


PROSES ASUHAN PASIEN DALAM STANDAR AKREDITASI

HOSIZAH

Program Studi Manajemen Informasi Kesehatan

Universitas Esa Unggul Jakarta



REKAM MEDIS YANG BAIK ADALAH CERMIN DARI PRAKTIK KEDOKTERAN YANG BAIK



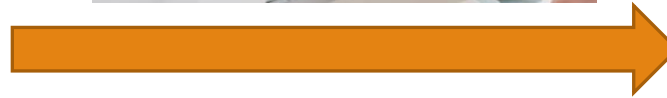
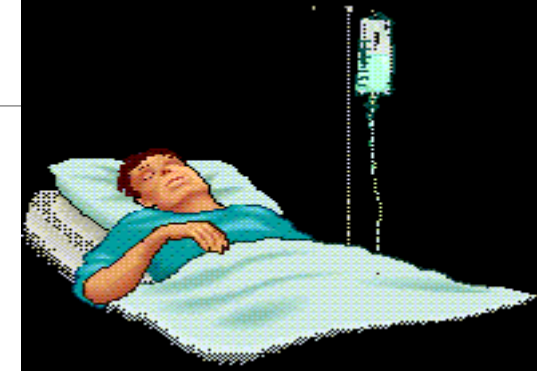
ISI REKAM KESEHATAN

Diatur oleh:

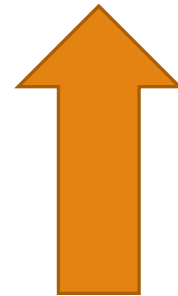
1. Federal Government (CMS) lihat hlm. 200
2. The Joint Commission
3. Medical staff bylaws

ISI REKAM MEDIS DI INDONESIA

1. PMK 269/2008
2. **Standar Akreditasi RS (KARS) → SNARS**
3. *Hospital Bylaws* (Peraturan atau Regulasi Internal RS)



REKAM MEDIS



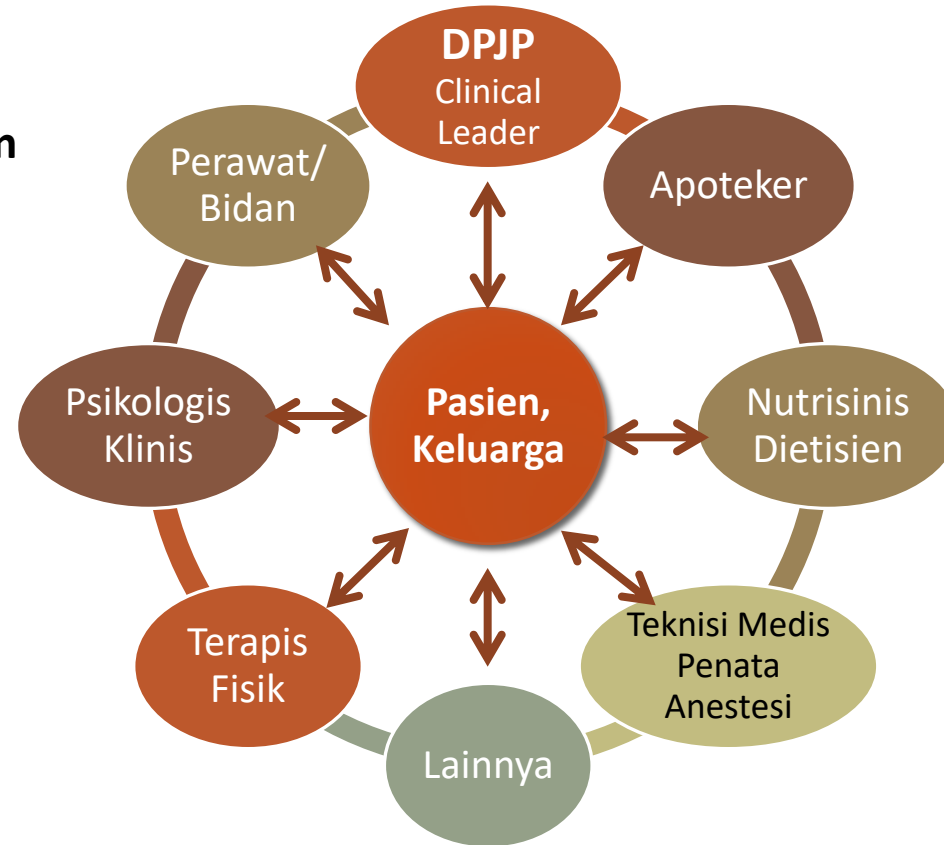
- **Yang berwenang/otoritas menulis RM**
- **Penulis RM dapat diidentifikasi**
- **Tercatat tanggal dan jam**

PERUBAHAN STANDAR AKREDITASI BARU

1. Tujuan utama Peningkatan mutu
2. Standar Akreditasi harus dinamis
3. Peran direktur sangat sentral
4. **Pelayanan berfokus pada pasien**
5. Keselamatan Pasien menjadi standar utama
6. Kesiambungan pelayanan
7. Perbaikan terus menerus

PATIENT CARE CENTER

**Profesional
Pemberi Asuhan**



PPA
Tugas Mandiri,
Tugas Kolaboratif,
Tugas Delegatif

ASUHAN BERPUSAT PADA PASIEN

- *Patient Care Center*
- Asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien
- Memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis (Institute Of Medicine/IOM)

PENGARUH PCC

1. Asesmen Awal (Medis, Keperawatan, Nakes lain)
2. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)
3. Kolaborasi Edukasi Pasien dan Rencana Pemulangan

PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN (PPA)

PPA : Tenaga Kesehatan pemberi pelayanan langsung kepada pasien (UU No. 36 Tahun 2014), al:

1. Dokter → DPJP=Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (*Clinical Leader*)
2. Perawat
3. Bidan
4. Ahli Gizi
5. Apoteker
6. Psikologi Klinis
7. Penata Anestesi
8. Terapis Fisik
9. dsb

KEGIATAN DPJP SEBAGAI *CLINICAL LEADER*

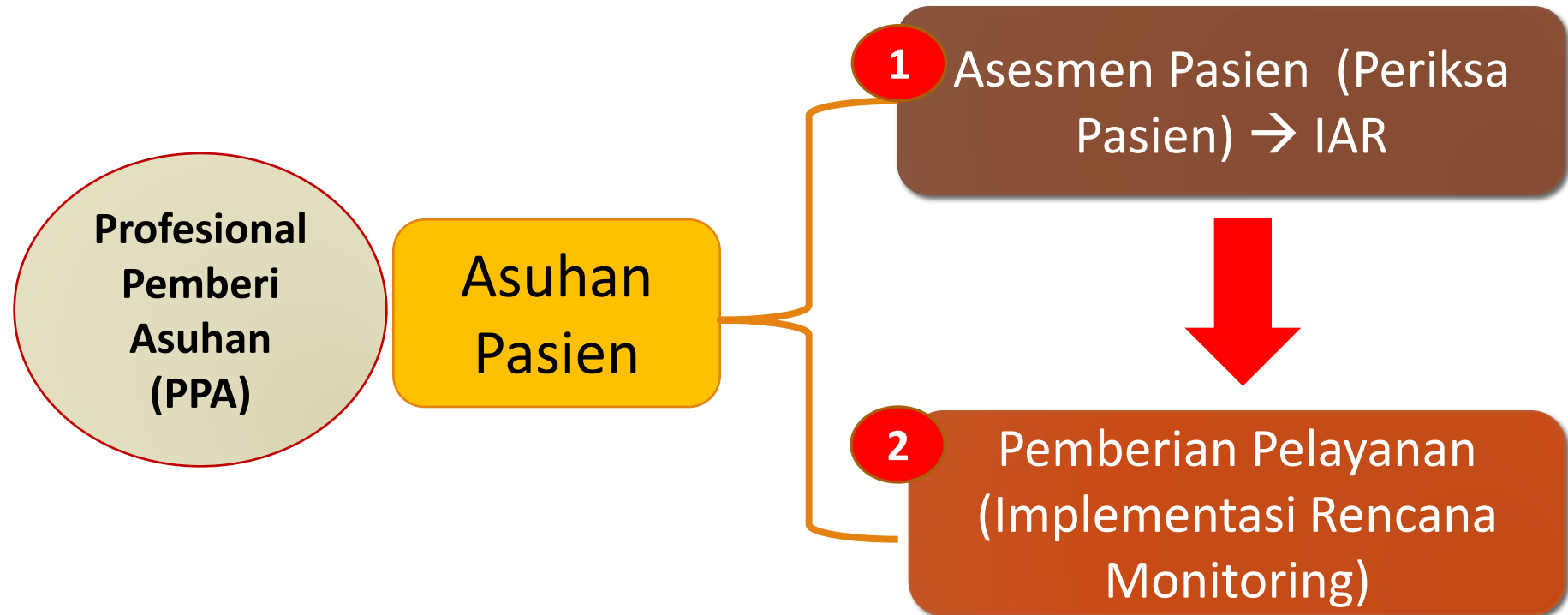
→ “Motor” Integrasi Asuhan

1. Secara rutin DPJP membaca semua info dari semua PPA, terkait Asesmen & Pelaksanaan Pelayanan, Perkembangan Pasien dalam CPPT, juga dari form lain a.l. “Nurse’s note”, form gizi dsb.
2. Review, interpretasi, sintesis dari rencana dan pelaksanaannya.
3. Menyusun skala prioritas.
4. Memberi catatan/notasi pada CPPT untuk a.l perhatian, koreksi, arahan, intruksi dsb sebagai wujud integrase (Std 2.1. EP).
5. Atau cukup memberi paraf (verifikasi) pada setiap lembar CPPT, bila asuhan sudah sesuai dengan rencana dan pencapaian sasaran.
6. Meningkatkan kolaborasi intra-inter profesional.

PROSES ASUHAN PASIEN



KEGIATAN ASUHAN PASIEN OLEH PPA



PERSETUJUAN (*CONSENT*)

1. Persetujuan Umum atau *General consent* (HPK 6.3): pernyataan kesepakatan yang diberikan oleh pasien terhadap peraturan rumah sakit yang bersifat umum, **memuat**:
 - 1) Persetujuan rawat inap
 - 2) Penanganan barang-barang milik pasien
 - 3) Persetujuan pelepasan informasi
 - 4) Hak dan kewajiban pasien
 - 5) Informasi rawat inap

CONTOH PERSETUJUAN UMUM

1. Persetujuan untuk pengobatan
2. Persetujuan pelepasan informasi
3. Keinginan untuk privasi
4. Barang milik pasien
5. Informasi rawat inap
6. Informasi biaya
7. Hak dan kewajiban pasien

PERNYATAAN PERSETUJUAN

2. Pernyataan persetujuan (*informed consent*)

- 1) Pernyataan persetujuan (informed consent) dari pasien (Std. 6)
- 2) Pada saat permintaan informed consent (HPK 6.4):
 - ✓ Mencatat identitas orang yang memberikan penjelasan
 - ✓ IC diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi
- 3) *Informed consent* diperoleh sebelum pasien berpartisipasi dalam penelitian klinis, pemeriksaan/investigasi klinis, dan percobaan klinis (Std HPK. 8)

ASESMEN AWAL

1. Asesmen Awal IGD, RJ dan Rawat Inap
2. Pasien (Skrining, “Periksa Pasien”) - **IAR**

I = Informasi dikumpulkan (S-O)

A = Analisis Informasi (A)

R = Rencana Asuhan (P)

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT)

S = Subjective

O = Objective

A = Assessment

P = Planning

ISI MINIMAL DOKUMEN ASESMEN AWAL

1. Riwayat kesehatan, Pemeriksaan fisik, Diagnosis/Masalah , Rencana Asuhan (IAR)
2. Alergi
3. Asesmen Psikologis, Sosial dan Ekonomi
4. Asesmen Nyeri
5. Risiko Jatuh Asesmen Fungsional
6. Risiko Nutrisional
7. Kebutuhan Edukasi
8. Discharge Planning/Perencanaan Pulang Pasien

ISI REKAM MEDIS RAWAT INAP (MINIMAL)

1. Asesmen Awal Medis
2. Asesmen Awal Keperawatan: IAR
3. Asesmen Kebutuhan Edukasi
4. Form Komunikasi Informasi /Edukasi Harian
5. Catatan Tindakan Keperawatan /Nurse's Note
6. Asesmen Pra Sedasi/Anestesi
7. Asesmen Ulang Nyeri
8. Asesmen Risiko Jatuh, Asesmen Status Fungsional
9. Form Gizi Lanjutan

ISI REKAM MEDIS RAWAT INAP (MINIMAL)

10. Discharge Planning
11. Konsultasi Medis
12. Asesmen Pasien Terminal
13. Integrated Clinical Pathway
14. Asesmen Ulang – CPPT
15. Plan of Care
16. Form u. Case Manager
17. Asesmen Awal Tambahan/Khusus

ISI REKAM MEDIS RAWAT INAP (MINIMAL)

18. Pengawasan Khusus (a.l infus, intake cairan. Output cairan, transfusi)
19. Daftar masalah medis
20. Asesmen Restrain
21. Lain-lain

ISI MINIMAL RM DI IGD

1. [Triage](#)
2. Asesmen Awal Medis
3. Asesmen Awal Keperawatan
4. Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT)
5. Catatan Tindakan Keperawatan (Nurse's Note)
6. Konsultasi Medis
7. Formulir Transfer Intra RS
8. Formulir Transfer Ekstra RS
9. Monitoring Pasien di Ambulans
10. Form Penilaian Kebutuhan Transportasi