangani oleh pasien atau keluargap pasien, dokter jaga atau dokter konsulen dan sebagai saksi adalah seorang perawat Instalasi Gawat Darurat dan seorang keluarga pasien lainnya.
- f. Rumah Sakit melaksanakan asuhan pasien /asesmen pasien secara khusus untuk pasien gawat darurat
- g. Instalasi Gawat Darurat menyiapkan SDM yang mampu dalam mengatasi Pelayanan Gawat Darurat seperti : BLS/BTCLS
- h. Rumah Sakit menyediakan peralatan yang dapat digunakan untuk menunjang pelayanan pasien gawat darurat seperti DC Shok dan perlengkapan penunjang lainnya
- i. Semua kegiatan pada pelayanan pasien gawat darurat dicatat dan didokumentasikan pada RM pasien

2. P e l a y a n a n Pemberian Darah Dan Komponen Darah

- a. RSUD Dr Achmad Mochtar menyediakan pelayanan pasien yang membutuhkan kebutuhan darah dan komponen darah melalui kerjasama dengan PMI di Kota

Bukittinggi

- b. Kualitas dan keamanan darah dimulai sejak dari dokter menuliskan instruksi di rekam medis dan mengisi formulir permintaan darah dengan lengkap dan jelas. Kemudian dokter atau perawat menyiapkan contoh darah dan dilakukan cross check petugas Unit Transfusi Darah RSUD Dr Achmad Mochtar..
- c. Penyimpanan Darah dan Komponen Darah disimpan dalam alat penyimpanan darah (lemari penyimpanan darah), sehingga didapatkan produk darah atau komponennya yang aman untuk transfusi.
- d. Suhu lemari penyimpanan darah dicatat dalam suatu tabel, yang mencantumkan tanggal, jam, posisi thermometer, suhu dan tindakan yang diambil jika suhu yang terukur diluar batas 2-6^oC
- e. Setiap kantong darah yang akan ditransfusikan dilakukan identifikasi/pemeriksaan ulang golongan darah, jenis komponen darah oleh perawat.
- f. Setiap pasien yang mendapatkan transfusi darah dilakukan identifikasi ulang dan dilakukan monitoring reaksi transfusi tiap 15 menit sekali dan dicatat dalam rekam medis pasien.
- g. Jika terjadi reaksi akibat transfusi darah, maka kantong darah dari unit transfusi darah serta contoh sampel darah pasien yang baru diambil pada lokasi yang berbeda, selanjutnya dikirim ke unit transfusi darah.
- h. Pencatatan dan Pelaporan dari Reaksi yang Timbul dari Transfusi Darah dicatat dan dilaporkan pada dokter dan unit pelayanan darah untuk setiap bulannya dilaporkan kepada Direktur dan memberikan evaluasi dan tindak lanjut.

3. Pelayanan Pasien Menggunakan Peralatan Bantu Hidup Dasar/ Pasien Koma

- a. Rumah Sakit bertanggung jawab memberikan asuhan dengan menggunakan peralatan bantu hidup dasar/pasien koma yaitu :
 - 1) Pemberian pengobatan yang sesuai dengan gejala dan keinginan pasien dan keluarga.
 - 2) Menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya.
 - 3) Mengikutsertakan pasien dan keluarganya dalam semua aspek pelayanan.
 - 4) Memberi respon pada masalah-masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarganya
- b. Sebelum pemasangan alat bantu hidup, dokter harus menyampaikakan maksud, tujuan, manfaat dan resiko-resikonya pada keluarga/wali yang bertanggung jawab.
- c. Jika keluarga menyetujui tindakan alat tersebut seperti maka harus tanda tangan di lembar *informed consent* .
- d. Pemasangan Alat Bantu Hidup dilakukan oleh staf yang kompeten.
- e. Selama dalam pemasangan Alat Bantu Hidup, maka petugas baik dokter dan perawat melakukan pemantauan dan evaluasi secara periodik.

f. Hasil semua tindakan di catat dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

4. Pelayanan Pasien Untuk Penyakit Menular Dan Penurunan Daya Tahan Tubuh.

- a. Rumah Sakit menetapkan pelayanan pasien penyakit menular dengan prosedur isolasi.
- b. Rumah sakit mengatur perawatan yang terpisah antara pasien penyakit menular dengan pasien lain yang mempunyai resiko tinggi, yang rentan akibat *immunosupressed* atau sebab lain.
- c. Rumah sakit mengatur cara pengelolaan pasien dengan infeksi *air bone* ditempatkan di Ruang Isolasi, dan jika ruang isolasi tidak memungkinkan (penuh/tidak siap pakai), maka rumah sakit dapat menggunakan sistem *kohort*.
- d. Pasien dengan khusus airborne yang fatal : seperti SARS, flu burung / avian influenza, yang mungkin ditemukan di rumah sakit, akan dirujuk ke rumah sakit yang memiliki fasilitas yang lebih seperti RSUP M Djamil Padang, dengan tetap melakukan kewaspadaan transmisi.
- e. Petugas harus melakukan prosedur cuci tangan setiap kali sebelum dan sesudah memasuki ruangan isolasi serta menggunakan APD pada saat melakukan tindakan perawatan/ tindakan kedokteran kepada pasien- pasien isolasi.
- f. Rumah sakit tidak mempunyai strategi/fasilitas sarana untuk alur pasien dengan penyakit yang menular, maka rumah sakit menetapkan alur yang sama dengan pasien yang lainnya, tetapi lebih menekankan pada pemakaian standar APD pada pasien.

5. Pelayanan Pasien Dengan Alat Pengikat (Restrain)

- a. Rumah Sakit mengidentifikasi pasien yang memerlukan tindakan restrain selama dalam perawatan.
- b. Rumah sakit menyediakan alat restrain yang sesuai kebutuhan pasien
- c. Pasien dan atau keluarganya diberikan informasi yang cukup mengenai kondisinya dan perlunya penggunaan restrain serta telah menyetujui dilakukannya tindakan tersebut sebagai bagian dan dasar program rencana asuhan keperawatan pasien.
- d. Dalam situasi dimana perawat atau orang lain diserang atau beresiko mengalami bahaya fisik, diperbolehkan menggunakan restrain sebagai suatu wujud pertahanan.
- e. Selama proses pelaksanaan restrain, pasien dilakukan observasi/pemantauan secara rutin tiap 15 menit dan selalu melibatkan keluarga
- f. Keluarga dilibatkan dalam pengambilan keputusan dan diberikan *informed consent* sebelum tindakan pemasangan restrain dilakukan

6. Pelayanan Pasien Lemah, Lanjut Usia, Anak-Anak Dengan Ketergantungan Bantuan Dan Resiko Kekerasan

- a. Rumah Sakit mengidentifikasi dan menetapkan pelayanan pasien lemah, lanjut

usia, anak-anak dengan ketergantungan bantuan dan resiko kekerasan

b. Pasien lemah, lanjut usia, anak-anak dengan ketergantungan bantuan(pasien cacat) dan pasien resiko kekerasan mendapatkan asuhan dan pengawasan khusus antara lain :

1) Pasien Rawat Jalan

- a) Pendampingan oleh petugas penerimaan pasien dan mengantarkan sampai ke tempat periksa yang di tuju dengan memakai alat bantu yang diperlukan.
- b) Perawat poli umum, spesialis dan gigi wajib mendampingi pasien saat dilakukan pemeriksaan sampai selesai.

2) Pasien Rawat Inap

- a) Penempatan pasien di kamar rawat inap sedekat mungkin dengan kantor perawat.
- b) Perawat memastikan dan memasang pengaman tempat tidur
- c) Perawat memastikan bel pasien mudah di jangkau oleh pasien dan dapat digunakan
- d) Meminta keluarga untuk menjaga pasien baik oleh keluarga sendiri atau oleh pihak yang di tunjuk dan dipercaya.

3) Rumah sakit menyediakan alat pemantau berupa pemasangan CCTV, dan dilakukan pemantauan oleh perawat dan bekerjasama dengan security setiap 15-30 menit

4) Tata laksana perlindungan terhadap anak-anak :

- a) Ruang perinatologi harus di jaga minimal satu orang perawat atau bidan, ruangan tidak boleh ditinggalkan tanpa ada perawat atau bidan yang menjaga.
- b) Perawat meminta pernyataan secara tertulis kepada orang tua apabila akan dilakukan tindakan yang memerlukan pemaksaan.
- c) Perawat memasang pengaman tempat tidur pasien.

32) Surgical Safety Checklist

1. Digunakan suatu tanda (titik – panah) yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberian tanda.
2. Menggunakan suatu *check list* untuk melakukan verifikasi pra operasi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien serta semua dokumen dan peralatan yang diperlukan tersedia, tepat / benar dan fungsional.
3. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat atau mendokumentasikan prosedur "sebelum insisi / *time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur atau tindakan pembedahan.

1. Program *hand hygiene* dilaksanakan secara efektif sesuai dengan pedoman WHO *Patient Safety*.
2. Menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.

34) Resiko Jatuh

1. Penerapan asesmen awal pasien resiko jatuh dan dilakukan asesmen ulang bila terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
2. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi resiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap beresiko.
3. Langkah-langkah pengurangan resiko jatuh dimonitor atau dievaluasi hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak sengaja.

35) Manajemen di Instalasi

1. Semua petugas instalasi wajib memiliki surat tugas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
2. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
3. Untuk koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.
4. Setiap bulan wajib membuat laporan.

36) Manajemen Obat

1. Elektrolit konsentrat yang berada di unit pelayanan pasien harus mengikuti panduan Rumah Sakit.
2. Elektrolit konsentrat tidak boleh berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak di sengaja di area tersebut, bila diperkenankan dengan kebijakan khusus.
3. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restrict access*).
4. Elektrolit konsentrat diracik oleh petugas farmasi yang sudah kompeten di area khusus dan sesuai dengan permintaan dokter pada kertas resep.

37) Manajemen Fasilitas dan Keselamatan Rumah Sakit

1. Peralatan di Instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk menjamin semua peralatan tetap dalam kondisi yang baik.
2. Perbaikan peralatan dilaksanakan dengan memperhatikan kontinuitas pelayanan Rumah Sakit terutama pada pelayanan emergensi dan bantuan hidup.

DITETAPKAN DI : BUKITTINGGI
PADA TANGGAL : Juni 2022

Direktor

drg. BUSRIL MPH
NIP. 197402272002121004



PANDUAN MEDICATION SAFETY



**RSUD DR ACHMAD
MOCHTAR BUKITTINGGI**

**JL. DR. A.RIVAI
BUKITTINGGI SUMATERA
BARAT
TELEPON : (0752) 21720,
FAX (0752) 21321**





PEMERINTAH DAERAH PROVINSI SUMATERA BARAT
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

Jalan Dr. A. Rivai, Bukittinggi 26114
Telp. Hunting (0752) 21720-21492-21831-21322 Fax. (0752) 21321 Telp. Dir. (0752) 33825
Website : <http://rsam-bkt.sumbarprov.go.id> E-mail : rsam-bkt@sumbarprov.go.id

KEPUTUSAN

DIREKTUR RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

No : 445/140/SK-DIR/RSAM/2022

tentang

**PANDUAN MEDICATION SAFETY
RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI**

DIREKTUR RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI

- MENIMBANG** : a. Bahwa untuk mendukung terwujudnya pelayanan farmasi yang optimal dan mencegah terjadinya *medication error* bagi pasien di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi; perlu ditetapkan Panduan *Medication Safety* di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi;
- b. Bahwa untuk maksud pada huruf a diatas perlu ditetapkan dengan surat keputusan Direktur RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi;
- MENINGAT** : 1. Undang Undang nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan nomor 72 Tahun 2016 tentang pedoman pelayanan Instalasi Farmasi di Rumah Sakit;
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah sakit
6. Keputusan Gubernur Sumatera Barat Nomor 440-168-2010 tanggal 17 Mei 2010 tentang Perubahan atas Keputusan Gubernur Nomor 440-509-2009 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk melaksanakan penerapan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara penuh di Propinsi Sumatera Barat

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN :

- KESATU** : Peraturan Direktur RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi tentang Panduan *Medication Safety* Rumah Sakit Umum Daerah Dr Achmad Mochtar Bukittinggi
- KEDUA** : Panduan *Medication Safety* Rumah Sakit Umum Daerah Dr Achmad Mochtar Bukittinggi diatur dalam Panduan yang merupakan lampiran dari surat keputusan ini.
- KETIGA** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, bila kemudian hari *diketemukan kekeliruan akan diadakan* perbaikan sebagaimana mestinya

DITETAPKAN DI BUKITTINGGI
pada tanggal
DIREKTUR



Drg. BUSRIL MPH

NIP : 19740227 200212 1 004

BAB I

DEFINISI

Keselamatan pasien (*patient safety*) secara sederhana di definisikan sebagai suatu upaya untuk mencegah bahaya yang terjadi pada pasien. Walaupun mempunyai definisi yang sangat sederhana, tetapi upaya untuk menjamin keselamatan pasien di fasilitas kesehatan sangatlah kompleks dan banyak hambatan. Konsep keselamatan pasien harus dijalankan secara menyeluruh dan terpadu. Strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Menggunakan obat dan peralatan yang sudah terbukti efektifitas dan keamanannya
- b. Melakukan praktek klinik yang aman dan dalam lingkungan yang aman.
- c. Melaksanakan manajemen risiko, seperti identifikasi risiko, upaya pengendalian infeksi dan upaya pencegahan dan pengendalian risiko klinis dan non klinis
- d. Membuat dan meningkatkan sistem yang dapat menurunkan risiko yang berorientasi kepada pasien.
- e. Meningkatkan keselamatan pasien dengan :
 - mencegah terjadinya kejadian tidak diharapkan (adverse event)
 - membuat sistem identifikasi dan pelaporan adverse event
 - mengidentifikasi dan mengurangi efek akibat adverse event

BAB II RUANG LINGKUP

Dalam membangun keselamatan pasien banyak hal – hal yang perlu difahami dan disepakati bersama. Hal – hal tersebut diantaranya adalah:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan/KTD (Adverse Event)
- b. Kejadian Nyaris Cedera/KNC (Near miss) - Kejadian Sentinel
- c. Adverse Drug Event - Adverse Drug Reaction
- d. Medication Error
- e. Efek samping obat

Penggunaan obat yang rasional merupakan hal utama pada pelayanan kefarmasian. Dalam mewujudkan pengobatan rasional, keselamatan pasien menjadi masalah yang perlu di perhatikan. Di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya kejadian medication error dapat dicegah jika melibatkan pelayanan farmasi klinik dari apoteker yang sudah terlatih. Saat ini di negara-negara maju sudah ada apoteker dengan spesialisasi khusus menangani medication safety. Peran Apoteker antara lain meliputi:

1. Mengelola laporan medication error
 - a. Membuat kajian terhadap laporan insiden yang masuk
 - b. Mencari akar permasalahan dari error yang terjadi
2. Mengidentifikasi pelaksanaan praktek profesi terbaik untuk menjamin medication safety
 - a. Menganalisis pelaksanaan praktek yang menyebabkan medication error
 - b. Mengambil langkah proaktif untuk pencegahan
 - c. Memfasilitasi perubahan proses dan sistem untuk menurunkan insiden yang sering terjadi atau berulangnya insiden sejenis
3. Mendidik staf dan klinisi terkait lainnya untuk menggalakkan praktek pengobatan yang aman
 - a. Mengembangkan program pendidikan untuk meningkatkan medication safety dan kepatuhan terhadap aturan/SOP yang ada

4. Berpartisipasi dalam Komite/tim yang berhubungan dengan medication safety
 - a. Komite Keselamatan Pasien RS
 - b. Dan komite terkait lainnya
5. Terlibat didalam pengembangan dan pengkajian kebijakan penggunaan obat
6. Memonitor kepatuhan terhadap standar pelaksanaan Keselamatan Pasien yang ada

BAB III
TATA LAKSANA PERAN APOTEKER
DALAM MEWUJUDKAN KESELAMATAN PASIEN

Peran apoteker dalam mewujudkan keselamatan pasien meliputi dua aspek yaitu aspek manajemen dan aspek klinik. Aspek manajemen meliputi pemilihan perbekalan farmasi, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi, alur pelayanan, sistem pengendalian (misalnya memanfaatkan IT). Sedangkan aspek klinik meliputi skrining permintaan obat (resep atau bebas), penyiapan obat dan obat khusus, penyerahan dan pemberian informasi obat, konseling, monitoring dan evaluasi. Kegiatan farmasi klinik sangat diperlukan terutama pada pasien yang menerima pengobatan dengan risiko tinggi. Keterlibatan apoteker dalam tim pelayanan kesehatan perlu didukung mengingat keberadaannya melalui kegiatan farmasi klinik terbukti memiliki kontribusi besar dalam menurunkan insiden/kesalahan. Apoteker harus berperan di semua tahapan proses yang meliputi :

1. Pemilihan

Pada tahap pemilihan perbekalan farmasi, risiko insiden/error dapat diturunkan dengan pengendalian jumlah item obat dan penggunaan obat-obat sesuai formularium.

2. Perencanaan

Pada tahap perencanaan apoteker harus mampu mengolah data-data kebutuhan perbekalan farmasi secara tepat, efektif dan efisien berdasarkan data pola pemakaian obat-obatan dan pola epidemiologi yang ada di Rumah Sakit sehingga perencanaan sedemikian rupa dapat menjamin terpenuhinya kebutuhan perbekalan farmasi di rumah sakit secara efektif dan efisien.

3. Pengadaan

Pengadaan harus menjamin ketersediaan obat yang aman efektif dan sesuai peraturan yang berlaku (legalitas) dan diperoleh dari distributor resmi.

4. Penyimpanan

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyimpanan untuk menurunkan kesalahan pengambilan obat dan menjamin mutu obat:

- a. Simpan obat dengan nama, tampilan dan ucapan mirip (look-alike, sound-alike medication names) secara terpisah dan di beri label LASA.
- b. Obat-obat dengan peringatan khusus (high alert drugs) yang dapat menimbulkan cedera jika terjadi kesalahan pengambilan, simpan di tempat khusus. Misalnya :
 - menyimpan cairan elektrolit pekat seperti KCl inj, MgSo₄, Na Bicnat, NaCl 3%□ disimpan di Instalasi Farmasi saja, tidak di simpan di ruang perawatan.
 - Obat yang termasuk kategori High Alert seperti: heparin, warfarin, insulin, kemoterapi, narkotik opiat, neuromuscular blocking agents, thrombolitik, dan agonis adrenergic di simpan terpisah di tempat khusus dan diberi label High Alert.
 - kelompok obat antidiabet jangan disimpan tercampur dengan obat lain secaraalfabetis, tetapi tempatkan secara terpisah
 - Simpan obat sesuai dengan persyaratan penyimpanan.

5. Skrining Resep

Apoteker dapat berperan nyata dalam pencegahan terjadinya medication error melalui kolaborasi dengan dokter dan pasien.

- a. Identifikasi pasien minimal dengan dua identitas, misalnya nama dan nomor rekam medik/ tanggal lahir/ nomor resep
- b. Apoteker tidak boleh membuat asumsi pada saat melakukan interpretasi resep dokter. Untuk mengklarifikasi ketidaktepatan atau ketidakjelasan resep, singkatan, hubungi dokter penulis resep.
- c. Dapatkan informasi mengenai pasien sebagai petunjuk penting dalam pengambilan keputusan pemberian obat, seperti :
 - Data demografi (umur/tanggal lahir, berat badan, jenis kelamin) dan

data klinis (alergi, diagnosis dan hamil/menyusui). Contohnya, Apoteker perlu mengetahui tinggi dan berat badan pasien yang menerima obat-obat dengan indeks terapi sempit untuk keperluan perhitungan dosis.

- Hasil pemeriksaan pasien (fungsi organ, hasil laboratorium, tanda-tanda vital dan parameter lainnya). Contohnya, Apoteker harus mengetahui data laboratorium yang penting, terutama untuk obat-obat yang memerlukan penyesuaian dosis (seperti pada penurunan fungsi ginjal).
 - Apoteker harus membuat riwayat/catatan pengobatan pasien.
- d. Strategi lain untuk mencegah kesalahan obat dapat dilakukan dengan penggunaan otomatisasi (automatic stop order), sistem komputerisasi (e-prescribing) dan pencatatan pengobatan pasien seperti sudah disebutkan diatas.
- e. Permintaan obat secara lisan hanya dapat dilayani dalam keadaan emergensi dan itupun harus dilakukan konfirmasi ulang untuk memastikan obat yang diminta benar, dengan mengeja nama obat serta memastikan dosisnya. Informasi obat yang penting harus diberikan kepada petugas yang meminta/menerima obat tersebut. Petugas yang menerima permintaan harus menulis dengan jelas instruksi lisan setelah mendapat konfirmasi.

6. Dispensing

- a. Peracikan obat dilakukan dengan tepat sesuai dengan SOP
- b. Pemberian etiket yang tepat. Etiket harus dibaca minimum tiga kali : pada saat pengambilan obat dari rak, pada saat mengambil obat dari wadah, pada saat mengembalikan obat ke rak.
- c. Dilakukan pemeriksaan ulang oleh orang berbeda.
- d. Pemeriksaan meliputi kelengkapan permintaan, ketepatan etiket, aturan pakai, pemeriksaan kesesuaian resep terhadap obat, kesesuaian resep terhadap isi etiket.

- e. Dispensing sediaan steril dilakukan dengan menggunakan teknik aseptis oleh tenaga kefarmasian yang terlatih dengan fasilitas sarana dan prasarana yang sesuai dengan standar peraturan perundang-undangan yang berlaku

7. Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE)

Edukasi dan konseling kepada pasien harus diberikan mengenai hal-hal yang penting tentang obat dan pengobatannya. Hal-hal yang harus diinformasikan dan didiskusikan pada pasien adalah :

- a. Pemahaman yang jelas mengenai indikasi penggunaan dan bagaimana menggunakan obat dengan benar, harapan setelah menggunakan obat, lama pengobatan, kapan harus kembali ke dokter
- b. Peringatan yang berkaitan dengan proses pengobatan
- c. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang potensial, interaksi obat dengan obat lain dan makanan harus dijelaskan kepada pasien
- d. Reaksi obat yang tidak diinginkan (Adverse Drug Reaction – ADR) yang mengakibatkan cedera pasien, pasien harus mendapat edukasi mengenai bagaimana cara mengatasi kemungkinan terjadinya ADR tersebut
- e. Penyimpanan dan penanganan obat di rumah termasuk mengenali obat yang sudah rusak atau kadaluarsa. Ketika melakukan konseling kepada pasien, apoteker mempunyai kesempatan untuk menemukan potensi kesalahan yang mungkin terlewatkan pada proses sebelumnya.

8. Penggunaan Obat

Apoteker harus berperan dalam proses penggunaan obat oleh pasien rawat inap di rumah sakit dan sarana pelayanan kesehatan lainnya, bekerja sama dengan petugas kesehatan lain. Hal yang perlu diperhatikan dengan prinsip 7 Benar adalah:

- a. Benar pasien
- b. Benar Obat
- c. Benar Dosis
- d. Benar Cara Pemberian

- e. Benar waktu dan Frekuensi pemberian
- f. Benar dokumentasi
- g. Benar Informasi

9. Monitoring dan Evaluasi

Apoteker harus melakukan monitoring dan evaluasi untuk mengetahui efek terapi, mewaspadaai efek samping obat, memastikan kepatuhan pasien. Hasil monitoring dan evaluasi didokumentasikan dan ditindaklanjuti dengan melakukan perbaikan dan mencegah pengulangan kesalahan. Seluruh personal yang ada di tempat pelayanan kefarmasian harus terlibat didalam program keselamatan pasien khususnya medication safety dan harus secara terus menerus mengidentifikasi masalah dan mengimplementasikan strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Faktor-faktor lain yang berkontribusi pada medication error antara lain :

1. Komunikasi (miskomunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)

Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SOP bagaimana resep/permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

2. Kondisi lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.

3. Gangguan/interupsi pada saat bekerja Gangguan/interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

4. Beban kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

5. Edukasi Staf

Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan.

Apoteker di rumah sakit atau sarana pelayanan kesehatan lainnya dapat menerapkan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Pada Pelayanan Kefarmasian yang mengacu pada buku Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) (diterbitkan oleh Depkes tahun 2006) :

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
 - a. Adanya kebijakan Instalasi Farmasi RS/Sarana Pelayanan Kesehatan lainnya tentang Keselamatan Pasien yang meliputi kejadian yang tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), Kejadian Sentinel, dan langkah-langkah yang harus dilakukan oleh apoteker dan tenagafarmasi, pasien dan keluarga jika terjadi insiden.
 - b. Buat, sosialisasikan dan penerapan SOP sebagai tindak lanjut setiap kebijakan
 - c. Buat buku catatan tentang KTD, KNC dan Kejadian Sentinel kemudian laporkan ke atasan langsung
2. Pimpin dan Dukung Staf Anda Bangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di tempat pelayanan (instalasi

farmasi/apotek)

Staf farmasi harus mendapat edukasi tentang kebijakan dan SOP yang berkaitan dengan proses dispensing yang akurat, mengenai nama dan bentuk obat-obat yang membingungkan, obat-obat formularium/non formularium, obat-obat yang ditanggung asuransi/non-asuransi, obat-obat baru dan obat-obat yang memerlukan perhatian khusus. Disamping itu petugas farmasi harus mewaspadaikan dan mencegah medication error yang dapat terjadi. Tumbuhkan budaya tidak menyalahkan (no blaming culture) agar staf berani melaporkan setiap insiden yang terjadi

3. Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah

- a. Buat kajian setiap adanya laporan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel
- b. Buat solusi dari insiden tersebut supaya tidak berulang dengan mengevaluasi SOP yang sudah ada atau mengembangkan SOP bila diperlukan

4. Kembangkan Sistem Pelaporan

- a. Pastikan semua staf Instalasi Farmasi/Apotek dengan mudah dapat melaporkan insiden kepada atasan langsung tanpa rasa takut
- b. Beri penghargaan pada staf yang melaporkan

5. Libatkan dan Komunikasi Dengan Pasien

Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien

- a. Pastikan setiap penyerahan obat diikuti dengan pemberian informasi yang jelas dan tepat
- b. Dorong pasien untuk berani bertanya dan mendiskusikan dengan apoteker tentang obat yang diterima
- c. Lakukan komunikasi kepada pasien dan keluarga bila ada insiden serta berikan solusi tentang insiden yang dilaporkan.

6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien Dorong staf untuk melakukan analisis penyebab masalah
 - a. Lakukan kajian insiden dan sampaikan kepada staf lainnya untuk menghindari berulangnya insiden
7. Cegah KTD, KNC dan Kejadian Sentinel dengan cara :
 - a. Gunakan informasi dengan benar dan jelas yang diperoleh dari system pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi
 - b. Buat solusi yang mencakup penjabaran ulang sistem (re-design system), penyesuaian SOP yang menjamin keselamatan pasien
 - c. Sosialisasikan solusi kepada seluruh staf Instalasi Farmasi

Setiap kegiatan pelayanan kefarmasian baik di rumah sakit maupun di komunitas diharapkan melakukan pencatatan dan pelaporan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien meliputi KTD, KNC, dan Kejadian Sentinel. Pelaporan di rumah sakit dilakukan sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) dan Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit - Persatuan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI). Kejadian terkait dengan keselamatan pasien dalam pelayanan farmasi komunitas di Indonesia belum mempunyai panduan pelaporan, sehingga kegiatan yang dilakukan adalah pencatatan untuk monitoring dan evaluasi. Tujuan dilakukan pelaporan Insiden Keselamatan Pasien adalah untuk menurunkan Insiden Keselamatan Pasien yang terkait dengan KTD, KNC dan Kejadian Sentinel serta meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

BAB IV

DOKUMENTASI

Sistem pelaporan mengharuskan semua orang dalam organisasi untuk peduli terhadap bahaya/potensi bahaya yang dapat terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi lebih lanjut. Pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Setiap kejadian dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit menggunakan formulir yang sudah disediakan di rumah sakit untuk diinvestigasi.

1. Prosedur Pelaporan Insiden

- a. Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi.
- b. Laporan insiden dapat dibuat oleh siapa saja atau staf farmasi yang pertamakali menemukan kejadian atau terlibat dalam kejadian.
- c. Pelaporan dilakukan dengan mengisi "Formulir Laporan Insiden" yang bersifat rahasia

2. Alur Pelaporan Insiden Ke Tim Keselamatan Pasien (KP) Di Rumah Sakit (Internal)

- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/Kejadian Sentinel) terkait dengan pelayanan kefarmasian, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/ akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera buat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada Apoteker penanggung jawab dan jangan menunda laporan (paling lambat 2 x 24 jam).
- c. Laporan segera diserahkan kepada Apoteker penanggung jawab

- d. Apoteker penanggung jawab memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- e. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan :
 1. Grade biru : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktumaksimal 1 minggu
 2. Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Apoteker penanggung jawab, waktu maksimal 2 minggu
 3. Grade kuning : Investigasi komprehensif/Root Cause Analysis (RCA) olehTim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 4. Grade merah : Investigasi komprehensif/Root Cause Analysis (RCA) olehTim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 5. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi danlaporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
 6. Tim KP di RS akan menganalisis kembali hasil investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan Root Cause Analysis (RCA) dengan melakukan Regrading
 7. Untuk Grade kuning/merah, Tim KP di RS akan melakukan Root Cause Analysis (RCA)
 8. Setelah melakukan Root Cause Analysis (RCA), Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “pembelajaran” berupa : Petunjuk / Safety alert untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali
 9. Hasil Root Cause Analysis (RCA), rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
 10. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada instalasi farmasi.
 11. Apoteker penanggung jawab akan membuat analisis dan tren kejadian di satuan kerjanya

12. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS. Peran Apoteker Dalam Penyusunan Laporan

Idealnya setiap KTD/KNC/Kejadian Sentinel yang terkait dengan penggunaan obat harus dikaji terlebih dahulu oleh apoteker yang berpengalaman sebelum diserahkan kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Tujuan pengkajian untuk memastikan bahwa laporan tersebut sudah sesuai, nama obat yang dilaporkan benar, dan memasukkan dalam kategori insiden yang benar. Kategori kesalahan dalam pemberian obat adalah :

- a. Pasien mengalami reaksi alergi
- b. Kontraindikasi
- c. Obat kadaluwarsa
- d. Bentuk sediaan yang salah
- e. Frekuensi pemberian yang salah
- f. Label obat salah / tidak ada / tidak jelas
- g. Informasi obat kepada pasien yang salah / tidak jelas
- h. Obat diberikan pada pasien yang salah
- i. Cara menyiapkan (meracik) obat yang salah
- j. Jumlah obat yang tidak sesuai
- k. ADR (jika digunakan berulang)
- l. Rute pemberian yang salah
- m. Cara penyimpanan yang salah
- n. Penjelasan petunjuk penggunaan kepada pasien yang salah

BAB V

PENUTUP

Panduan medication Safety dapat menjadi acuan bagi seluruh staf farmasi dalam menjalankan seluruh pekerjaan yang ada di farmasi. Dan menjadi prioritas utama dalam memberikan pelayanan obat ke pasien dengan mengutamakan pasien safety. Semoga dengan adanya Buku Panduan Medication Safety ini dapat menjadi acuan dalam pelayanan kefarmasian di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi.

 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI	DISTRIBUSI HASIL PEMERIKSAAN INSTALASI LABORATORIUM KLINIK IGD 24 JAM RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI		
	No Dokumen :	No Revisi :	Halaman :
	445/399/SOP/RSAM/2022	01	1/1
STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	Tanggal Terbit : 17 Januari 2022	 Dilaksanakan oleh Direktur, Drg. Busril, MPH Nip.19740227 200212 1 004	
PENGERTIAN	Adalah suatu cara mendistribusikan hasil pemeriksaan laboratorium klinik igd 24 jam.		
TUJUAN	Agar hasil pemeriksaan laboratorium dapat disampaikan secepatnya kepada DPJP.		
KEBIJAKAN	SK Dir No. 445/019/RSAM/2022 tentang Pelayanan Laboratorium Klinik Terintegrasi di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil pemeriksaan laboratorium yang telah selesai dicatat dalam buku arsip. 2. Kemudian hasil tersebut ditandatangani oleh petugas laboratorium dan diberi cap penanggung jawab labor. 3. Petugas laboratorium memanggil nama pasien. 4. Petugas laboratorium menyerahkan hasil pemeriksaan kepada petugas/kelurga pasien. 		
UNIT TERKAIT	Instalasi laboratorium klinik, Rawat Jalan, Rawat Inap.		