

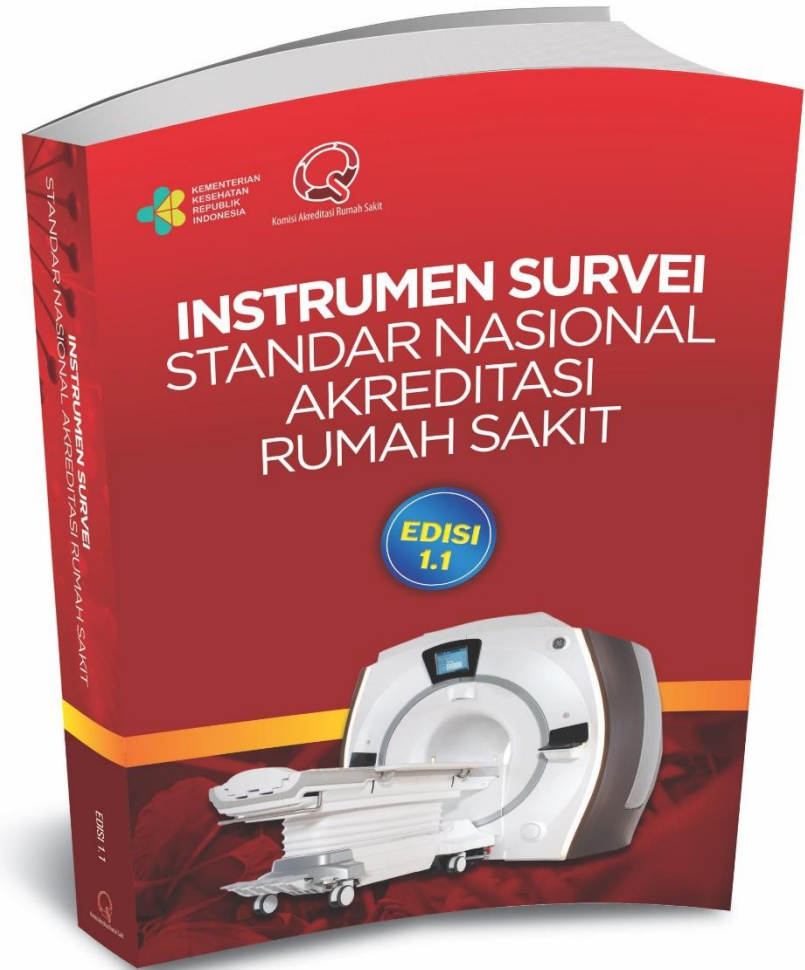


# **SURVEI TERFOKUS PELAYANAN ICU**

**dr. Iwan Abdul Rachman, SpAn-KNA, M.Kes**

# **Pokok Bahasan**

- 1. Akreditasi Rumah Sakit**
- 2. Survei Terfokus**
- 3. Survei Akreditasi Pelayanan ICU**



# Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1.

No	Bab	Jml Std	Jml EP
1	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	10	37
2	Akses ke Rumah Sakit & Kontinuitas Pelayanan (ARK)	23	100
3	Hak Pasien & Keluarga (HPK)	27	99
4	Asesmen Pasien (AP)	39	163
5	Pelayanan & Asuhan Pasien (PAP)	21	81
6	Pelayanan Anestesi & Bedah (PAB)	20	70
7	Pelayanan Kefarmasian & Penggunaan Obat (PKPO)	21	80
8	Manajemen Komunikasi & Edukasi (MKE)	13	49
9	Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (PMKP)	19	80
10	Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI)	28	103
11	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	28	127
12	Manajemen Fasilitas & Keselamatan (MFK)	24	105
13	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	26	96
14	Manajemen Informasi & Rekam Medis (MIRM)	21	77
15	Program Nasional	12	58
16	Integrasi Pendidikan Kes dlm Pelayanan RS (IPKP)	6	21
<b>TOTAL JUMLAH STANDAR &amp; ELEMEN PENILAIAN</b>		<b>338</b>	<b>1346</b>

# Proses Akreditasi Rumah Sakit



**AKREDITASI**

**VS**

**PANDEMIK**

**COVID-19**

# EMERGENCY

- ✓ PREPAREDNESS
- ✓ RESPONSE
- ✓ MITIGATION
- ✓ RECOVERY



**STANDAR  
ELEMEN PENLAIAN**

## ❑ **Definisi**

Survei Terfokus (Surfok) adalah survei langsung yang terbatas dalam lingkup, konten, dan lamanya, dan dirancang untuk mengumpulkan informasi tentang suatu masalah, standar, atau elemen penilaian secara spesifik, atau pelayanan yang berisiko tinggi.

## ❑ **Survei terfokus** terdiri dari:

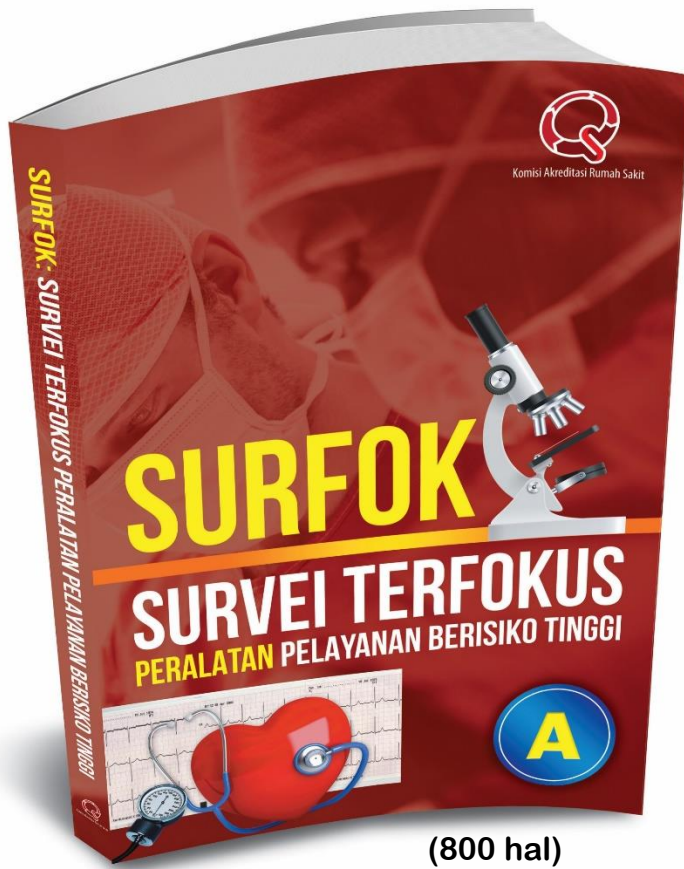
### **A. Survei terfokus pelayanan berisiko tinggi**

1. Survei terfokus **peralatan** pelayanan berisiko tinggi
2. Survei terfokus **sistem** pelayanan berisiko tinggi

### **B. Survei terfokus khusus**

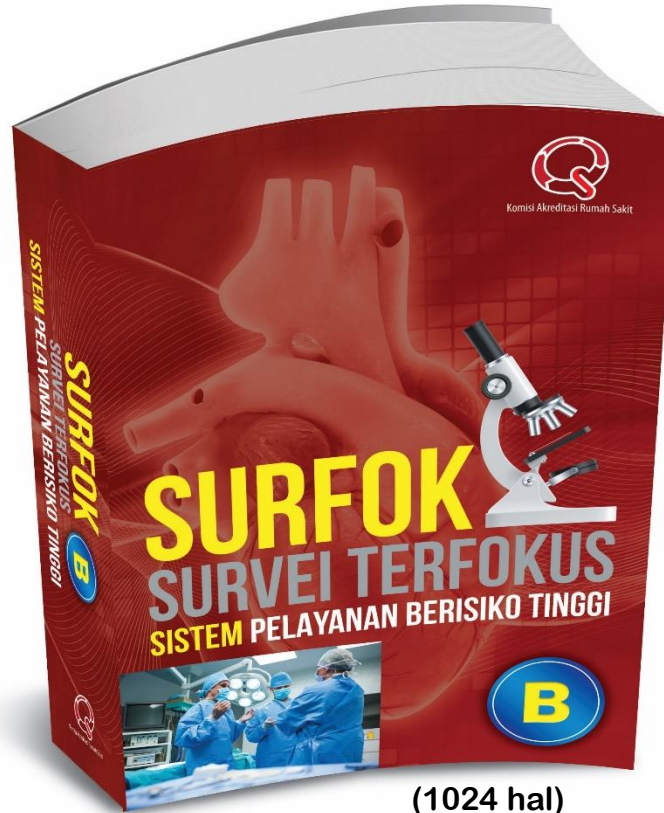
1. Survei terfokus penambahan/perluasan pelayanan lebih dari 20 %
2. Survei terfokus atas rekomendasi surveior.
3. Survei terfokus berdasarkan laporan masyarakat, instansi pemerintah, media massa/sosial dan lainnya
4. Survei terfokus banding





(800 hal)

1. ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy)
2. Hemodialisis
3. Hiperbarik
4. Kateterisasi Jantung
5. MRI dan/atau CT Scan
6. Radiologi Intervensional

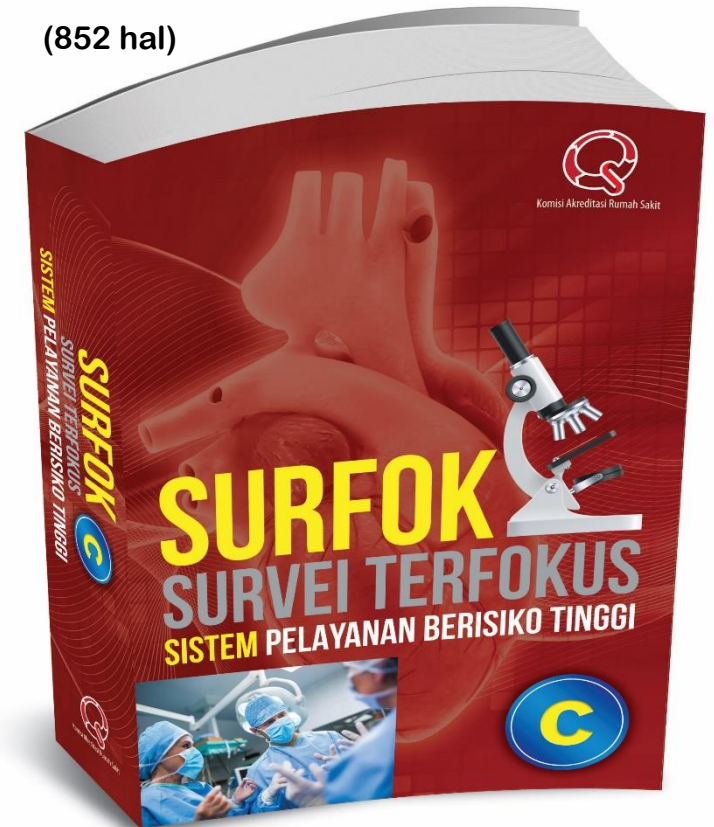


(1024 hal)

1. ERIA (Emergensi dan Rawat Intensif Anak)
2. HCU
3. ICU
4. Luka Bakar
5. Pelayanan Neonatal
6. Pelayanan Stroke

1. Kemoterapi
2. Onkologi Radiasi
3. Senter Pelayanan Jantung
4. Sterilisasi Sentral
5. Thalasemia
6. TRB (Teknologi Reproduksi Berbantu)

(852 hal)



Jenis Surfok	Tujuan Surfok	Penghargaan
<input type="checkbox"/> <b><u>Surfok</u></b> <b><u>Pelayanan</u></b> <b><u>Risiko Tinggi.</u></b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ESWL (extracorporeal shock wave lithotripsy).</li> <li>2. Hemodialisis.</li> <li>3. Hiperbarik.</li> <li>4. Kateterisasi Jantung.</li> <li>5. MRI dan/atau CT Scan.</li> <li>6. Radiologi Intervensional.</li> </ol>	<b>Sertifikat</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ERIA (Emergensi dan Rawat Intensif Anak).</li> <li>2. HCU.</li> <li>3. ICU.</li> <li>4. Luka Bakar.</li> <li>5. Pelayanan Neonatal.</li> <li>6. Pelayanan Stroke.</li> </ol>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemoterapi.</li> <li>2. Onkologi Radiasi.</li> <li>3. Senter Pelayanan Jantung.</li> <li>4. Sterilisasi Sentral.</li> <li>5. Talasemia.</li> <li>6. TRB (Teknologi Reproduksi Berbantu).</li> </ol>	

**Buku A**  
**Peralatan**  
800 hal

**Buku B**  
**Sistem**  
1024 hal

**Buku C**  
**Sistem**  
852 hal

Jenis Surfok	Tujuan Surfok	Penghargaan
<p><b>☐ <u>Surfok Khusus I</u> :</b>  <b>Penambahan Pelayanan lebih dari 20 %.</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perubahan Nama RS. *)</li> <li>2. Perubahan kepemilikan RS. *)</li> <li>3. Perubahan lokasi/alamat RS.</li> <li>4. Perubahan bentuk badan hukum RS.</li> <li>5. Perubahan kelas RS (Naik kelas).</li> <li>6. Perubahan Jenis RS (a.l. Khusus ke Umum).</li> <li>7. Renovasi/pembangunan RS yang cukup luas, misalnya penambahan TT lebih dari 20 %, termasuk pindah gedung dalam alamat yg sama.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sertifikat</li> <li>2. Surat Keterangan</li> <li>3. Sertifikat</li> <li>4. Surat Keterangan</li> <li>5. Surat Keterangan</li> <li>6. Sertifikat</li> <li>7. Surat Keterangan</li> </ol> <p><i>*) Dokumen saja, Tanpa biaya.</i></p>

Jenis Surfok	Tujuan Surfok	Penghargaan
<input type="checkbox"/> <b>Surfok Khusus II : Atas Rekomendasi Surveior</b>	1. Ketidapatuhan terhadap kesediaan menyerahkan data hasil monitoring Kemkes / Dinkes a.l. tentang perijinan, keselamatan kebakaran, pemeriksaan sanitasi RS, dsb.	1. Surat Keterangan 2. Surat Keterangan 3. Surat Keterangan 4. Surat Keterangan
<input type="checkbox"/> <b>Surfok Khusus III : Berdasarkan Laporan Masyarakat /Instansi Pemerintah.</b>	2. Ketidaksesuaian Isi Aplikasi dan Fakta yg ditemukan Surveior. 3. Kejadian Sentinel terkait Keselamatan Pasien yg tidak dilaporkan atau saat survei. 4. Risiko keamanan yg membahayakan pasien, pengunjung dan staf yg ditemukan pd saat survei, dapat berakibat pd hasil akreditasi sampai masalah tsb dapat diatasi dgn baik.	
<input type="checkbox"/> <b>Surfok Khusus IV : Banding</b>	<b>Banding terhadap standar / bab.</b>	<b>Sertifikat</b>
<input checked="" type="checkbox"/> Surfok dilaksanakan sesuai permohonan dari Rumah Sakit.		

**APA YANG HARUS DISIAPKAN RS?**



I. Baca dengan Cermat, Berulang, Komprehensif :

## SEMILA

S = Standar

E = Elemen Penilaian

M = Maksud & Tujuan;

I = Instrumen / Telusur

L = Link ke Standar-EP lain

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

II. Setelah memahami SEMILA maka tentukan substansinya :

1)

2)

Apa yang Wajib/Harus ada atau dilakukan - Must have/ do  
Apa yg tidak wajib, tetapi bila ada akan lebih baik - Nice to have/ do

# STANDAR & ELEMEN PENILAIAN

1. TKRS	:	18	EP	8. ARK	:	11	EP
2. SKP	:	16	EP	9. PAP	:	24	EP
3. PMKP	:	2	EP	10. AP	:	29	EP
4. PPI	:	4	EP	11. HPK	:	8	EP
5. MFK	:	19	EP	12. MKE	:	6	EP
6. KKS	:	14	EP	13. MIRM	:	6	EP
7. PAB	:	11	EP	14. PKPO	:	4	EP

Bersumber dari **338 Standar dari 1353 EP** dari SNARS Edisi 1.1

## ❑ Instrumen Akreditasi Surfok Pelayanan Berisiko Tinggi

terdiri dari:

- 1) **Form A : Skrining Surfok** : Berisikan persyaratan dari Peraturan Perundang-undangan / standar Profesi, dan sebagainya.
- 2) **Form B : Skenario Surfok** : Skenario berisi daftar topik telusur, standar, Elemen Penilaian dan kode ReDoWSKo, yang bersumber dari 338 standar dan 1353 EP dari SNARS edisi 1.1. form ini digunakan untuk telusur.
- 3) **Form C : Instrumen Surfok** : form C digunakan untuk Skoring. Form C dibuat per Bab dengan materi form B, dan ada tambahan **kolom telusur surfok**.
- 4) **Form D : Tabel Rekapitulasi** Standar dan elemen penilaian Surfok serta lampiran berupa ceklis



# Instrumen Akreditasi Surfok Pelayanan Risiko Tinggi : ICU

**Form A :**

**SKRINING SURFOK PELAYANAN ICU**

# A.SKRINING SURFOK PELAYANAN ICU

<b>A. REGULASI</b>				
1	Sesuai peraturan perundang-undangan	+	+	
<b>B. Pimpinan Unit ICU</b>				
2	SK Direktur pembentukan Unit ICU	+	+	
3	Kepala Instalasi ICU: Dokter Intensivis	+	+	
<b>C. SUMBER DAYA MANUSIA</b>				
	<b>1. MEDIS</b>			
4	a. Dokter Intensivis	+	+	
5	b. Dokter Spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan)	+	+	
6	c. Dokter Jaga 24 jam dengan kemampuan FCCS dan BASIC Course	+	+	
	<b>2. Keperawatan</b>			
7	Minimal 75% dari jumlah seluruh perawat di ICU merupakan perawat terlatih dan bersertifikat ICU	+	+	
	<b>3. Tenaga Kesehatan lainnya</b>			
8	- Tenaga laboratorium	+	+	
	- Tenaga kefarmasian	+	+	
	- Tenaga rekam medis	+	+	

<b>D. SARANA PRASARANA</b>				
<b>No</b>	<b>MATERI</b>	<b>ICU SEKUNDER</b>	<b>ICU TERSIER</b>	<b>YA/TIDAK</b>
9	Dianjurkan satu komplek dengan kamar bedah dan kamar pulih, berdekatan atau mempunyai akses yang mudah ke Unit Gawat Darurat, laboratorium dan radiologi	+	+	
<b>1. DESAIN GEDUNG :</b>				
10	Terisolasi - Mempunyai standar tertentu terhadap:	+	+	
	a. Bahaya api	+	+	
	b. Ventilasi	+	+	
	c. AC	+	+	
	d. Exhaust fan	+	+	
	e. Pipa air	+	+	
	f. Komunikasi	+	+	
	g. Bakteriologis	+	+	
	h. Kabel Monitor	+	+	
	i. Lantai mudah dibersihkan, keras dan rata	+	+	
11	Area Pasien :			
12	Unit terbuka 12-16 m <sup>2</sup>	+	+	
13	Unit tertutup 16-20 m <sup>2</sup>	+	+	
14	Outlet oksigen	+	+	
15	Vakum	+	+	
16	Stop kontak	+	+	

17	Area Kerja:			
18	Lingkungan	+	+	
19	Suhu	+	+	
20	Humiditas	+	+	
21	Ruang isolasi	+	+	
22	Ruang penyimpanan peralatan dan barang	+	+	
23	Ruang tempat buang kotoran	+	+	
24	Ruang perawat	+	+	
25	Ruang staff dokter	+	+	
26	Ruang tunggu	+	+	
27	Keluarga pasien	+	+	
28	Laboratorium	+	+	
29	Daftar syarat Gedung pada lampiran A-1			
30	<b>2. Daftar alat</b>	Lihat daftar alat sesuai lampiran A-2	Lihat daftar alat sesuai lampiran A-2	

**E.Cakupan Pelayanan**

31	Resusitasi Jantung Paru	+	+	
32	Pengelolaan jalan nafas termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik	+	+	
33	Terapi Oksigen	+	+	
34	Pemasangan kateter vena sentral	+	+	
35	Pemantauan EKG, pulsoksimetri dan tekanan darah non invasif	+	+	
36	Pelaksanaan terai secara titrasi	+	+	
37	Pemberian nutrisi Enteral dan Parenteral	+	+	
38	Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh	+	+	
39	Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat	+	+	
40	Kemampuan melakukan fisioterapi dada	+	+	
41	Hemodialisis kontinyu Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT)	+	+	
42	Melakukan hemodialysis intermiten	+	+	

<b>E. Dokumen</b>				
43	SOP		+	+
44	Indikasi Masuk		+	+
45	Indikasi Keluar		+	+
46	Pengisian lembar pemantauan terapi dan evaluasi terintegrasi		+	+
47	Kalibrasi alat-alat		+	+

Direktur Rumah Sakit

(.....)



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 1778/MENKES/SK/XII/2010

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN *INTENSIVE CARE UNIT (ICU)* DI  
RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk memenuhi kebutuhan pelayanan observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia, diperlukan *Intensive Care Unit (ICU)* yang perlu didukung kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik;
- b. bahwa dalam rangka menyelenggarakan pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* efektif dan efisien serta pelayanan yang berkualitas dan mengedepankan keselamatan pasien di rumah sakit perlu disusun suatu pedoman;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *Intensive Care Unit (ICU)* di Rumah Sakit;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 125, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4437), sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-undang Nomor 12 Tahun 2008 tentang Perubahan Kedua



MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 519/MENKES/PER/III/2011

TENTANG

PEDOMAN PENYELENGGARAAN PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN  
TERAPI INTENSIF DI RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa pelayanan anestesiologi dan terapi intensif di rumah sakit merupakan salah satu bagian dari pelayanan kesehatan yang saat ini peranannya berkembang dengan cepat;
- b. bahwa Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 779/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit tidak sesuai lagi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
6. Peraturan ...



## **BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA**

No.1197, 2016

KEMENKES. Rumah Sakit. Bangunan dan  
Prsarana. Persyaratan Teknis.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 24 TAHUN 2016  
TENTANG  
PERSYARATAN TEKNIS BANGUNAN DAN PRASARANA RUMAH SAKIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 10 ayat (3) dan Pasal 11 Ayat (6) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit dan Pasal 13 ayat (5) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Persyaratan Teknis Bangunan dan Prasarana Rumah Sakit;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);  
2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1221);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG  
PERSYARATAN TEKNIS BANGUNAN DAN PRASARANA  
RUMAH SAKIT.



*Instrumen Akreditasi*  
*Surfok Pelayanan Risiko Tinggi :*  
*ICU*

**Form B :**

**SKENARIO PELAYANAN ICU**

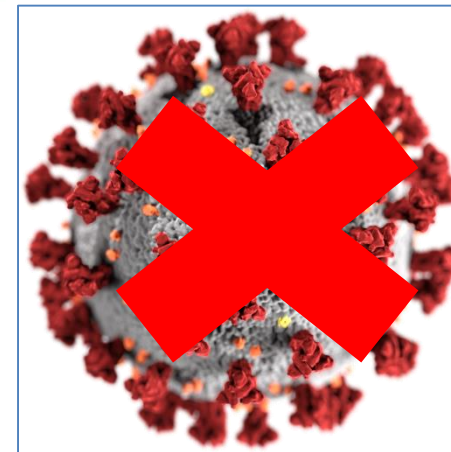
## B. SKENARIO PELAYANAN ICU

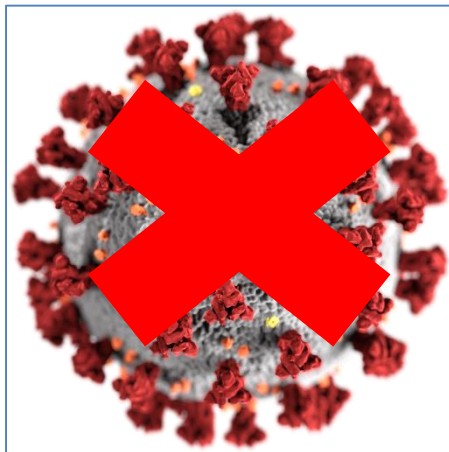
- I. ORGANISASI: a.l. tentang Pengorganisasian, Kepala/Penangguna-jawab
- II. KETENAGAAN: a.l tentang kredensial, diklat, evaluasi kinerja
- III. FASILITAS: a.l. tentang ruangan, tempat tidur
- IV. PERALATAN: a.l tentang kalibrasi, pemeliharaan
- V. MUTU, RISIKO & KESELAMATAN PASIEN: a.l tentang indikator mutu, data, SKP, PPI
- VI. PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN: a.l. tentang indikasi masuk/keluar, asuhan pasien, integrasi asuhan pelayanan
- VII. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)
- VIII. EDUKASI DAN PERSETUJUAN PRIVASI: a.l. tentang privasi, HPK
- IX. LINGKUNGAN, LIMBAH: a.l. tentang limbah B3, ipal, K3, MFK
- X. PENDOKUMENTASIAN: a.l tentang administrasi, Rekam Medis

I. ORGANISASI									
No.	TELUSUR	STANDAR	EP	R	D	O	W	S	Ket
1	Ada penetapan jenis pelayanan ICU yang diberikan di RS sesuai dengan misi Rumah Sakit	TKRS 3.1	EP 1	+					
2	Ada penetapan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit sampai dengan unit pelayanan ICU	TKRS 8	EP 1	+					
3	Ada regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan dan termasuk bila ada koordinator pelayanan, yang tertuang di dalam pedoman pengorganisasian unit pelayanan ICU	TKRS 9	EP 1	+					
4	Kepala unit pelayanan dan koordinator pelayanan (bila ada) di ICU telah sesuai dengan persyaratan jabatan yang ditetapkan	TKRS 9	EP 2		+		+		
5	Unit pelayanan ICU telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan tentang pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan tentang pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan dan ketrampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien	TKRS 10	EP 1	+					

6	Setiap staf ICU memiliki uraian jabatan termasuk bila melakukan rangkap jabatan	KKS 2.3	EP 3	+					
7	Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja staf medis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial dan penilaian kinerja untuk ICU	TKRS 6	EP 2	+					
8	Rumah Sakit mempunyai dokumen kontrak untuk semua kontrak yang sudah dilaksanakan	TKRS 6	EP 3		+		+		
9	RS Telah melakukan evaluasi tentang integritas setiap pemasok di rantai distribusi alat obat di ICU bila ada	TKRS 7.1	EP 3		+		+		
10	Direktur Rumah Sakit telah menerapkan persyaratan teknis bangunan dan prasarana ICU sesuai dengan peraturan perundang-undangan	MFK 1	EP 2		+		+		

I. ORGANISASI									
No.	TELUSUR	STANDAR	EP	R	D	O	W	S	Ket
1	Ada penetapan jenis pelayanan ICU yang diberikan di RS sesuai dengan misi Rumah Sakit	TKRS 3.1	EP 1	+					
2	Ada penetapan struktur organisasi dan tata kerja Rumah Sakit sampai dengan unit pelayanan ICU	TKRS 8	EP 1	+					
3	Ada regulasi tentang persyaratan jabatan, uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang untuk setiap kepala unit pelayanan dan termasuk bila ada koordinator pelayanan, yang tertuang di dalam pedoman pengorganisasian unit pelayanan ICU	TKRS 9	EP 1	+					
4	Kepala unit pelayanan dan koordinator pelayanan (bila ada) di ICU telah sesuai dengan persyaratan jabatan yang ditetapkan	TKRS 9	EP 2		+		+		
5	Unit pelayanan ICU telah mempunyai pedoman pelayanan yang menguraikan tentang pelayanan saat ini dan program kerja yang menguraikan tentang pelayanan yang direncanakan dan mengatur pengetahuan dan ketrampilan staf klinis yang melakukan asesmen pasien dan kebutuhan pasien	TKRS 10	EP 1	+					





6	Setiap staf ICU memiliki uraian jabatan termasuk bila melakukan rangkap jabatan	KKS 2.3	EP 3	+		+			
7	Rumah Sakit mempunyai regulasi tentang perjanjian kerja staf medis yang antara lain meliputi kredensial, rekredensial dan penilaian kinerja untuk ICU	TKRS 6	EP 2	+					
8	Rumah Sakit mempunyai dokumen kontrak untuk semua kontrak yang sudah dilaksanakan	TKRS 6	EP 3	+		+			
9	RS Telah melakukan evaluasi tentang integritas setiap pemasok di rantai distribusi alat obat di ICU bila ada	TKRS 7.1	EP 3	+		+			
10	Direktur Rumah Sakit telah menerapkan persyaratan teknis bangunan dan prasarana ICU sesuai dengan peraturan perundang-undangan	MFK 1	EP 2	+		+			

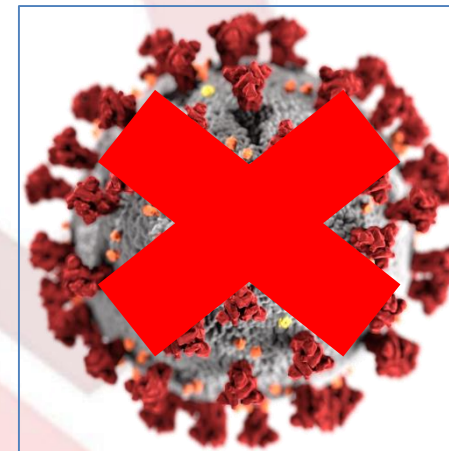
II.KETENAGAAN									
11	Semua staf ICU mengikuti pelatihan penanggulangan kebakaran minimal 1	MFK 7.1	EP 1		+	+			
12	Pengetahuan staf ICU dites dan disimulasikan sesuai peran mereka dalam setiap program manajemen fasilitas. Kegiatan pelatihan setiap staf didokumentasikan	MFK 11	EP 4		+	+			
13	Staf ICU diberi pelatihan untuk menjalankan peralatan medis sesuai uraian tugasnya dan dilakukan tes secara berkala	MFK 11.2	EP 1		+	+	+		
14	Staf ICU diberi pendidikan dan pelatihan profesional berkelanjutan di dalam atau di luar rumah sakit yang relevan untuk meningkatkan kemampuannya	KKS 8	EP 3		+	+			
15	Ada bukti pemberian kewenangan klinis pada dokter di ICU berdasarkan rekomendasi kewenangan klinis dari Komite Medis	KKS 10	EP 2		+	+			

16	Ada bukti pelaksanaan pemberian kewenangan tambahan untuk staf medis di ICU setelah melakukan verifikasi dari sumber yang mengeluarkan kredensial	KKS 10	EP 3		+	+			
17	Surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis anggota staf medis yang bekerja di ICU dalam bentuk tercetak atau elektronik (softcopy) atau media lain tersedia di semua unit pelayanan	KKS 10	EP 4		+	+			
18	Setiap anggota staf medis hanya memberikan pelayanan spesifik yang ditentukan oleh rumah sakit	KKS 10	EP 5		+	+			
19	Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis bagi perawat ICU sesuai dengan peraturan perundang-undangan	KKS 14	EP 2		+	+			
20	Ada dokumentasi evaluasi kinerja klinis staf keperawatan ICU tahunan	KKS 15	EP 3		+	+			

21	Ada dokumentasi evaluasi kinerja klinis profesional pemberi asuhan dan staf klinis lainnya yang bekerja di ICU setiap tahun	KKS 18	EP 3		+	+			
22	Sistem dan peralatan pemadam kebakaran di ICU diperiksa, diujicoba dan dipelihara sesuai dengan perturan perundang-undangan dan didokumentasikan	MFK 7.1	EP 3		+	+			
23	Dalam orientasi di ICU, diberikan materi tentang peningkatan Mutu dan keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian infeksi	TKRS 9	EP 6		+	+			
24	Ada bukti staf telah lulus dari pelatihan dan dapat memperagakan	KKS 8.1	EP 3		+	+	+		
25	Staf yang kompeten dan berwenang dari unit intensif atau unit spesialisik terlibat dalam menentukan kriteria	ARK 2.3	EP 2		+	+			

26	Staf terlatih untuk melaksanakan kriteria (D,W)	ARK 2.3	EP 3		+	+			
27	Catatan medis pasien yang diterima masuk di atau keluar dari unit intensif atau unit spesialisik memuat bukti bahwa pasien memenuhi kriteria masuk atau keluar (D,W)	ARK 2.3	EP 4		+	+			
28	Bila dilaksanakan rawat bersama agar dipilih DPJP Utama sesuai kriteria, sebagai koordinator asuhan pasien (D,W)	ARK 3.2	EP 4		+	+			
29	PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen	AP 3	EP 2		+	+			
30	Asesmen gawat darurat dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang	AP 3	EP 3		+	+			
31	Ada bukti staf yang kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring evaluasi	PAP 3.3			+	+			

21	Ada dokumentasi evaluasi kinerja klinis profesional pemberi asuhan dan staf klinis lainnya yang bekerja di ICU setiap tahun	KKS 18	EP 3		+	+		
22	Sistem dan peralatan pemadam kebakaran di ICU diperiksa, diujicoba dan dipelihara sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan didokumentasikan	MFK 7.1	EP 3		+		+	
23	Dalam orientasi di ICU, diberikan materi tentang peningkatan Mutu dan keselamatan pasien serta pencegahan dan pengendalian infeksi	TKRS 9	EP 6		+		+	
24	Ada bukti staf telah lulus dari pelatihan dan dapat memperagakan	KKS 8.1	EP 3		+		+	+
25	Staf yang kompeten dan berwenang dari unit intensif atau unit spesialisik terlibat dalam menentukan kriteria	ARK 2.3	EP 2		+		+	



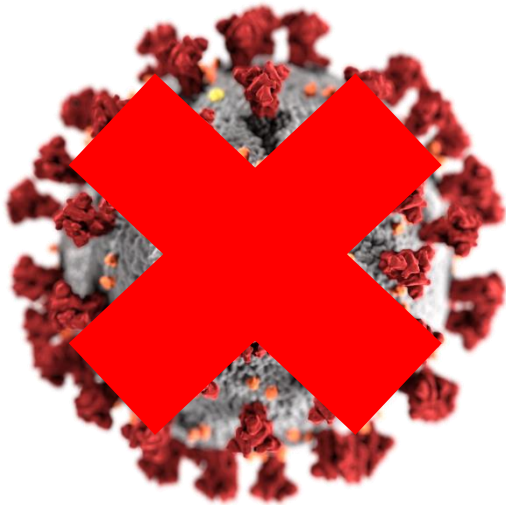


III.FASILITAS : (ruangan, TT)									
32	Rumah Sakit telah melakukan pemeriksaan fasilitas secara berkala, membuat rencana perbaikan dan telah melaksanakan perbaikan	MFK 4	EP 5	+	+	+			
33	Rumah Sakit telah menyediakan fasilitas yang aman sesuai dengan peraturan perundang-undangan	MFK 4	EP 7		+	+			
34	Listrik dan teknologi informasi tersedia 24 jam setiap hari, 7 hari dalam seminggu	MFK 9.2	EP 3		+	+			
35	Rumah Sakit telah melakukan monitoring mutu air sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan terdokumentasi	MFK 9.3	EP 2	+		+			

IV.PERALATAN:									
36	Ada bukti peralatan medis diperiksa secara teratur (lihat juga AP 5.5 dan AP 6.5a) (D,O,W)	MFK 8	EP 3	+	+	+			
37	Peralatan medis diuji fungsi sejak baru dan sesuai umur, penggunaan dan rekomendasi pabrik (lihat juga AP.5.5, dan AP.6.5).(D,W)	MFK 8	EP 4	+		+			
38	Ada bukti program ICU untuk pemeliharaan preventif termasuk kalibrasi sudah dilaksanakan	MFK 8	EP 5	+	+	+			
39	Ada bukti ICU mengidentifikasi area dan pelayanan yang beresiko paling tinggi bila terjadi kegagalan listrik, air bersih terkontaminasi atau terganggu, serta gangguan teknologi informasi	MFK 9.2	EP 4	+		+			
40	Ada bukti ICU berusaha untuk mengurangi resiko bila hal itu terjadi (tata kelola risiko)	MFK 9.2	EP 5	+		+			

	<b>V. MUTU, RISIKO &amp; KESELAMATAN PASIEN</b>									
41	Ada bukti semua pelayanan yang disediakan berdasarkan kontrak atau perjanjian lain mempunyai indikator mutu dan sudah dilakukan pengumpulan datanya	TKRS 6.1	EP 2	+						
42	Komite/Tim PMKP telah melakukan data dan feedback data dan laporan	TKRS 6.1	EP 3		+		+			
43	Kepala bidang/divisi telah melakukan analisis data dan feedback data dan laporan	TKRS 7	EP 5		+		+			
44	Kepala ICU telah melakukan pengumpulan data dan membuat laporan terintegrasi secara berkala	TKRS 11	EP 3		+		+			
45	Kepala ICU menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evakuasi terhadap praktik profesional berkelanjutan dari dokter yang memberikan layanan di Unit tersebut, sesuai regulasi rumah sakit	TKRS 11.1	EP 1		+		+			

46	Kepala ICU menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evakuasi terhadap kinerja staf perawat, sesuai regulasi rumah sakit	TKRS 11.1	EP 2		+		+			
47	Kepala ICU menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi staf klinis pemberi asuhan lainnya sesuai regulasi rumah sakit	TKRS 11.1	EP 3		+		+			
48	Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut	PPI 7	EP 4		+		+			
49	Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar	PPI 9.1	EP 2				+	+		
50	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit	SKP 1	EP 2		+	+	+			



46	Kepala ICU menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evakuasi terhadap kinerja staf perawat, sesuai regulasi rumah sakit	TKRS 11.1	EP 2		+		+			
47	Kepala ICU menyediakan data yang digunakan untuk melakukan evaluasi staf klinis pemberi asuhan lainnya sesuai regulasi rumah sakit	TKRS 11.1	EP 3		+		+			
48	Rumah sakit telah melaksanakan kegiatan pelatihan untuk menurunkan risiko infeksi di dalam proses-proses kegiatan tersebut	PPI 7	EP 4		+		+			
49	Alat pelindung diri sudah digunakan secara tepat dan benar	PPI 9.1	EP 2				+	+		
50	Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit	SKP 1	EP 2		+		+	+		

51	Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan prosedur diagnostik, dan terapeutik	SKP 1	EP 3			+	+	+		
52	Pasien ICU diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet	SKP 1	EP 4			+	+	+		
53	Pasien ICU diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, kateterisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma	SKP 1	EP 5			+	+	+		
54	Pelaksanaan pelaporandari ICU dilaksanakan sesuai regulasi	SKP 2.1	EP 2	+		+	+			
55	Ada bukti catatan tentang hal-hal kritical dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien	SKP 2.2	EP 1			+	+			

56	Proses serah terima pasien (operan/hand over) menggunakan formulir dan metode sesuai regulasi, bila mungkin melibatkan pasien/keluarga	SKP 2.2	EP 2			+		+		
57	Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (operan/hand over) untuk memperbaiki proses	SKP 2.2	EP 3			+		+		
58	Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat	SKP 3	EP 2			+		+		
59	Tempat penyimpanan, pelabelan, penyimpanan obat yang perlu diwaspadai, termasuk obat "look-alike/sound-alike" semua diatur di tempat aman	SKP 3	EP 4			+	+	+		
60	Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di instalasi farmasi/depo farmasi	SKP 3.1	EP 2	+						

61	Rumah Sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi	SKP 5	EP 2		+	+			
62	Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai prosedur	SKP 5	EP 3			+	+	+	
63	Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan	SKP 5	EP 4			+	+	+	
64	Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal dan asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh	SKP 6	EP 3		+	+	+		
65	Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh	SKP 6	EP 4		+	+	+		

66	Ada bukti monitoring dan evaluasi mutu praktik profesional berkelanjutan, etik dan disiplin staf medis untuk peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien	KKS 11	EP 2		+		+		
67	ada dokumen kebutuhan staf dari masing-masing unit kerja	KKS 2.2	EP 2		+		+		
68	ICU telah memilih dan menetapkan indikator mutu unit	PMKP 6	EP 2		+		+		
69	RS telah melakukan pengumpulan data, analisis, dan menyediakan informasi yang berguna untuk mengidentifikasi kebutuhan untuk perbaikan	PMKP 7.1	EP 2		+		+		

<b>VI.PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN</b>									
70	Penjelasan termasuk rencana asuhan didokumentasikan	ARK 2.1	EP 1		+		+		
71	Penjelasan termasuk hasil asuhan yang diharapkan dan didokumentasikan	ARK 2.1	EP 2		+		+		
72	Penjelasan termasuk perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga	ARK 2.1	EP 3		+		+		
73	Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan	ARK 2.1	EP 4				+		
74	Ada regulasi tentang kriteria masuk dan keluar Intensive Care Unit (ICU), unit spesialisik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program-program lain untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (quality of life)	ARK 2.3	EP 1	+					
75	Ada regulasi untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan	ARK 4.4	EP 1		+		+		

76	Pengetahuan dan ketrampilan staf klinis di unit pelayanan telah sesuai dengan regulasi	TKRS 10	EP 6		+		+		
77	Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah, dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan	AP 1	EP 2		+		+		
78	Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan	AP 1	EP 3		+		+		
79	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik	AP 1.1	EP 1		+		+		
80	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual	AP 1.1	EP 2		+		+		

81	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien	AP 1.1	EP 3		+	+				
82	Ada bukti pelaksanaan awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien	AP 1.1	EP 4		+	+				
83	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan	AP 1.1	EP 5		+	+				
84	Pasien diskriminasi untuk risiko gizi sebagai bagian dari asesmen awal	AP 1.4	EP 2		+	+				
85	Pasien dengan risiko gizi dilanjutkan dengan asesmen gizi	AP 1.4	EP 3		+	+				
86	RS menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang	AP 1.4.1	EP 1	+						
87	Pasien diskriminasi untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh	AP 1.4.1	EP 2		+	+				
88	Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS	AP 1.4.1	EP 3		+	+				

89	RS menetapkan regulasi pasien diskriminasi untuk rasa nyeri	AP 1.5	EP 1	+						
90	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	AP 1.5	EP 2		+		+			
91	Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh RS dan kebutuhan pasien	AP 1.5	EP 3		+		+			
92	RS menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu	AP 1.6	EP 1	+						
93	Terhadap populasi pasien tersebut dilaksanakan asesmen tambahan sesuai regulasi RS	AP 1.6	EP 2		+		+			
94	Ada regulasi tentang asesmen ulang oleh DPJP, perawat dan PPA lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut	AP 2	EP 1	+						

95	Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut	AP 2	EP 2	+	+				
96	Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan konsidi perubahan kondisi pasien	AP 2	EP 3	+	+				
97	Ada bukti asesmen ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi RS	AP 2	EP 4	+	+				
98	Asesmen ulang dicatat di dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi	AP 2.1	EP 2	+					
99	Ada regulasi yang menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat	AP 3	EP 1	+					
100	Ada bukti hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh masing-masing PPA diintegrasikan	AP 4	EP 1	+	+				

101	Ada bukti hasil asesmen dianalisis untuk membuat rencana asuhan	AP 4	EP 2	+	+				
102	Berdasarkan hasil asesmen dan rencana asuhan PPA lainnya, DPJP mengintegrasikan rencana asuhan dan tindak lanjutnya	AP 4	EP 3	+	+				
103	Ada regulasi yang mengatur pelayanan dana asuhan terintegrasi di dan antar berbagai unit dan pelayanan	PAP 2	EP 1	+					
104	Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antar berbagai unit pelayanan	PAP 3	EP 2	+	+	+			
105	Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imaging harus disertai ringkasan klinis apabila meminta hasilnya berupa interpretasi	PAP 2.2	EP 3	+	+				



106	Ada regulasi tentang tindakan klinis dan diagnostik serta pencatatannya di rekam medis	PAP 2.3	EP 1	+					
107	Staf yang meminta beserta apa alasan dilakukan tindakan dicatat di rekam medis pasien	PAP 2.3	EP 2	+					
108	Hasil tindakan dicatat di rekam medis pasien	PAP 2.3	EP 3						
109	Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan	PAP 2.4	EP 1	+		+			
110	Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan	PAP 2.4	EP 2	+		+			

111	Ada bukti pelaksanaan proses meliputi a) sampai dengan h) pada Maksud dan Tujuan	PAP 3.3	EP 2		+		+		
112	Ada regulasi pelayanan khusus terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak, dan dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri	PAP 3.8	EP 1	+					
113	Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri menerima asuhan sesuai dengan regulasi	PAP 3.8	EP 2		+		+		
114	Ada regulasi asesmen awal dan ulang pasien dalam tahap terminal	PAP 7	EP 1	+					
115	Ada bukti skrining dilakukan pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil sesuai dengan regulasi	PAP 7	EP 2		+		+		

116	Pasien dalam tahap terminal dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang di ICU	PAP 7	EP 3		+		+				
117	Hasil asesmen di ICU menentukan asuhan dan layanan yang diberikan	PAP 7	EP 4		+		+				
118	Asuhan dalam tahap terminal memperhatikan rasa nyeri pasien di ICU	PAP 7	EP 5		+		+				
119	Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan pasien dalam tahap terminal di ICU	PAP 7.1	EP 1		+						
120	Staf ICU diedukasi tentang kebutuhan unik pasien dalam tahap terminal	PAP 7.1	EP 2		+		+				

121	Pelayanan pasien dalam tahap terminal di ICU memperhatikan gejala, kondisi, dan kebutuhan kesehatan atas hasil asesmen	PAP 7.1	EP 3				+		+		
122	Pelayanan pasien dalam tahap terminal di ICU memperhatikan upaya mengatasi rasa nyeri pasien	PAP 7.1	EP 4				+		+		
123	Pelayanan pasien dalam tahap terminal di ICU memperhatikan kebutuhan biopsiko- sosial, emosional, budaya, dan spiritual.	PAP 7.1	EP 5				+		+		
124	Pasien dan keluarga di ICU dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan do not resuscitate/DNR.	PAP 7.1	EP 6				+		+		
125	Asesmen pra anestesi dilakukan untuk setiap pasien ICU yang akan operasi	PAB 4	EP 1				+		+		

126	Hasil asesmen ICU didokumentasikan dalam rekam medis pasien	PAB 4	EP 2		+		+				
127	Ada regulasi tentang pelayanan anestesi setiap pasien direncanakan dan didokumentasikan termasuk di ICU	PAB 5	EP 1	+							
128	Obat-obat anestesi, dosis dan rute serta teknik anestesi didokumentasikan di rekam medis pasien di ICU	PAB 5	EP 2		+		+				
129	Dokter spesialis anestesi dan perawat yang mendampingi / penata anestesi ditulis dalam form anestesi untuk kasus bedah di ICU	PAB 5	EP 3		+		+				
130	Ada regulasi tentang asuhan setiap pasien bedah di ICU direncanakan berdasar informasi dari hasil asesmen	PAB 7	EP 1	+							

131	Diagnosis pra operasi dan rencana operasi dicatat di rekam medik pasien ICU oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebelum operasi dimulai	PAB 7	EP 2		+		+				
132	Hasil asesmen yang digunakan untuk menentukan rencana operasi dicatat oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ICU di rekam medis pasien sebelum operasi dimulai	PAB 7	EP 3								
133	Ada regulasi tentang rencana asuhan pasca operasi dibuat oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat, dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya di ICU, untuk memenuhi kebutuhan segera pasien pasca operasi	PAB 7.3	EP 1	+							
134	Ada bukti pelaksanaan rencana Asuhan pasca operasi dicatat di rekam medis pasien ICU dalam waktu 24 jam oleh DPJP atau di verifikasi oleh DPJP bila ditulis oleh dokter bedah yang didelegasikan.	PAB 7.3	EP 2		+		+				
135	Ada bukti pelaksanaan rencana asuhan pasca operasi termasuk rencana asuhan keperawatan, dan PPA lainnya di ICU berdasar kebutuhan pasien	PAB 7.3	EP 3		+		+				

	<b>VII. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT (PKPO)</b>									
136	Ada bukti persediaan obat emergensi lengkap dan siap pakai di ICU	PKPO 3.4	EP 2		+	+	+			
137	Ada bukti pelaksanaan supervisi terhadap penyimpanan obat emergensi ICU dan segera diganti apabila dipakai, kadaluwarsa atau rusak	PKPO 3.4	EP 3		+	+	+			
138	Ada bukti pelaksanaan verifikasi sebelum obat diberikan kepada pasien ICU.	PKPO 6.1	EP 2		+	+	+			
139	Ada bukti pelaksanaan double check untuk obat yang harus diwaspadai (high alert) di ICU	PKPO 6.1	EP 3		+	+	+			

	<b>VIII. EDUKASI DAN PERSETUJUAN PRIVASI</b>								
140	Hasil asesmen di ICU digunakan untuk membuat perencanaan kebutuhan edukasi	MKE 8	EP 2		+	+			
141	Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait di ICU dengan asuhan yang diberikan meliputi keamanan dan efektivitas penggunaan peralatan medis	MKE 10	EP 2		+			+	
142	Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait di ICU dengan asuhan yang diberikan meliputi diet dan nutrisi yang memadai.	MKE 10	EP 3		+			+	
143	Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait di ICU dengan asuhan yang diberikan meliputi manajemen nyeri.	MKE 10	EP 4		+			+	
144	Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait di ICU dengan asuhan yang diberikan meliputi teknik rehabilitasi.	MKE 10	EP 5		+			+	
145	Pasien atau keluarga di ICU diminta untuk membaca dan kemudian menandatangani persetujuan umum (general consent),	HPK 5	EP 3		+			+	

146	DPJP di ICU menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih.	HPK 5.1:	EP 2		+	+			
147	Pasien ICU memahami informasi tentang tindakan yang memerlukan persetujuan khusus (informed consent) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus (informed consent) tersebut.	HPK 5.1:	EP 3		+	+			
148	Ada bukti pelaksanaan tentang persetujuan khusus (informed consent) untuk pasien ICU yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi) pemakaian darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya	HPK 5.2	EP 2		+	+			
149	Rumah sakit menyusun daftar semua pengobatan / tindakan / prosedur / yang memerlukan persetujuan khusus (informed consent) dan harus dilaksanakan ICU	HPK 5.2	EP 3		+	+			
150	Identitas DPJP ICU dan orang yang membantu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dicatat di rekam medis pasien	HPK 5.2	EP 4		+	+			

151	Rumah sakit menerapkan dan melaksanakan proses, apabila orang lain yang memberi persetujuan khusus ( informed consent ) di ICU	HPK 5.3	EP 2		+	+			
152	Nama orang yang menggantikan pemberi persetujuan dalam persetujuan khusus ( informed consent )sesuai peraturan perundang-undangan, tercatat di rekam medis ICU	HPK 5.3	EP3		+	+			
153	Adabukti pemberian edukasi kepada pasien ICU tentang risiko medis akibat menolak rencana medis	ARK 4.4	EP2		+	+	+		

	<b>XI. LINGKUNGAN LIMBAH</b>								
154	Rumah sakit dan ICU mempunyai daftar B3 dan limbahnya lengkap dan terbaru sesuai kategori WHO dan praturan perundang-undangan meliputi jenis, lokasi, dan jumlah dari semua bahan berbahaya dan beracun dan limbahnya	MFK 5	EP 2	+	+	+			
155	Ada laporan dan analisis tentang tumpahan, paparan/ pajanan ( exposure ) dan insiden lainnya yang terjadi di ICU	MFK 5	EP 6	+	+				

	<b>XII. PENDOKUMENTASIAN: Administrasi , Rekam medis</b>								
156	Rekam medis pasien ICU terisi dengan lengkap dan dengan tulisan yang dapat dibaca. (D,O)	MIRM 9	4	+	+				
157	Ada regulasi tentang isi spesifik dari berkas rekam medis pasien ditentukan oleh rumah sakit untuk kesinambungan asuhan oleh PPA di ICU	MIRM 13.1	1	+	+				
158	Ada bukti rekam medis pasien ICU menggunakan satu unit penomoran rekam medis untuk setiap pasien (D,W,O)	MIRM 13.1	EP 3	+	+				
159	Rekam medis pasien ICU berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis	MIRM 13.1	EP 2	+	+				
160	Rekam medis di ICU berisi informasi yang memadai untuk mendukung diagnosis	MIRM 13.1	EP 3	+	+				
161	Rekam medis di ICU berisi informasi yang memadai untuk memberi justifikasi asuhan dan pengobatan	MIRM 13.1	EP 4	+	+				

**Instrumen Akreditasi  
Surfok Pelayanan Risiko Tinggi :  
ICU**

**Form C :**

**INSTRUMEN SURVEI TERFOKUS  
PELAYANAN ICU**

### C. INSTRUMEN SURVEI TERFOKUS PELAYANAN ICU

#### GAMBARAN UMUM

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan-keadaan tersebut.

Keberhasilan unit pulih sadar merupakan awal yang dipandang perlu untuk melanjutkan pelayanan tidak pada masa pulih sadar saja, namun juga pada masa pasca bedah.

Pada saat ini, ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu intensive care medicine. Ruang lingkup pelayanannya meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak.

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari;
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan penatalaksanaan kelainan klinis yang holistic ;
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik;
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.
5. Terapi paliatif pada pasien – pasien kritis.
6. Memberikan informasi dan mempersiapkan keluarga pasien dalam menghadapi kondisi akhir kehidupan, pada pasien – pasien yang kemungkinan hidupnya sudah sangat rendah.
7. Mempersiapkan kemungkinan untuk melakukan donor organ.



### C. INSTRUMEN SURVEI TERFOKUS PELAYANAN ICU

#### GAMBARAN UMUM :

Intensive Care Unit (ICU) adalah suatu bagian dari rumah sakit yang mandiri (instalasi dibawah direktur pelayanan), dengan staf yang khusus dan perlengkapan yang khusus yang ditujukan untuk observasi, perawatan dan terapi pasien-pasien yang menderita penyakit, cedera atau penyulit-penyulit yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan prognosis dubia. ICU menyediakan kemampuan dan sarana, prasarana serta peralatan khusus untuk menunjang fungsi-fungsi vital dengan menggunakan keterampilan staf medik, perawat dan staf lain yang berpengalaman dalam pengelolaan keadaan keadaan tersebut.

Keberhasilan unit pulih sadar merupakan awal yang dipandang perlu untuk melanjutkan pelayanan tidak pada masa pulih sadar saja, namun juga pada masa pasca bedah.

Pada saat ini, ICU modern tidak terbatas menangani pasien pasca bedah atau ventilasi mekanis saja, namun telah menjadi cabang ilmu sendiri yaitu intensive care medicine. Ruang lingkup pelayanannya meliputi dukungan fungsi organ-organ vital seperti pernapasan, kardiosirkulasi, susunan saraf pusat, ginjal dan lain-lainnya, baik pada pasien dewasa atau pasien anak.

Rumah Sakit sebagai salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi rujukan harus dapat memberikan pelayanan ICU yang profesional dan berkualitas dengan mengedepankan keselamatan pasien.

Pada unit perawatan intensif (ICU), perawatan untuk pasien dilaksanakan dengan melibatkan berbagai tenaga profesional yang terdiri dari multidisiplin ilmu yang bekerja sama dalam tim. Pengembangan tim multidisiplin yang kuat sangat penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Selain itu dukungan sarana, prasarana serta peralatan juga diperlukan dalam rangka meningkatkan pelayanan ICU. Oleh karena itu, mengingat diperlukannya tenaga-tenaga khusus, terbatasnya sarana dan prasarana, serta mahalnya peralatan, maka demi efisiensi, keberadaan ICU perlu dikonsentrasikan.

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di ICU adalah sebagai berikut:

1. Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari;
2. Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan penatalaksanaan kelainan klinis yang holistic ;
3. Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik;
4. Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/mesin dan orang lain.
5. Terapi paliatif pada pasien – pasien kritis.
6. Memberikan informasi dan mempersiapkan keluarga pasien dalam menghadapi kondisi akhir kehidupan, pada pasien – pasien yang kemungkinan hidupnya sudah sangat rendah.
7. Mempersiapkan kemungkinan untuk melakukan donor organ.

Pelayanan ICU di Rumah Sakit dibagi menjadi tiga klasifikasi pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit meliputi sumber daya, sarana, prasarana dan peralatan. Pelayanan yang akan dilakukan survei terfokus adalah di ICU Sekunder RS Kelas B dan Pelayanan ICU Tertier di RS Kelas A.

#### SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

##### SASARAN 1 : MENGIDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

###### Standar SKP 1

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien

###### Maksud dan Tujuan SKP 1

Kesalahan identifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek diagnosis dan tindakan. Keadaan yang dapat membuat identifikasi tidak benar adalah jika pasien dalam keadaan terbius, mengalami disorientasi, tidak sepenuhnya sadar, dalam keadaan koma, saat pasien berpindah tempat tidur, berpindah kamar tidur, berpindah lokasi di dalam lingkungan rumah sakit, terjadi disfungsi sensoris, lupa identitas diri, atau mengalami situasi lainnya.

Ada 2 (dua) Maksud dan Tujuan standar ini; pertama, memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, dan kedua, untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

Proses identifikasi yang digunakan di rumah sakit mengharuskan terdapat paling sedikit 2 (dua) dari 4 (empat) bentuk identifikasi; yaitu nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis, nomor induk kependudukan atau bentuk lainnya (misalnya, barcode/QR code). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien. Dua (2) bentuk identifikasi ini digunakan di semua area layanan rumah sakit seperti di rawat jalan, rawat inap, unit darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostik, dan lainnya.

Dua (2) bentuk identifikasi harus dilakukan dalam setiap keadaan terkait intervensi kepada pasien. Misalnya, identifikasi pasien dilakukan sebelum memberikan radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma.

Elemen Penilaian SKP 1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 (dua) identitas dan tidak boleh menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi pasien dirawat sesuai dengan regulasi rumah sakit. (D,O,W).	D	Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas rekam medis, identitas pasien tercetak dengan minimal menggunakan 2 (dua) dari 4 (empat) identitas: 1) nama pasien sesuai KTP-elektronik 2) tanggal lahir 3) nomor rekam medis 4) nomor induk kependudukan	Bukti pelaksanaan tentang identitas pasien pada semua berkas rekam medis di ICU.	10	TL
	O	Lihat pelaksanaan identitas pasien pada label obat, rekam medis, resep, makanan, spesimen, permintaan dan hasil laboratorium/radiologi		5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf unit pelayanan</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		0	TT

3. Identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, prosedur diagnostik, dan terapeutik. (O,W,S) d	O	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum tindakan, prosedur diagnostik dan terapeutik. Identifikasi minimal menggunakan 2 (dua) identitas dari 4 (empat) identitas pasien, identifikasi dilakukan secara verbal atau visual	Lakukan observasi pelaksanaan identifikasi sebelum tindakan. Prosedur diagnostic dan terapeutik 2 dari 4 identitas di lingkungan ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		5	TS
4. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet (lihat juga PKPO 6.1; PAP 3.3 EP 2; AP 5.7; PAP 4 EP 5);. (O,W,S)	S	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien		0	TT
	O	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah, pengambilan spesimen, dan pemberian diet di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf Klinis</li> <li>• Pasien/Keluarga</li> </ul>		5	TS
	S	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien		0	TT

5. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma. (O,W,S)	O	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian radioterapi, menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain, katerisasi jantung, prosedur radiologi diagnostik, dan pasien koma	Lihat pelaksanaan identifikasi sebelum pemberian cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain di lingkungan ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Di lingkungan ICU	5	TS
	S	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien	Peragaan pelaksanaan identifikasi pasien di lingkungan ICU	0	TT

## SASARAN 2 : MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

### Standar SKP 2

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan atau komunikasi melalui telpon antar profesional pemberi asuhan (PPA).

### Maksud dan Tujuan SKP 2 sampai SKP 2.2

Komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), dan diterima oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan-kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien.

Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang jelek dapat membahayakan pasien. Komunikasi yang rentan terjadi kesalahan adalah saat perintah lisan atau perintah melalui telepon, komunikasi verbal, saat menyampaikan hasil pemeriksaan kritis yang harus disampaikan lewat telpon. Hal ini dapat disebabkan oleh perbedaan aksan dan dialek. Pengucapan juga dapat menyulitkan penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Misalnya, nama-nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (look alike, sound alike), seperti phenobarbital dan phentobarbital, serta lainnya.

Pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis juga merupakan salah satu isu keselamatan pasien. Pemeriksaan diagnostik kritis termasuk, tetapi tidak terbatas pada

1. Pemeriksaan laboratorium;
2. Pemeriksaan radiologi;

3. Pemeriksaan kedokteran nuklir;

4. Prosedur ultrasonografi;

5. Magnetic resonance imaging;

6. Diagnostik jantung;

7. Pemeriksaan diagnostik yang dilakukan di tempat tidur pasien, seperti hasil tanda-tanda vital, portable radiographs, bedside ultrasound, atau transesophageal echocardiograms.

Hasil yang diperoleh dan berada di luar rentang angka normal secara mencolok akan menunjukkan keadaan yang berisiko tinggi atau mengancam jiwa. Sistem pelaporan formal yang dapat menunjukkan dengan jelas bagaimana nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostik dikomunikasikan kepada staf medis dan informasi tersebut terdokumentasi untuk mengurangi risiko bagi pasien. Tiap-tiap unit menetapkan nilai kritis hasil pemeriksaan diagnostiknya.

Untuk melakukan komunikasi secara verbal atau melalui telpon dengan aman dilakukan hal-hal sebagai berikut:

1. Pemesanan obat atau permintaan obat secara verbal sebaiknya dihindari;
2. Dalam keadaan darurat karena komunikasi secara tertulis atau komunikasi elektronik tidak mungkin dilakukan maka harus ditetapkan panduannya meliputi permintaan pemeriksaan, penerimaan hasil pemeriksaan dalam keadaan darurat, identifikasi dan penetapan nilai kritis, hasil pemeriksaan diagnostik, serta kepada siapa dan oleh siapa hasil pemeriksaan kritis dilaporkan;
3. Prosedur menerima perintah lisan atau lewat telpon meliputi penulisan secara lengkap permintaan atau hasil pemeriksaan oleh penerima informasi, penerima membaca kembali permintaan atau hasil pemeriksaan, dan pengirim memberi konfirmasi atas apa yang telah ditulis secara akurat.

Penggunaan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan oleh rumah sakit sering kali menimbulkan kesalahan komunikasi dan dapat berakibat fatal. Oleh karena itu, rumah sakit diminta memiliki daftar singkatan yang diperkenankan dan dilarang (lihat juga MIRM 12 EP 1).

Serah terima asuhan pasien (hand over) di dalam rumah sakit terjadi:

Antar-PPA seperti antara staf medis dan staf medis, antara staf medis dan staf keperawatan atau dengan staf klinis lainnya, atau antara PPA dan PPA lainnya pada saat pertukaran shift; antarberbagai tingkat layanan di dalam rumah sakit yang sama seperti jika pasien dipindah dari unit intensif ke unit perawatan atau dari unit darurat ke kamar operasi; dan dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik atau unit tindakan seperti radiologi atau unit terapi fisik.

Gangguan komunikasi dapat terjadi saat dilakukan serah terima asuhan pasien yang dapat berakibat kejadian yang tidak diharapkan (adverse event) atau kejadian sentinel. Komunikasi yang baik dan terstandar baik dengan pasien, keluarga pasien, dan pemberi

Standar SKP 2.1					
Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.					
Elemen Penilaian SKP 2.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Pelaksanaan pelaporan dilaksanakan sesuai regulasi (lihat juga AP 5.3.2). (D,W,S)	D	Bukti pelaksanaan pelaporan dilaksanakan sesuai regulasi termasuk staf yang melaporkan dan menerima laporan	Bukti pelaksanaan pelaporan pemeriksaan hasil diagnostik di lingkungan ICU dan menerima laporan sesuai regulasi	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPJP</li> <li>PPJA/Staf perawat</li> <li>Staf klinis lainnya</li> </ul>		5	TS
	S	Peragaan prses melaporkan nilai kritis laboratorium/ tanda vital dan hasil pemeriksaan diagnostik kritis		0	TT
Standar SKP 2.2					
Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi "Serah Terima" (hand over).					
Elemen Penilaian SKP 2.2	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada bukti catatan tentang hal-hal kritikal dikomunikasikan di antara profesional pemberi asuhan pada waktu dilakukan serah terima pasien (hand over) (lihat juga MKE 5 EP 6). (D,W)	D	Bukti catatan pelaksanaan serah terima, ditandatangani oleh yang menyerahkan dan yang menerima	Bukti catatan pelaksanaan serah terima di lingkungan ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPJP</li> <li>PPJA dan staf Perawat</li> <li>Staf klinis lainnya</li> </ul>		5	TS
				0	TT

2. Proses serah terima pasien (operan/hand over) menggunakan formulir dan metode sesuai regulasi, bila mungkin melibatkan pasien/keluarga. (D,W)	D	Bukti form serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien (operan/hand over), bila mungkin melibatkan pasien	Bukti form serah terima, memuat alat, metode serah terima pasien melibatkan pasien di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokter</li> <li>Staf Keperawatan</li> </ul>	tentang pelayanan ICU	5	TS
3. Ada bukti dilakukan evaluasi tentang catatan komunikasi yang terjadi waktu serah terima pasien (operan/hand over) untuk memperbaiki proses. (D,W)	D	Bukti tentang evaluasi catatan komunikasi yang terjadi saat (operan/hand over) untuk memperbaiki proses	Bukti evaluasi catatan komunikasi waktu serah terima pasien di lingkungan ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokter</li> <li>PPJA dan staf Perawat</li> <li>Staf klinis lainnya</li> </ul>	tentang pelayanan ICU	5	TS
<b>SASARAN 3 : MENINGKATNYA KEAMANAN OBAT YANG PERLU DIWASPADAI (HIGH ALERT MEDICATIONS)</b>					
<b>Standar SKP 3</b> Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.					

### Maksud dan Tujuan SKP 3 dan SKP 3.1

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas:

1. Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (error) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
2. Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinis tampak/kelihatan sama (look alike), bunyi ucapan sama (sound alike), seperti Xanax dan Zantac atau hydralazine dan hydroxyzine atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
3. Elektrolit konsentrat: *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml dan natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 50% atau lebih
4. Elektrolit dengan konsentrasi tertentu: *potasium* klorida dengan konsentrasi 1 mEq/ml atau lebih dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi medication error di seluruh dunia. Penyebab hal ini adalah

1. Pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
2. Ada produk baru;
3. Kemasan dan label sama;
4. Indikasi klinis sama;
5. Bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
6. Terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (high alert medication) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti the World Health Organization (WHO) dan Institute for Safe Health Medication Practices (ISMP), di berbagai kepustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel.

Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (high alert medication) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi (lihat juga PKPO 3.2).

Rumah sakit membuat daftar semua obat high alert dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang "kejadian yang tidak diharapkan" (adverse event) atau "kejadian nyaris cedera" (near miss) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM). Informasi dari kepustakaan seperti dari Institute for Safe Medication Practices (ISMP), Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat high alert.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek persepsian, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat high alert harus disimpan di instalasi farmasi. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di unit/depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

Elemen Penilaian SKP 3	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
	R	W		TL	TS
2. Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai (R)	R		Regulasi obat yang perlu diwaspadai di ICU	10 5 0	TL TS TT
3. Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat (D,W)	D		Bukti pelaksanaan tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apoteker/TTK</li><li>• PPJA dan staf perawat</li><li>• Staf klinis</li></ul>	tentang pelayanan ICU		

Standar SKP 3.1					
Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.					
Elemen Penilaian SKP 3.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu hanya tersedia di instalasi farmasi/ depo farmasi. (D,O,W)	D	Bukti tentang daftar elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu di semua tempat penyimpanan yang diperbolehkan	Bukti tentang daftar elektrolit konsentrat dan elektrolit dengan konsentrasi tertentu di semua tempat penyimpanan yang di perbolehkan di ICU	10	TL
				5	TS
				0	TT
	O	Lihat pelaksanaan tempat penyimpanan STAF iaf PPA	tentang pelayanan ICU		
	W	• Staf unit pelayanan			
SASARAN 5: DIKURANGINYA RISIKO INFEKSI TERKAIT PELAYANAN KESEHATAN					
Standar SKP 5					
Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan "evidence-based hand hygiene guidelines" untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.					
Maksud dan Tujuan SKP 5					
Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan sebuah tantangan di lingkungan fasilitas kesehatan. Kenaikan angka infeksi terkait pelayanan kesehatan menjadi keprihatinan bagi pasien dan petugas kesehatan. Secara umum, infeksi terkait pelayanan kesehatan terjadi di semua unit layanan kesehatan, termasuk infeksi saluran kencing disebabkan oleh kateter, infeksi pembuluh/aliran darah terkait pemasangan infus baik perifer maupun sentral, dan infeksi paru-paru terkait penggunaan ventilator.					
Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dan infeksi lainnya adalah dengan menjaga kebersihan tangan melalui cuci tangan. Pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) tersedia dari World Health Organization (WHO). Rumah sakit mengadopsi pedoman kebersihan tangan (hand hygiene) dari WHO ini untuk dipublikasikan di seluruh rumah sakit. Staf diberi pelatihan bagaimana melakukan cuci tangan dengan benar dan prosedur menggunakan sabun, disinfektan, serta handuk sekali pakai (towel), tersedia di lokasi sesuai dengan pedoman (lihat juga PPI 9).					

Elemen Penilaian SKP 5	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
	2. Rumah sakit melaksanakan program kebersihan tangan (hand hygiene) di seluruh rumah sakit sesuai regulasi (lihat juga PPI 9 EP 3). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di seluruh rumah sakit	Bukti pelaksanaan program kebersihan tangan ( <i>hand hygiene</i> ) di ICU	10	TL
W		Staf RS	Staf ICU	5	TS	
				0	TT	
3. Staf rumah sakit dapat melakukan cuci tangan sesuai dengan prosedur. (lihat juga PPI 9 EP 3). (W,O,S)	O	Lihat pelaksanaan cuci tangan di seluruh rumah sakit	Lihat pelaksanaan cuci tangan di ICU	10	TL	
			Untuk staf ICU	5	TS	
			Peragaan cuci tangan di ICU	0	TT	
	W	Staf RS				
	S	Peragaan cuci tangan				
4. Ada bukti staf melaksanakan lima saat cuci tangan. (W,O,S)	W	Staf RS	Staf dilingkungan ICU	10	TL	
				5	TS	
				0	TT	
	O	Lihat pelaksanaan fasilitas untuk cuci tangan (1 tempat tidur satu handrub), lihat kepatuhan staf pada lima saat cuci tangan.	Lihat pelaksanaan fasilitas untuk cuci tangan di ICU			
	S	Peragaan cuci tangan	Peragaan cuci tangan di ICU			
SASARAN 6 : MENGURANGI RISIKO CEDERA KARENA PASIEN JATUH						
Standar SKP 6						
Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengurangi risiko pasien jatuh.						

**Maksud dan Tujuan SKP 6**

Banyak cedera yang terjadi di unit rawat inap dan rawat jalan akibat pasien jatuh. Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

1. Kondisi pasien;
2. Gangguan fungsional pasien (contoh gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif);
3. Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit;
4. Riwayat jatuh pasien;
5. Konsumsi obat tertentu;
6. Konsumsi alkohol.

Pasien yang pada asesmen awal dinyatakan berisiko rendah untuk jatuh dapat mendadak berubah menjadi berisiko tinggi. Hal ini disebabkan oleh operasi dan/atau anestesi, perubahan mendadak kondisi pasien, serta penyesuaian pengobatan. Banyak pasien memerlukan asesmen selama dirawat inap di rumah sakit. Rumah sakit harus menetapkan kriteria untuk identifikasi pasien yang dianggap berisiko tinggi jatuh.

Contoh situasional risiko adalah jika pasien yang datang ke unit rawat jalan dengan ambulans dari fasilitas rawat inap lainnya untuk pemeriksaan radiologi. Pasien ini berisiko jatuh waktu dipindah dari brankar ke meja periksa radiologi, atau waktu berubah posisi sewaktu berada di meja sempit tempat periksa radiologi.

Lokasi spesifik dapat menyebabkan risiko jatuh bertambah karena layanan yang diberikan. Misalnya, terapi fisik (rawat jalan dan rawat inap) memiliki banyak peralatan spesifik digunakan pasien yang dapat menambah risiko pasien jatuh seperti parallel bars, freestanding staircases, dan peralatan lain untuk latihan.

Rumah sakit melakukan evaluasi tentang pasien jatuh dan melakukan upaya mengurangi risiko pasien jatuh. Rumah sakit membuat program untuk mengurangi pasien jatuh yang meliputi manajemen risiko dan asesmen ulang secara berkala di populasi pasien dan atau lingkungan tempat pelayanan dan asuhan itu diberikan.

Rumah sakit harus bertanggung jawab untuk identifikasi lokasi (seperti unit terapi fisik), situasi (pasien datang dengan ambulans, transfer pasien dari kursi roda atau cart), tipe pasien, serta gangguan fungsional pasien yang mungkin berisiko tinggi untuk jatuh.

Rumah sakit menjalankan program pengurangan risiko jatuh dengan menetapkan regulasi yang sesuai dengan lingkungan dan fasilitas rumah sakit. Program ini mencakup monitoring terhadap kesengajaan dan atau tidak-sengajaan dari kejadian jatuh. Misalnya, pembatasan gerak (restrain) atau pembatasan intake cairan.

Elemen Penilaian SKP 6	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
3. Rumah sakit melaksanakan proses asesmen awal dan asesmen ulang dari pasien rawat inap yang berdasar catatan teridentifikasi risiko jatuh (D,W).	D	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen awal dan asesmen ulang risiko jatuh	Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan asesmen awal dan ulang risiko jatuh di ICU	10	TL	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Staf klinis</li> </ul>	tentang pelayanan ICU	5	TS	0
4. Langkah-langkah diadakan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien dari situasi dan lokasi yang menyebabkan pasien jatuh (D,O,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh	Bukti pelaksanaan tentang langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh DI ICU	10	TL	
	O	Lihat pelaksanaan langkah-langkah mengurangi risiko jatuh (manajemen jatuh)	Observasi langkah mengurangi resiko di ICU	5	TS	0
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Di ICU			

AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)					
PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN					
Standar ARK 2.1					
Saat admisi, pasien dan keluarga pasien dijelaskan tentang rencana asuhan, hasil yang diharapkan dari asuhan, dan perkiraan biayanya.					
Maksud dan Tujuan ARK 2.1					
Saat diputuskan rawat inap, dokter yang memutuskan rawat inap memberi informasi tentang rencana asuhan yang diberikan, hasil asuhan yang diharapkan, termasuk penjelasan oleh petugas pendaftaran tentang perkiraan biaya yang harus dibayarkan oleh pasien / keluarga. Pemberian informasi didokumentasikan. Penjelasan yang diberikan dipahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan, hal ini merupakan implementasi pelayanan berfokus pada pasien (PCC), dan suatu bentuk integrasi PPA dengan pasien/keluarga.					
Elemen Penilaian ARK 2.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi untuk proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan/spesifik untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk. (R)	D	1) Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan penjelasan termasuk rencana asuhan saat admisi disampaikan oleh dokter yang memutuskan untuk dirawat 2) <i>Form general consent</i>	- Bukti dalam rekam medis tentang pelaksanaan penjelasan termasuk rencana asuhan oleh DPJP saat admisi - Ada general consent pada RM pasien ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf Admisi</li> <li>• Staf medis</li> <li>• Staf keperawatan Pasien/keluarga</li> </ul>			

2. Penjelasan termasuk hasil asuhan yang diharapkan dan didokumentasikan (lihat juga ARK 3). (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang hasil asuhan yang diharapkan dijelaskan oleh dokter yang memutuskan untuk rawat inap. Perhatikan keterkaitan horizontal (Perencanaan Pemulangan Pasien/ <i>Discharge planning</i> )	Bukti dijelaskan dalam RM untuk asuhan yg diharapkan di ICU . Perhatikan <i>discharge planning</i>	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf medis</li> <li>• Staf keperawatan</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
3. Penjelasan termasuk perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga. (D,W)	D	Bukti materi petugas admisi menjelaskan perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga antara lain tarif RS	Bukti petugas admisi menjelaskan perkiraan biaya ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf admisi</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
4. Penjelasan yang diberikan difahami oleh pasien atau keluarga untuk membuat keputusan. (W)	D	1) Bukti tindak lanjut hasil skrining di rekam medis. 2) Daftar jenis pelayanan	Bukti tindak lanjut skrining DI RM ICU Daftar jenis pelayanan	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf medis</li> <li>• Staf keperawatan</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		



**Standar ARK 2.2**

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola alur pasien di seluruh bagian rumah sakit.

**Maksud dan Tujuan ARK 2.2**

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

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

Komponen dari pengelolaan alur pasien terutama di rawat inap termasuk:

- ketersediaan tempat tidur rawat inap;
- perencanaan alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
- perencanaan SDM untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit gawat darurat;
- alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi);
- efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahaan dan transportasi);
- pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien;
- akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).

Monitoring dan perbaikan proses ini merupakan strategi yang tepat dan bermanfaat untuk mengatasi masalah. Semua staf rumah sakit, mulai dari unit ranap, unit gawat darurat, staf medik, keperawatan, administrasi, lingkungan, manajemen risiko, dapat ikut berperan serta menyelesaikan masalah arus pasien ini. Koordinasi ini dapat dilakukan oleh seorang Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/Case manager.

Alur pasien menuju dan penempatannya di unit gawat darurat berpotensi membuat pasien bertumpuk. Ada penempatan pasien di unit gawat darurat yang merupakan jalan keluar sementara mengatasi penumpukan pasien ranap rumah sakit. Maka rumah sakit harus menetapkan standar waktu berapa lama pasien di unit gawat darurat, di unit intermediate, kemudian selanjutnya harus ditransfer ke unit ranap rumah sakit. Yang diharapkan disini adalah agar rumah sakit mengatur dan menyediakan tempat aman bagi pasien

Elemen Penilaian ARK 2.3	Telusur	Telusur Surfok	Skor		
1. Ada regulasi tentang kriteria masuk dan keluar intensive unit care (ICU), unit spesialisik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program-program lain untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup ( <i>quality of life</i> ). (R)	R	Regulasi tentang kriteria masuk dan keluar 1) Di rawat intensif, antara lain ICU, ICCU, PICU, NICU. 2) Di unit spesialisik antara lain pelayanan luka bakar, pelayanan stroke, perawatan paliatif. 3) Lain-lain, misalnya untuk riset atau program-program lain. untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup ( <i>quality of life</i> ). (R)	Ada regulasi tentang kriteria masuk dan keluar intensive unit care (ICU), unit spesialisik lain, ruang perawatan paliatif termasuk bila digunakan untuk riset atau program-program lain untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, objektif, berbasis fisiologi dan kualitas hidup ( <i>quality of life</i> ) dan dokumentasinya.	10 5 0	TL TS TT
	D	Bukti rapat staf yang kompeten dan berwenang dari unit intensif atau unit spesialisik terlibat dalam menentukan kriteria. (D,W)	Bukti rapat staf yang kompeten dan berwenang menentukan kriteria ICU (UMAN).	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dokter unit terkait</li> <li>Perawat unit terkait</li> <li>Kepala undt terkait</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

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

#### Standar ARK 3.2

Rumah sakit menetapkan regulasi bahwa setiap pasien harus dikelola oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) untuk memberikan asuhan kepada pasien.

#### Maksud dan Tujuan ARK 3.2 : Lihat SNARS 1

Elemen Penilaian ARK 3.2	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Bila dilaksanakan rawat bersama agar dipilih DPJP Utama sesuai kriteria, sebagai koordinator asuhan pasien. (D,W)	D	Bukti adanya DPJP Utama sesuai kriteria.	Bukti adanya DPJP Utama sesuai kriteria. di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>DPJP</li> <li>Kepala instalasi rawat inap/kepala ruang rawat inap</li> <li>Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

#### Standar ARK 4.4

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola dan melakukan tindak lanjut pasien dan memberitahu staf rumah sakit bahwa mereka berniat keluar rumah sakit serta menolak rencana asuhan medis.

#### Maksud dan Tujuan ARK 4.4 dan ARK 4.4.1

Jika seorang pasien, ranap atau rajal telah selesai menjalani pemeriksaan lengkap dan sudah ada rekomendasi tindakan yang perlu dilakukan, kemudian pasien ini menolak tindakan tsb dan memutuskan meninggalkan rumah sakit, maka pasien ini dianggap sebagai pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Pasien ranap dan rajal (termasuk pasien dari unit Gawar Darurat) berhak menolak tindakan medik dan kemudian keluar rumah sakit. Pasien ini menghadapi risiko karena menerima pelayanan atau tindakan yang tidak lengkap yang dapat berakibat terjadi kerusakan permanen atau kematian. Dengan demikian pasien harus diberi tahu tentang risiko medis oleh dokter yang membuat rencana asuhan atau tindakan dan proses keluarnya pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Jika pasien mempunyai dokter keluarga, dokter keluarga tersebut harus diberitahu tentang keputusan pasien. Bila tidak ada dokter keluarga, maka pasien dimotivasi untuk mendapat/mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut.

Harus diupayakan agar mengetahui alasan mengapa pasien keluar menolak rencana asuhan medis. Rumah sakit perlu mengetahui alasan ini agar dapat melakukan komunikasi lebih baik dengan pasien dan atau keluarga pasien dalam rangka memperbaiki proses.

Jika pasien menolak rencana asuhan medis tanpa memberi tahu siapapun di dalam rumah sakit, atau ada pasien rajal yang menerima pelayanan kompleks atau pelayanan utk menyelamatkan jiwa, spt kemoterapi atau terapi radiasi, tidak kembali ke Rumah sakit, maka rumah sakit harus berusaha menghubungi pasien untuk memberi tahu tentang potensi risiko bahaya yang ada.

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses ini sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, termasuk rumah sakit membuat laporan ke dinas kesehatan/kementerian kesehatan tentang kasus infeksi dan memberi informasi tentang pasien yang mungkin mencelakakan dirinya atau orang lain.

Elemen Penilaian ARK 4.4	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan (lihat juga HPK 2.3). (R)	R	Regulasi tentang pengelolaan pasien rawat jalan dan rawat inap meliputi: 1) menolak rencana asuhan medis ( <i>against medical advice/AMA</i> ) 2) keluar rumah sakit atas permintaan sendiri (APS) 3) penghentian pengobatan	Regulasi tentang pengelolaan pasien rawat jalan dan rawat inap di ICU meliputi yang menolak asuhan medik, APS dan penghentian pengobatan	10	TL
				5	TS
				0	TT
2. Ada bukti pemberian edukasi kepada pasien tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap. (D,O,W)	D	Bukti tentang pemberian edukasi	Bukti RM tentang pemberian edukasi di ICU oleh DPJP tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap	10	TL
				5	TS
				0	TT
	O	Lihat bukti pemberian edukasi	Tentang pelayanan ICU		
	W	DPJP	Tentang pelayanan ICU		

### HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)

#### Standar HPK 2.6

Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan penuh kasih sayang pada akhir kehidupannya.

#### Maksud dan Tujuan HPK 2.6

Pasien yang sedang menghadapi kematian mempunyai kebutuhan yang unik dalam pelayanan yang penuh hormat dan kasih-sayang. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan. Agar dapat terlaksana, semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya. Kebutuhan ini meliputi pengobatan dan perawatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respons terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama, budaya pasien dan keluarganya, serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan. Pelayanan pasien pada akhir kehidupan termasuk di dalam perawatan jenazah sebelum dipindah ke ruang jenazah serta asuhan proses berduka pada keluarga. (lihat juga PAP 7.1 dan HPK 1.1)

Elemen Penilaian HPK 2.6	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Rumah sakit mengakui dan mengidentifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan yang unik. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang identifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik	Bukti dalam rekam medis tentang identifikasi pasien yang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik di ICU	10	TL
				5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP/PPJA</li> <li>• Staf klinis keperawatan</li> <li>• Keluarga</li> </ul>	tentang pelayanan ICU	0	TT

3. Staf rumah sakit menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian yang memiliki kebutuhan yang unik, termasuk perawatan jenazah sebelum dipindah ke ruang jenazah serta asuhan proses berduka pada keluarga. (D,W)	D	Bukti dokumentasi tentang pelaksanaan menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian dengan kebutuhan unik termasuk perawatan jenazah sebelum dipindah ke ruang jenazah serta asuhan proses berduka pada keluarga	Bukti dokumentasi tentang pelaksanaan menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian di ICU dengan kebutuhan unik termasuk perawatan jenazah serta asuhan proses berduka pada keluarga	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Staf klinis keperawatan</li> <li>• Keluarga</li> </ul>	tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

#### PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)

##### Standar HPK 5

Pada saat pasien diterima waktu mendaftar rawat jalan dan setiap rawat inap, diminta menandatangani persetujuan umum (*general consent*), persetujuan umum (*general consent*) harus menjelaskan cakupan dan batasannya.

##### Maksud dan Tujuan HPK 5

Rumah sakit wajib meminta persetujuan umum (*general consent*) kepada pasien atau keluarganya berisi persetujuan terhadap tindakan yang berisiko rendah, prosedur diagnostik, pengobatan medis lainnya, batas-batas yang telah ditetapkan, dan persetujuan lainnya. Persetujuan umum diminta pada saat pasien datang pertama kali untuk rawat jalan dan setiap rawat inap.

Rumah sakit diminta untuk memberitahu pasien tentang terdapat peserta didik/ pelatihan yang ikut berpartisipasi dalam asuhan pasien sebagai bagian dari pendidikan/pelatihan mereka dengan pengawasan atau supervisi staf yang kompeten.

Rumah sakit memiliki dokumentasi dalam rekam medis tentang persetujuan umum. Pasien juga diberi informasi tentang tindakan dan prosedur, serta pengobatan yang berisiko tinggi yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*) secara terpisah.

Elemen Penilaian HPK 5	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
	D	W				
2. Persetujuan umum ( <i>general consent</i> ) diminta saat pertama kali pasien masuk rawat jalan atau setiap masuk rawat inap. (D,W)	D		Bukti pelaksanaan tentang persetujuan umum	Bukti pelaksanaan tentang persetujuan umum untuk pasien ICU di RM waktu masuk admisi	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf admisi</li> <li>• Staf rekam medis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		tentang pelayanan ICU	5	TS
					0	TT
3. Pasien dan atau keluarga diminta untuk membaca dan kemudian menandatangani persetujuan umum ( <i>general consent</i> ). (D,W)	D		Bukti materi tentang <i>general consent</i> yang sudah ditanda tangani	Bukti materi tentang <i>general consent</i> yang sudah ditanda tangani pasien di admisi ada di RM sebelum masuk ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf rekam medis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>		tentang pelayanan ICU	5	TS
					0	TT

#### PERSETUJUAN KHUSUS (*INFORMED CONSENT*)

##### Standar HPK 5.1

Rumah sakit menetapkan regulasi pelaksanaan persetujuan khusus (*informed consent*) oleh DPJP dan dapat dibantu oleh staf yang terlatih dengan bahasa yang dapat dimengerti sesuai peraturan perundang-undangan.

##### Maksud dan Tujuan HPK 5.1

Satu dari banyak upaya membuat pasien terlibat dalam pengambilan keputusan dalam proses asuhan/ tindakan adalah dengan jalan memberikan persetujuan (*consent*). Untuk dapat memberikan persetujuan, seorang pasien menerima penjelasan tentang faktor-faktor terkait dengan rencana asuhan yang pelaksanaannya harus ada persetujuan khusus (*informed consent*). Persetujuan khusus (*informed consent*) harus diperoleh sebelum dilakukan prosedur atau tindakan tertentu yang berisiko tinggi. Proses pemberian persetujuan khusus (*informed consent*) diatur oleh rumah sakit melalui regulasi yang jelas sesuai dengan peraturan perundang-undangan terkait.

Elemen Penilaian HPK 5.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
	2. DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dapat dibantu staf terlatih. (D,W)	D	Bukti pemberian informasi tindakan kedokteran yang akan dilakukan baik secara lisan maupun tertulis	Bukti pemberian informasi tindakan kedokteran yang akan dilakukan baik secara lisan maupun tertulis di ICU oleh DPJP	10 5 0
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	tentang pelayanan ICU		
3. Pasien memahami informasi tentang tindakan yang memerlukan persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ) melalui cara dan bahasa yang dimengerti oleh pasien. Pasien dapat memberikan/menolak persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ) tersebut. (D,W)	D	1) Bukti pelaksanaan pemberian informasi 2) Bukti penolakan/persetujuan	1. Bukti pelaksanaan pemberian informasi 2. Bukti penolakan /persetujuan di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA/staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	tentang pelayanan ICU		

Standar HPK 5.2					
Persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ) diberikan sebelum operasi, anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, tindakan dan prosedur serta pengobatan lain dengan risiko tinggi yang ditetapkan oleh regulasi rumah sakit.					
Maksud dan Tujuan HPK 5.2					
Elemen Penilaian HPK 5.2	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Ada bukti pelaksanaan tentang persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ) yang harus diperoleh sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya. (D, W)	D	Bukti pelaksanaan tentang <i>informed consent</i> sebelum operasi /prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi.	Bukti pelaksanaan tentang <i>informed consent</i> sebelum operasi /prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi oleh DPJP di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter Anestesi</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> <li>• DPJP</li> </ul>			
3. Rumah sakit menyusun daftar pengobatan/tindakan/prosedur yang memerlukan persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ). (D,W)	D	Bukti daftar pengobatan/tindakan/prosedur yang memerlukan <i>informed consent</i>	Bukti daftar pengobatan/ tindakan/ prosedur yang memerlukan <i>informed consent</i> di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

4. Identitas DPJP dan orang yang membantu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dicatat di rekam medis pasien. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang identitas staf medis dan staf yang membantu memberikan informasi dalam <i>informed consent</i> .	Bukti dalam rekam medis tentang identitas staf medis dan staf yang membantu memberikan informasi dalam <i>informed consent</i> di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Dokter anestesi</li> <li>• Staf klinis</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

### Standar HPK 5.3

Rumah sakit menetapkan proses, dalam konteks peraturan perundang-undangan, siapa pengganti pasien yang dapat memberikan persetujuan dalam persetujuan khusus (*informed consent*) bila pasien tidak kompeten.

### Maksud dan Tujuan HPK 5.3

Persetujuan khusus (*informed consent*) kadang-kadang membutuhkan orang (atau tambahan) selain pasien yang terlibat dalam keputusan tentang asuhan pasien. Dalam hal ini adalah pasien belum dewasa/anak-anak, mengidap gangguan mental, retardasi mental, gangguan komunikasi karena mereka tidak mempunyai kemampuan untuk mengambil keputusan, dan lainnya. Jika pasien tidak mampu membuat keputusan tentang asuhannya maka pengganti ditetapkan untuk memberi persetujuan. Jika orang lain sebagai pengganti yang memberi persetujuan maka harus sesuai dengan peraturan perundang-undangan, nama orang ini dicatat di rekam medis pasien.

Elemen Penilaian HPK 5.3	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses, apabila orang lain yang memberi persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan proses persetujuan bila pasien tidak kompeten tanda tangan pada <i>informed consent</i> .	Bukti pelaksanaan proses persetujuan bila pasien tidak kompeten tanda tangan pada <i>informed consent</i> di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Dokter Anestesi</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU.		
3. Nama orang yang menggantikan pemberi persetujuan dalam persetujuan khusus ( <i>informed consent</i> ) sesuai peraturan perundang-undangan, tercatat di rekam medis. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang pencatuman nama orang yang menggantikan pemberian persetujuan bila pasien tidak kompeten.	Bukti dalam rekam medis tentang pencatuman nama orang yang menggantikan persetujuan bila pasien tidak kompeten di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU.		

## Asesmen Pasien (AP)

### Standar AP 1

Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal pada disiplin medis dan keperawatan yang meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien

### Maksud dan Tujuan AP 1.AP 1.1, AP 1.2. AP 1.3

Asesmen yang efektif menghasilkan keputusan tentang tindakan segera dan berkelanjutan yang dibutuhkan pasien untuk tindakan darurat, asuhan terencana, bahkan jika kondisi pasien berubah. Asesmen pasien merupakan proses berkelanjutan, dinamis dan dikerjakan di instalasi / unit gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, dan unit pelayanan lainnya.

Asesmen pasien terdiri dari 3 proses utama dengan metode IAR:

Mengumpulkan data dan informasi (huruf I) tentang hal-hal sesuai d sampai dengan n, tersebut dibawah. Pada SOAP adalah S-Subyektif dan O-Obyektif.

Analisis data dan informasi (huruf A), yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien.

Pada SOAP adalah A-Asesmen.

Membuat Rencana (huruf R), yaitu menyusun solusi untuk mengatasi / memperbaiki ke-lainan kesehatan sesuai butir b. Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. Pada SOAP adalah P-Plan.

Isi minimal asesmen awal antara lain :

1. Status fisik,
2. Psiko-sosio-spiritual,
3. Ekonomi
4. Riwayat kesehatan pasien.
5. Riwayat alergi,
6. Asesmen nyeri,
7. Risiko jatuh,
8. Asesmen fungsional,
9. Risiko nutrisi,
10. Kebutuhan edukasi,
11. Perencanaan Pemulangan Pasien (Discharge Planning)
12. Riwayat penggunaan obat

Asesmen awal dilakukan dengan konsep IAR dan "menggali informasi" 12 elemen tsb secara lengkap. Pada kelompok pasien tertentu misalnya dengan risiko Jatuh atau nyeri maka dilakukan Rapid Assessment (Asesmen Cepat) sebagai bagian dari asesmen awal, dan kemudian asesmen awal ini diselesaikan dengan asesmen lanjutan.

Dalam melakukan asesmen, penggalan elemen a) sampai dengan l) dapat dilakukan sesuai dengan kebutuhan profesi antara medis dan keperawatan yang diatur oleh RS. Proporsi penggalan elemen antara profesi medis dan keperawatan disesuaikan dengan keunikan RS, misalnya pada RS umum porsi keperawatan akan lebih luas, pada RS jiwa porsi medis lebih luas.

Jika pasien sudah terdaftar atau diterima di rumah sakit untuk asuhan rawat inap dan atau rawat jalan, sebuah asesmen lengkap perlu dilakukan terkait alasan pasien datang di rumah sakit mengacu kepada butir-butir isi minimal asesmen awal. Asesmen awal bersifat ceklis agar penggalan informasi lengkap. Informasi spesifik yang dibutuhkan rumah sakit pada tahap ini, prosedur yang dilakukan padanya, tergantung kebutuhan pasien dan dimana asuhan diberikan (misalnya, asuhan rawat inap atau rawat jalan). Rumah sakit menetapkan regulasi proses asesmen dan pendokumentasiannya di rekam medis (lihat juga, ARK.1).

Untuk melakukan asesmen pasien secara efektif, rumah sakit menentukan regulasi, isi minimal asesmen yang harus dilakukan oleh dokter, perawat dan professional pemberi asuhan lainnya. Asesmen dilakukan oleh disiplin klinis sesuai kebutuhan. Asesmen hanya dilakukan oleh orang yang kompeten dan diberi kewenangan sesuai peraturan perundang-undangan. Seluruh hasil asesmen itu harus ada sebelum dilakukan pengobatan.

Asesmen awal seorang pasien, rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat merupakan proses yang penting untuk identifikasi kebutuhan pasien untuk memulai proses asuhan pasien. Proses asesmen awal memberikan informasi perihal:

1. Pemahaman asuhan yang diinginkan oleh pasien
2. Pemilihan asuhan paling baik untuk pasien
3. Diagnosis awal, dan
4. Pemahaman respons pasien terhadap asuhan sebelumnya
5. Untuk mendapatkan informasi ini, asesmen awal melakukan evaluasi kondisi pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menentukan status emosional pasien (misalnya, jika pasien depresi, takut jiwanya terancam, suka berkelahi, membahayakan diri sendiri atau orang lain).

Mengumpulkan informasi tentang pasien tidak bermaksud "menggolongkan" pasien ke-dalam "satu golongan tertentu". Tetapi status sosial, kultur, spiritual, ekonomi, dari pasien merupakan faktor penting yang dapat berpengaruh terhadap respons pasien terhadap pe-nyakit dan tindakan pengobatan.

Keluarga akan membantu dalam proses asesmen dan untuk memahami keinginan pasien dan pilihannya dari proses asesmen. Faktor ekonomi dikaji sebagai bagian asesmen sosial, atau asesmen ekonomi terpisah jika pasien dan keluarganya bertanggung jawab terhadap semua atau sebagian biaya asuhan selama dirawat atau sesudah keluar rumah sakit. Asesmen sosial juga terkait kehidupan sosial dalam keluarga dan masyarakat yang dapat mem-pengaruhi proses asuhan. Asesmen budaya serta keyakinan dan spiritual pasien dan kelu-arga juga perlu digali agar dapat memenuhi kebutuhan sesuai dengan agama, keyakinan dan budaya sehingga hak pasien dan keluarga dapat terpenuhi.

Banyak profesional pemberi asuhan (PPA) yang kompeten dan diberi kewenangan yang berbeda-beda terlibat dalam asesmen pasien. Faktor terpenting adalah asesmen dilakukan lengkap dan tersedia bagi mereka yang bekerja untuk memberikan asuhan (lihat juga, ARK 3).

Asesmen sangat bermanfaat jika mempertimbangkan kondisi, umur, kebutuhan kesehatan, termasuk permintaan keinginan pasien. Proses akan dilaksanakan sangat efektif jika berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien berkerja sama (lihat juga, ARK 3).

Untuk asesmen keperawatan rawat jalan, rumah sakit dapat mempolakan pelaksanaan asesmen tersebut secara sentral, yang terbagi sesuai kebutuhan (keperawatan dewasa, keperawatan anak, keperawatan bedah, keperawatan maternitas dsb).

Pada rawat jalan, asesmen awal dilakukan pada pasien baru, pasien dengan diagnosis baru, pasien dengan diagnosis yang sama pada kunjungan kedua yang jarak waktunya lama, sesuai regulasi rumah sakit lebih dari satu bulan pada diagnosis akut, atau misalnya tiga bulan pada penyakit yang kronis.

Elemen Penilaian AP 1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis dengan metode IAR	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin medis dengan metode IAR pada pasien ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Kepala /staf unit rekam medis</li> </ul>		5	TS
3. Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan, dengan metode IAR	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan dengan metode IAR untuk pasien di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Kepala /staf unit rekam medis</li> </ul>		5	TS
				0	TT

4. Ada bukti keterlibatan keluarga dalam melengkapi asesmen awal. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat dengan bukti pencatatan tanggal dan jam	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat dengan bukti pencatatan tanggal dan jam untuk pasien ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• Kepala/staf unit rekam medis</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

#### Standar AP 1.1

Asesmen awal masing-masing pasien rawat inap meliputi pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan, pengkajian pasien dari aspek biologis, psikologis, sosial, ekonomi, kultural dan spiritual pasien.

Elemen Penilaian AP 1.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik, dengan menggunakan pola IAR	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan pasien meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik, dengan menggunakan pola IAR di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT



2. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, dengan menggunakan pola IAR	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan pasien meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural-spiritual dan menggunakan pola IAR di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	PPJA	Tentang pelayanan ICU		
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien. (D,W) (lihat juga ARK 3)	D	Bukti dalam RM asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien, dengan menggunakan pola IAR	Bukti dalam RM asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien, dengan menggunakan pola IAR di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
4. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen awal medis dan keperawatan rawat inap selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat dengan bukti pencatatan tanggal dan jam	Bukti dalam RM asesmen awal medis dan keperawatan selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat dengan bukti pencatatan tanggal dan jam pada pasien ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• Kepala/staf unit rekam medis</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

5. Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan (lihat juga AP 4 EP 1 dan 2 dan PAP 2.1). (D,W)	D	Bukti dalam RM asesmen awal medis dan keperawatan pasien rawat inap menghasilkan rencana asuhan, dengan menggunakan pola IAR, terintegrasi MPP menyusun rencana manajemen pelayanan pasien	Bukti dalam RM asesmen awal medis dan keperawatan DI ICU menghasilkan rencana asuhan, dengan menggunakan pola IAR, terintegrasi MPP menyusun rencana manajemen pelayanan pasien	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• MPP</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

#### Standar AP 1.4

Asesmen awal pasien mencakup juga skrining gizi, kebutuhan fungsional, dan kebutuhan khusus lainnya, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.

### Maksud dan Tujuan AP 1.4 dan AP 1.4.1

Informasi yang diperoleh pada asesmen awal medis dan atau asesmen awal keperawatan, dapat menunjukkan kebutuhan asesmen lebih lanjut atau lebih mendalam tentang status gizi (antara lain metode MST- Malnutrition Screening Tools), fungsional (antara lain: dengan metode Barthel Index) termasuk risiko pasien jatuh (lihat juga, SKP 6).

Asesmen lebih mendalam dibutuhkan untuk identifikasi pasien yang memerlukan intervensi gizi, layanan rehabilitasi atau layanan lain terkait kemampuan untuk berfungsi mandiri. Secara umum seleksi dilakukan melalui evaluasi sangat sederhana, mendalam terhadap pasien untuk menentukan apakah pasien menunjukkan gejala sebagai sebuah risiko yang kemudian dibutuhkan asesmen lebih lanjut secara mendalam. Misalnya, asesmen awal keperawatan memuat kriteria dasar untuk menyaring risiko gizi seperti ada lima atau enam pertanyaan sederhana yang menghasilkan skor angka terkait dengan intake makanan yang menurun, berat badan menurun selama 3 bulan yang lalu, mobilitas dan lain sebagainya.

Jumlah angka (skor) akan menunjukkan risiko gizi pasien yang membutuhkan asesmen gizi lebih lanjut yang mendalam.

Pada setiap kasus, kriteria pemeriksaan digunakan oleh staf yang kompeten dan diberi kewenangan yang mampu melakukan asesmen lebih lanjut, jika perlu, memberikan pelayanan yang diperlukan. Misalnya, kriteria pemeriksaan risiko gizi nutrisi dibuat oleh perawat yang menggunakan kriteria perangkat skrining gizi (screening tool), dietisien yang memberi saran intervensi diet, dan nutrisisionis yang akan mengintegrasikan kebutuhan gizi dengan kebutuhan lain pasien.

Informasi yang dikumpulkan dalam asesmen awal medis dan keperawatan termasuk asesmen lain yang dibutuhkan antara lain untuk: gigi, pendengaran, penglihatan, dan sebagainya. Setelah pemulangan di rumah sakit dilanjutkan asuhan di komunitas.

Elemen Penilaian AP 1.4	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
2. Rumah Sakit menetapkan kriteria risiko gizi yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang. (R)	R	1) Regulasi tentang kriteria risiko gizi 2) Bukti rapat penetapan kriteria risiko gizi, dengan keterlibatan staf yang kompeten (D)	Regulasi kriteria risiko gizi dan bukti rapat Di ICU	10 5 0	TL TS TT

3. Pasien dengan risiko gizi dilanjutkan dengan asesmen gizi (lihat juga PAP 5.). (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan pasien dengan risiko gizi dilanjutkan dengan asesmen gizi,	Bukti dalam RM pelaksanaan pasien dengan risiko nutrisi dilanjutkan dengan asesmen gizi untuk pasien di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Dietisien</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
Standar AP 1.4.1 Asesmen awal pasien mencakup juga kebutuhan fungsional, termasuk risiko jatuh, kemudian dirujuk untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.					
Elemen Penilaian AP 1.4.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. RS menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang (lihat juga SKP 6 EP 2). (R,D)	R	Regulasi tentang kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh	Lihat regulasi rumah sakit yang ada di ICU	10 - 0	TL - TT
	D	Bukti rapat penetapan kriteria kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, dengan keterlibatan staf yang kompeten (D)	Tentang pelayanan ICU		
2. Pasien diskriminasi untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh (lihat juga SKP 6). (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh	Bukti dalam RM tentang skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh untuk pasien ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Pasien/Keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

3. Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS. (D,W)	D	Bukti dalam RM hasil skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS	Bukti dalam RM hasil skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh memperoleh asuhan sesuai ketentuan RS untuk pasien ICU	10	TL
				5	TS
			Tentang pelayanan ICU	0	TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPJA</li> <li>• Pasien/Keluarga</li> </ul>			

**Standar AP 1.5**  
 Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskriming terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen.

**Maksud dan Tujuan AP 1.5**

Pada situasi keluhan nyeri dilakukan skrining/ asesmen cepat (rapid assessment) digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang merasakan nyeri, dilanjutkan dengan asesmen lanjutan yang mendalam.

Contoh pertanyaan yang dapat dipakai pada skrining sebagai berikut:

Apakah anda merasa sakit sekarang?

Apakah rasa sakit anda menghalangi tidur malam anda?

Apakah rasa sakit anda menghalangi anda beraktivitas?

Apakah anda merasakan sakit setiap hari?

Jawaban positif dari pertanyaan pertanyaan ini menandakan ada kebutuhan dilakukan asesmen lanjutan yang mendalam terhadap nyeri pasien (misalnya PQRST, provokasi, kualitas, penalaran, skor/keparahan, waktu). Cakupan tindakan berdasar asuhan dan pelayanan yang tersedia.

Untuk pasien rawat inap, jika diketahui ada nyeri segera dilakukan asesmen lebih dalam. Asesmen ini disesuaikan dengan umur pasien dan mengukur intensitas dan kualitas rasa nyeri, seperti karakteristik rasa nyeri, frekuensi, lokasi dan lamanya. Informasi tambahan dapat diberikan seperti riwayat rasa nyeri, apa yang menyebabkan rasa nyeri berkurang atau bertambah, apa keinginan pasien untuk menghilangkan rasa nyeri, dan lain sebagainya (misalnya PQRST). Asesmen dicatat demikian rupa untuk memudahkan asesmen ulang rutin dan tindak lanjut sesuai kriteria yang ditetapkan rumah sakit dan kebutuhan pasien.

Elemen Penilaian AP 1.5	Telusur		Telusur Surfok		
1. RS menetapkan regulasi pasien diskriming untuk rasa nyeri (lihat juga PAP.6, EP 1). (R)	R	Regulasi tentang skrining nyeri/ asesmen cepat (rapid assessment), termasuk asesmen lanjutan yang mendalam (PQRST) terhadap nyeri sesuai dengan AP 1.5 EP 2, termasuk lokasi pencatatannya.	Lihat regulasi tentang nyeri dan lokasi pencatatannya ada di ICU	10 - 0	TL - TT
2. RS menetapkan regulasi pasien diskriming untuk rasa nyeri (lihat juga PAP.6, EP 1). (R)	R	Regulasi tentang skrining nyeri/ asesmen cepat (rapid assessment), termasuk asesmen lanjutan yang mendalam (PQRST) terhadap nyeri sesuai dengan AP 1.5 EP 2, termasuk lokasi pencatatannya.	Lihat regulasi tentang nyeri dan lokasi pencatatannya ada di ICU	10 - 0	TL - TT
3. 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. (D,W) (lihat juga PAP 6 EP 1)	D  W	1) Bukti dalam RM tentang skrining 2) Bukti dalam RM tentang asesmen nyeri  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP/PPJA</li> <li>• Pasien/Keluarga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bukti dalam RM tentang skrining nyeri di ICU</li> <li>• Bukti dalam RM tentang asesmen nyeri untuk pasien ICU</li> </ul> Tentang pelayanan ICU	10 5 0	TL - TT

4. Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh RS dan kebutuhan pasien. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang rasa nyeri dan tindak lanjutnya	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang rasa nyeri dan tindak lanjutnya untuk pasien ICU	10	TL
				5	TS
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP/PPJA</li> <li>• Pasien/Keluarga.</li> </ul>		0	TT

**Standar AP 1.6**  
RS menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu.

**Maksud dan Tujuan AP 1.6**  
Asesmen tambahan untuk pasien tertentu atau untuk populasi pasien khusus mengharuskan proses asesmen perlu diubah. Tambahan ini disesuaikan dengan keunikan dan kebutuhan setiap populasi pasien tertentu. Setiap rumah sakit menentukan kelompok pasien khusus dan populasi pasien dan menyesuaikan proses asesmen untuk memenuhi kebutuhan khusus mereka.

Asesmen tambahan sesuai populasi pasiennya antara lain untuk:

1. Neonatus
2. Anak
3. Remaja
4. Obstetri/maternitas
5. Geriatri
6. Pasien dengan kebutuhan untuk P3(Perencanaan Pemulangan Pasien)
7. Sakit terminal/menghadapi kematian
8. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
9. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatrik
10. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol
11. Korban kekerasan atau kesewenangan
12. Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
13. Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
14. Pasien dengan sistem imunologi terganggu

Tambahan asesmen terhadap pasien ini memperhatikan kebutuhan dan kondisi mereka dalam kerangka kultural pasien. Proses asesmen disesuaikan dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional.

Elemen Penilaian AP 1.6	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
1. RS menetapkan regulasi tentang asesmen tambahan untuk populasi pasien tertentu (lihat juga AP 1 EP 1). (R)	R	Regulasi tentang asesmen tambahan sesuai populasi, termasuk juga jenis-jenis asesmen awal.	Regulasi rumah sakit tentang asesmen tambahan sesuai populasi ada di ICU	10	TL	-
				0	TT	-
2. Terhadap populasi pasien tsb dilaksanakan asesmen tambahan sesuai regulasi RS. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen tambahan untuk populasi tertentu	Bukti dalam RM tentang asesmen tambahan untuk populasi tertentu di ICU	10	TL	5
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• Kepala/staf unit rekam medis</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	0	TT	0

**Standar AP 2**  
RS menetapkan regulasi untuk melakukan asesmen ulang bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, untuk melihat respons pasien, dan kemudian dibuat rencana kelanjutan asuhan dan atau rencana pulang.

### Maksud dan Tujuan AP 2 dan AP 2.1

Asesmen ulang oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) merupakan faktor penting untuk evaluasi terhadap keputusan tentang asuhannya sudah benar dan efektif. Dilakukan asesmen ulang dengan interval waktu yang didasarkan atas kebutuhan dan rencana asuhan, dan digunakan sebagai dasar rencana pulang pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit. Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) (lihat juga, ARK.3).

Asesmen ulang oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) memperhitungkan asuhan pasien selanjutnya. Seorang dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) melakukan asesmen terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu /libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien. Perawat melakukan asesmen ulang minimal satu kali pershift atau sesuai perkembangan pasien, dan setiap hari PPJA akan mengkoordinasikan dan memverifikasi evaluasi ulang perawat untuk asuhan keperawatan selanjutnya.

Asesmen ulang dilakukan dan dicatat di CPPT berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dapat dengan metode ADIME, dengan memperhatikan:

Interval sepanjang asuhan pasien (contoh, perawat mencatat secara tetap, tanda-tanda vital (TTV), asesmen nyeri, detak jantung dan suara paru, sesuai kondisi pasien)

Setiap hari oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien, dan Perawat melakukan asesmen ulang minimal satu kali pershift atau sesuai perkembangan pasien. Sebagai respons terhadap perubahan penting kondisi pasien.

Jika diagnosis pasien berubah dan dibutuhkan perubahan rencana asuhan

Menentukan apakah pengobatan dan tindakan lain berhasil dan pasien dapat dipindah atau pulang

Hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis pasien/CPPT sebagai informasi untuk di gunakan oleh semua PPA (Lihat juga, ARK.3).

CPPT yang disusun mencakup 5 kolom yaitu: 1). kolom tanggal dan jam, 2). kolom Profesional Pemberi Asuhan, 3). kolom Hasil asesmen pasien dan pemberian pelayanan (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran. Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan), 4). kolom Instruksi PPA Termasuk Pasca Bedah (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas) (lihat PAP 2.2), 5). kolom Review & Verifikasi DPJP (Tulis Nama, beri Paraf, Tanggal, Jam) (lihat PAP 2.1 EP 5).

DPJP harus membaca/mereview seluruh Rencana Asuhan, rutin per 24 jam.

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen profesional pemberi asuhan (PPA) lain yang berarti, dicatat dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien.

Elemen Penilaian AP 2		Telusur	Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi tentang asesmen ulang oleh DPJP, perawat dan PPA lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut. (R)	R	Regulasi tentang asesmen ulang, intervalnya, oleh DPJP, PPJA dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut.	Regulasi RS tentang asesmen ulang, intervalnya, oleh DPJP, PPJA dan profesional pemberi asuhan (PPA) lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan di ICU	10 - 0	TL - TT
2. Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut (D,W)	D  W	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu/libur untuk pasien akut  • DPJP • Pasien/keluarga	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu/libur untuk pasien akut ICU  Tentang pelayanan ICU	10 - 0	TL - TT
3. Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien. (D,W)	D  W	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien  • PPJA • Pasien/keluarga	Bukti dalam RM tentang pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien untuk pasien ICU  Tentang pelayanan ICU	10 5 0	TL TS TT

4. Ada bukti asesmen ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi RS. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang yang dilakukan oleh PPA lainnya	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang yang dilakukan oleh PPA lainnya di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA lainnya</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

#### Standar AP 2.1

RS menetapkan regulasi hasil asesmen ulang dicatat di rekam medis dan didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis.

Elemen Penilaian AP 2.1	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
Asesmen ulang dicatat di dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). (D)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang di dokumentasikan di CPPT	Bukti dalam RM tentang asesmen ulang di dokumentasikan di CPPT untuk pasien ICU	10	TL
				5	TS
				0	TT

#### Standar AP 3

RS menetapkan regulasi tentang PPA yang kompeten dan diberi kewenangan melakukan asesmen awal dan asesmen ulang.

#### Maksud dan Tujuan AP 3

Asesmen dan asesmen ulang pasien adalah proses penting/kritikal, memerlukan pendidikan khusus, pelatihan, pengetahuan dan keahlian bagi profesional pemberi asuhan (PPA) dan telah mendapatkan SPK dan RKK termasuk asesmen gawat darurat. Identifikasi bagi mereka yang memenuhi syarat melakukan asesmen dan tanggung jawabnya ditentukan secara tertulis. Asesmen dilakukan oleh setiap disiplin/ profesional pemberi asuhan (PPA) dalam lingkup praktiknya, izin, peraturan perundangan, dan sertifikasi.

Elemen Penilaian AP 3	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi yang menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat. (R)	R	Regulasi tentang PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat sesuai EP 3 dalam bentuk SPK dan RKK	Regulasi rumah sakit tentang PPA yang berwenang melakukan asesmen asesmen ulang dan asesmen awal, asesmen gawat darurat di ICU	10	TL
				-	-
				0	TT

2. PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen dilakukan oleh PPA yang kompeten dan berwenang	Bukti dalam RM tentang asesmen dilakukan oleh PPA yang kompeten dan berwenang di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT
3. Asesmen gawat darurat dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang asesmen gawat darurat dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang	Bukti dalam RM tentang asesmen gawat darurat dilaksanakan oleh PPA yang kompeten dan berwenang di ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

#### Standar AP 4

Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bekerja secara tim memberikan asuhan pasien terintegrasi, masing-masing melakukan asesmen berbasis pengumpulan Informasi, melakukan analisis untuk membuat rencana asuhan (IAR), dengan DPJP sebagai ketua tim asuhan yang mengintegrasikan asuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan mendesak bagi pasien rawat inap.

### Maksud dan Tujuan AP 4

PPA bekerja secara tim, menerapkan praktik kolaborasi interprofessional, memberikan asuhan pasien terintegrasi yang merupakan integrasi inter PPA, dengan kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat dan bersifat horizontal. Kolaborasi interprofessional adalah bagian penting dari asuhan pasien terintegrasi, dan memerlukan kompetensi untuk berkolaborasi dalam ranah: nilai dan etik (*values/ethics*), peran dan tanggung jawab-tanggung gugat (*roles/responsibilities*), komunikasi interprofessional (interprofessional communication), kerjasama tim (*teams and teamwork*).

Hasil asesmen pasien diintegrasikan sesuai konsep pelayanan berfokus pada pasien (PCC). Hasil asesmen yang terintegrasi menjadi dasar Asuhan Pasien Terintegrasi, baik yang bersifat integrasi horisontal maupun vertikal, dengan elemen:

1. DPJP sebagai ketua tim asuhan pasien (Clinical Leader)
2. PPA bekerja dalam tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, berdasarkan
3. Standar Pelayanan Profesi masing-masing
4. Manajer Pelayanan Pasien/ Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan
5. Proses asuhan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga (lihat AP 4, PAP 2, PAP 5).
6. Perencanaan Pemulangan Pasien / Discharge Planning terintegrasi
7. Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5)

Banyak pasien mungkin menjalani berbagai bentuk asesmen diluar atau didalam rumah sakit oleh berbagai unit kerja. Hasilnya adalah, tersedia banyak bentuk informasi, hasil tes, data yang ada di rekam medis pasien. Akan bermanfaat bagi pasien jika profesional pemberi asuhan (PPA) yang bertanggung jawab terhadap pasien bekerja sama melakukan analisis (metode IAR) temuan asesmen dan menggabungkan informasi menjadi sebuah gambaran komprehensif kondisi pasien. Dari kolaborasi ini, kebutuhan pasien teridentifikasi, ditentukan urutan prioritas, dan keputusan tentang asuhan dibuat. Integrasi temuan akan memudahkan kooordinasi asuhan pasien (lihat juga AP.2 dan PAP.2)

Proses bekerjasama adalah sederhana dan informal jika kebutuhan pasien tidak kompleks. Pertemuan resmi tim, rapat tentang pasien, visit bersama, ronde klinis, mungkin dibutuhkan sesuai dengan kebutuhan pasien yang kompleks atau dengan pasien yang kebutuhannya tidak jelas. Pasien, keluarga pasien dan lainnya, yang membuat keputusan atas nama pasien dilibatkan dalam proses membuat keputusan, jika perlu.

Elemen Penilaian AP 4	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
	D	W				
1. Ada bukti hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh masing-masing PPA diintegrasikan. (D,W)	D	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bukti dalam RM tentang hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh PPA secara terintegrasi, pengintegrasian tersebut dilakukan oleh DPJP.</li> <li>2) Pada asesmen awal, bukti integrasi oleh DPJP berupa paraf DPJP pada asesmen awal keperawatan.</li> <li>3) Pada asesmen ulang, bukti integrasi oleh DPJP berupa paraf DPJP pada CPPT per 24 jam pada kolom 5 / verifikasi.</li> </ol>	Bukti dalam RM tentang hasil asesmen awal dan asesmen ulang oleh PPA secara terintegrasi dilakukan oleh DPJP di DPJP pada CPPT per 24 jam pada kolom 5 / verifikasi. di ICU	10 5 0	TL TS TT	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP, dalam fungsi ketua tim asuhan/“clinical leader”</li> <li>• PPA lainnya</li> <li>• MPP</li> </ul>				
2. Ada bukti hasil asesmen dianalisis untuk membuat rencana asuhan. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang hasil asesmen dianalisis untuk menyusun rencana asuhan	Bukti dalam RM tentang hasil asesmen dianalisis untuk menyusun rencana asuhan untuk pasien ICU	10 5 0	TL TS TT	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• MPP</li> </ul>				

3. Berdasarkan hasil asesmen dan rencana asuhan PPA lainnya, DPJP mengintegrasikan rencana asuhan dan tindak lanjutnya. (D,W)	D	Bukti dalam RM tentang hasil asesmen dan rencana asuhan PPA lainnya diintegrasikan oleh DPJP	Bukti dalam RM tentang hasil asesmen dan rencana asuhan PPA lainnya diintegrasikan oleh DPJP untuk pasien ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP, dalam fungsi ketua tim asuhan/“clinical leader”</li> <li>• PPA lainnya</li> <li>• MPP</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN (PAP)
<p><b>Standar PAP 2</b> Ditetapkan proses untuk melakukan integrasi inter unit pelayanan serta koordinasi pelayanan dan asuhan kepada setiap pasien</p>
<p><b>Maksud dan Tujuan PAP 2</b> Proses pelayanan dan asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak profesional pemberi asuhan (PPA) yang dapat melibatkan berbagai unit pelayanan. Integrasi dan koordinasi kegiatan pelayanan dan asuhan pasien merupakan sasaran yang menghasilkan efisiensi, penggunaan SDM dan sumber lainnya efektif, dan hasil asuhan pasien yang lebih baik. Kepala unit pelayanan menggunakan alat dan teknik untuk melakukan integrasi dan koordinasi pelayanan serta asuhan lebih baik (contoh, asuhan secara tim oleh PPA, ronde pasien multidisiplin, form catatan perkembangan pasien terintegrasi, dan manajer pelayanan pasien/<i>case manager</i>). (lihat juga AP 4, Maksud dan Tujuan)</p> <p>Pelayanan berfokus pada pasien (PCC) diterapkan dalam bentuk asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal. Pada integrasi horizontal misalnya pada integrasi inter PPA dengan kontribusi profesi tiap-tiap PPA sama pentingnya/ sederajat. Pada integrasi vertikal yaitu integrasi inter unit, pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda, di sini peran MPP penting untuk integrasi tersebut dengan komunikasi yang memadai dengan PPA.</p> <p>Pelaksanaan Asuhan Pasien Terintegrasi pusatnya adalah pasien dan mencakup elemen antara lain sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga. (lihat PAP 4, PAP 2, PAP 5);</li> <li>• DPJP sebagai Ketua tim PPA (Clinical Team Leader) sebagai “motor” proses integrasi antar PPA, melakukan integrasi asuhan pasien melalui review dan verifikasi asuhan per 24 jam;</li> <li>• PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, antara lain memakai Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi/Clinical Pathway, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT;</li> <li>• Perencanaan Pemulangan Pasien/Discharge Planning terintegrasi;</li> <li>• Asuhan Gizi Terintegrasi (lihat PAP 5);</li> <li>• Manajer Pelayanan Pasien/Case Manager berperan dalam integrasi inter unit dalam pelayanan pasien, membantu integrasi intra-inter PPA.</li> </ul> <p>Pendokumentasian di rekam medis merupakan alat untuk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi serta koordinasi asuhan. Secara khusus, setiap PPA mencatat observasi dan pengobatan di rekam medis pasien. Demikian juga, pertemuan resmi tim, rapat tentang pasien, ronde klinis, setiap hasil atau simpulan dari rapat tim atau diskusi tentang pasien dicatat dalam CPPT. (lihat juga PAP5, EP 2)</p>



Elemen Penilaian PAP 2	Telusur	Tambahan/ Kekhususan	Skor		
1. Adaregulasi yang mengatur pelayanan dan asuhan terintegrasi didan-antar berbagai unit pelayanan (lihat juga PAP 2.1 EP 3, 4, 5). (R)	R	Regulasi tentang pelayanan dan asuhan terintegrasi, termasuk tentang :	Lihat regulasi rumah sakit di ICU tentang pelayanan dan asuhan terintegrasi di ICU	10	TL
		1) Pengintegrasian pelayanan inter unit difasilitasi oleh MPP/ Case-Manager		5	TS
		2) Integrasi asuhan pasien sesuai butir-butir di maksud-tujuan, termasuk inte-grasi intra-inter PPA, integrasi PPA-Pasien		0	TT
		3) Asesmen dengan metode IAR EP 2 dan 3			
		4) Komunikasi antar PPA dan pendokumentasiannya sesuai uraian di EP 4			
2. Rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antar berbagai unit pelayanan (lihat juga PAP 2.1 dan PAP 5) (D,O,W)	D	Bukti di rekam medis tentang rencana asuhan diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antar berbagai unit pelayanan	Bukti di rekam medis tentang rencana asuhan pasien ICU diintegrasikan dan dikoordinasikan di dan antar berbagai Unit	10	TL
				5	TS
				0	TT
	O	Lihat form antara lain form CPPT, form tindakan askep/nurse's note, form MPP	Tentang pelayanan ICU		
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>PPA</li> <li>Kepala/staf unit Pelayanan</li> <li>MPP</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

### Standar PAP 2.2

Rumah sakit menetapkan regulasi yang mengatur metode memberi instruksi

#### Maksud dan Tujuan PAP 2.2

Banyak kegiatan asuhan pasien membutuhkan seorang PPA yang kompeten dan berwenang untuk menuliskan instruksi yang harus dicatat di rekam medis pasien. Instruksi merupakan pelaksanaan dari rencana / plan dari masing-masing PPA, bukan hanya dari DPJP.

Kegiatan ini meliputi, misalnya instruksi untuk pemeriksaan di laboratorium (antara lain termasuk laboratorium Patologi Anatomi), memesan obat, asuhan keperawatan khusus, instruksi PPJA kepada timnya saat PPJA off dalam bentuk delegasi apa yang harus dilaksanakan oleh perawat, terapi nutrisi, dsb. Instruksi ini harus dapat tersedia dengan mudah jika instruksi harus dilaksanakan secepat-cepatnya. Menempatkan instruksi di lembar umum atau di tempat tertentu di dalam berkas rekam medis memudahkan pelaksanaan instruksi.

Instruksi tertulis membantu staf mengerti kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan, serta siapa harus melaksanakannya dan bersifat delegatif atau mandat. Instruksi tertulis dapat juga diberikan di form tersendiri atau diberikan dengan sistem elektronik sesuai dengan regulasi rumah sakit.

Setiap rumah sakit harus mengatur:

- jenis instruksi harus tertulis dan dicatat, terutama di kolom empat CPPT.
- permintaan pemeriksaan semua laboratorium (antara lain termasuk pemeriksaan laboratorium PA) dan diagnostik imaging tertentu harus disertai indikasi klinis
- pengecualian dalam keadaan khusus, seperti antara lain di unit darurat dan unit intensif;
- siapa yang diberi kewenangan memberi instruksi dan perintah diletakkan di dalam berkas rekam medis pasien. (lihat juga SKP 2; PKPO 4; PKPO 1; PKPO 4.2; PKPO 4.3; MIRM 1.10 dan MIRM 11)

Elemen Penilaian PAP 2.2	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
	D	W			
3. Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imajing harus disertai ringkasan klinis apabila meminta hasilnya berupa interpretasi. (D,W)		Bukti form pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imajing memuat ringkasan klinis	Bukti form pemeriksaan laboratorium dan diagnostik imajing memuat ringkasan klinis yang ada di ICU	10	TL
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• Staf unit laboratorium</li> <li>• Staf unit radiologi</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

#### Standar PAP 2.3

Rumah sakit menetapkan regulasi tindakan klinis dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien

#### Maksud dan Tujuan PAP 2.3

Contoh tindakan seperti ini adalah endoskopi, kateterisasi jantung, terapi radiasi, CT scan, tindakan invasif lain, serta pada pemeriksaan laboratorium (PK, PA) juga pada radiologi intervensional dan noninvasif. Informasi tentang siapa yang meminta prosedur/ tindakan ini serta alasannya dicatat dan dimasukkan di dalam berkas rekam medis pasien. Pada rawat jalan apabila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko termasuk pasien yang dirujuk dari luar juga harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medis.

Elemen Penilaian PAP 2.3	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
	R	D			
1. Ada regulasi tentang tindakan klinis dan diagnostik serta pencatatannya di rekam medis. (R)		Bukti dalam rekam medis tentang tindakan klinis dan diagnostik serta lokasi/form pencatatannya di rekam medis, termasuk: 1) Staf yang meminta beserta apa alasan dilakukan tindakan dicatat di rekam medis pasien 2) Hasil tindakan dicatat di rekam medis pasien Pada pasien rawat jalan bila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medis	Lihat regulasi tentang tindakan klinis dan tindakan diagnostic di RM untuk ICU	10	TL
				5	TS
				0	TT
2. Staf yang meminta beserta apa alasan dilakukan tindakan dicatat di rekam medis pasien. (D)		Bukti dalam rekam medis tentang permintaan dan alasannya	Bukti dalam rekam medis tentang permintaan dan alasan tindakan pasien ICU	10	TL
				5	TS
				0	TT
3. Hasil tindakan dicatat di rekam medis pasien. (D)		Bukti di rekam medis tentang hasil tindakan	Bukti di rekam medis tentang hasil tindakan untuk pasien ICU		

#### Standar PAP 2.4

Pasien dan keluarga diberi tahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan yang tidak diharapkan.

**Maksud dan Tujuan PAP 2.4**

Asuhan dan proses pengobatan merupakan siklus berkesinambungan dari asesmen dan asesmen ulang, perencanaan serta pemberian asuhan, dan evaluasi hasil. Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil proses asesmen, perencanaan asuhan dan pengobatan, serta diikutsertakan dalam pengambilan keputusan. Langkah asuhan bersifat siklis sehingga pasien perlu diberi informasi tentang hasil asuhan, perkembangan dan pengobatan, termasuk informasi hasil asuhan yang tidak diharapkan. Pemberian informasi tersebut dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (PPA) terkait untuk kejadian tidak diharapkan (KTD) oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP).

Telusur Elemen Penilaian PAP 2.4		Telusur	Telusur Surfok	Skor	
1. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan (lihat juga HPK 2.1, EP 1, 5). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan pemberian informasi hasil asuhan dan pengobatan	Bukti pasien pelaksanaan pemberian informasi hasil asuhan dan pengobatan untuk pasien ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPA lainnya</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
1. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan (lihat juga HPK 2.1 dan PMKP 9). (D,W)	D	Bukti pelaksanaan pemberian informasi hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan (sudah terjadi KTD/kejadian tidak diharapkan). Pelaksanaan pemberian informasi untuk KTD harus dilakukan oleh DPJP terkait, dapat dibantu MPP. Rumah sakit memiliki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien	Bukti pelaksanaan pemberian informasi hasil asuhan dan pengobatan yang tidak diharapkan di ICU (sudah terjadi KTD/kejadian tidak diharapkan)	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPA lainnya</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

**DETEKSI (MENGENALI) PERUBAHAN KONDISI PASIEN****Maksud dan Tujuan PAP 3.3 s/d PAP 3.9**

Regulasi harus dibuat secara khusus untuk kelompok pasien yang berisiko atau pelayanan yang berisiko tinggi agar tepat dan efektif dalam mengurangi risiko terkait. Sangatlah penting bahwa regulasi mengatur hal tersebut.

- Bagaimana perencanaan dibuat termasuk identifikasi perbedaan pasien dewasa dengan anak atau keadaan khusus lain
- Dokumentasi yang diperlukan oleh pelayanan secara tim untuk bekerja dan berkomunikasi secara efektif
- Pertimbangan persetujuan khusus bila diperlukan
- Persyaratan pemantauan pasien
- Kompetensi atau keterampilan yang khusus staf yg terlibat dalam proses asuhan
- Ketersediaan dan penggunaan peralatan khusus

Pengobatan risiko tinggi lainnya selain kemoterapi termasuk antara lain radioterapi, KCI pekat, heparin, dsb.

Catatan: untuk standar PAP 3.3 s.d. PAP 3.9 maka elemen a) sampai dengan f) pada Maksud dan Tujuan harus tercermin dalam regulasi yang disyaratkan.

**PELAYANAN DARAH****Standar PAP 3.3**

Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

**Maksud dan Tujuan PAP 3.3**

Pelayanan darah dan produk darah harus diberikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan meliputi antara lain:

- pemberian persetujuan (*informed consent*);
- pengadaan darah;
- identifikasi pasien;
- pemberian darah;
- monitoring pasien;
- identifikasi dan respons terhadap reaksi transfusi.

Staf kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi.

PELAYANAN DARAH					
Elemen Penilaian PAP 3.3	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) pada Maksud dan Tujuan (lihat AP 5.11 EP 2, AP 5.11.1 dan AP 5.11.2). (R)	R	Regulasi tentang pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) pada Maksud dan Tujuan	Lihat regulasi rumah sakit tentang pelayanan darah dan produk darah di ICU	10 5 0	TL TS TT
2. Ada bukti pelaksanaan proses meliputi a) sampai dengan h) pada Maksud dan Tujuan. (D,W)	D  W	Bukti dalam rekam medis tentang pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) dan berkas kredensial staf klinis  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Kepala/staf unit laboratorium/unit BDRS (Bank Darah RS)</li> </ul>	Bukti dalam rekam medis tentang pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) dan berkas kredensial staf klinis di ICU  Tentang pelayanan ICU	10 5 0	TL TS TT

3. Ada bukti staf yang kompeten dan berwenang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasi (lihat juga AP 5.11 EP 2). (D,W)	D  W	Bukti dalam rekam medis tentang pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) termasuk bukti monev  <ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• Staf klinis</li> <li>• Kepala/staf unit laboratorium/unit BDRS (Bank Darah</li> </ul>	Bukti dalam rekam medis tentang pelayanan darah dan produk darah meliputi butir a) sampai dengan h) termasuk bukti monev di ICU  Tentang pelayanan ICU	10 5 0	TL TS TT
--	------------	--	--	--------------	----------------

#### PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS

Standar PAP 3.8  
Rumah sakit memberikan pelayanan khusus terhadap pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri

Elemen Penilaian PAP 3.8	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
1. Ada regulasi pelayanan khusus terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak, dan yang dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri. (R)	R	Regulasi tentang pelayanan khusus Terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak, dan yang dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri.	Lihat regulasi tentang pelayanan khusus dan populasi berisiko tinggi untuk di ICU	10 5 0	TL TS TT

2. Ada bukti pelaksanaan asuhan pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri menerima asuhan sesuai dengan regulasi. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang asuhan pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri	Bukti dalam rekam medis tentang asuhan pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri untuk pasien ICU	10	TL
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• Staf klinis</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU	5	TS
				0	TT

### PELAYANAN DALAM TAHAP TERMINAL

#### Standar PAP 7

Dilakukan asesmen dan asesmen ulang terhadap pasien dalam tahap terminal dan keluarganya sesuai dengan kebutuhan mereka.

#### Maksud dan Tujuan PAP 7

Skrining merupakan proses untuk menetapkan kondisi pasien masuk dalam fase terminal. Selanjutnya PPA melakukan asesmen awal dan asesmen ulang (basis IAR) bersifat individual untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dalam tahap terminal (*dying*) dan keluarganya. Asesmen awal dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti:

- gejala mual dan kesulitan pernapasan;
- faktor yang memperparah gejala fisik;
- manajemen gejala sekarang dan respons pasien;
- orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu;
- keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan, dan rasa bersalah;
- status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit;
- kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya;
- Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan;
- Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

Elemen Penilaian PAP 7	Telusur		Telusur Surfok		Skor	
1. Ada regulasi asesmen awal dan ulang pasien dalam tahap terminal meliputi butir a) sampai dengan i) pada Maksud dan Tujuan (lihat juga PAP 7.1). (R)	R	Regulasi tentang skrining, asesmen awal dan ulang pasien terminal meliputi butir a) sampai dengan i) pada Maksud dan Tujuan, tentang DNR, juga termasuk butir a) sampai dengan f)	Regulasi tentang skrining. asesmen awal dan ulang pasien terminal di ICU	10	TL	
				5	TS	
				0	TT	
2. Ada bukti skrining dilakukan pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil sesuai dengan regulasi. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang skrining pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil oleh DPJP.	Bukti dalam rekam medis tentang skrining pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil oleh DPJP di ICU	10	TL	
				5	TS	
				0	TT	
3. Pasien dalam tahap terminal dilakukan asesmen awal dan asesmen ulang. (D,W)	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• Staf klinis</li> <li>Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU			
	D	Bukti dalam rekam medis tentang asesmen awal dan asesmen ulang saat pasien dinilai masuk dalam kondisi terminal.	Bukti dalam rekam medis tentang asesmen awal dan asesmen ulang saat pasien dinilai masuk dalam kondisi terminal di ICU.	10	TL	
				5	TS	
				0	TT	
4. Hasil asesmen menentukan asuhan dan layanan yang diberikan. (D,W)	D	Bukti dalam rekam medis tentang penentuan asuhan dan layanan yang diberikan sebagai hasil asesmen	Bukti dalam rekam medis tentang penentuan asuhan dan layanan yang diberikan sebagai hasil asesmen di ICU.	10	TL	
				5	TS	
				0	TT	
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PPA</li> <li>• Pasien/Keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU			

3. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi diet dan nutrisi yang memadai (D,W) (lihat juga PAP.4 EP 7)	D	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang diet dan nutrisi yang memadai, termasuk untuk kebutuhan tumbuh kembang anak.	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang diet dan nutrisi yang memadai, termasuk untuk kebutuhan tumbuh kembang anak di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dietisien</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
4. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi manajemen nyeri (D,W) (lihat juga HPK.2.5 dan PAP.6 ; AP.1.5)	D	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang asesmen nyeri dan manajemen nyeri	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang asesmen nyeri dan manajemen nyeri di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP</li> <li>• PPJA</li> <li>• staf klinis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		
5. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi teknik rehabilitasi (D,W)	D	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang teknik rehabilitasi	Bukti pelaksanaan pemberian edukasi tentang teknik rehabilitasi di ICU.	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DPJP/fisioterapis</li> <li>• Pasien/keluarga</li> </ul>	Tentang pelayanan ICU		

<b>PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)</b>
<p><b>Standar PMKP 6</b> Setiap unit kerja di rumah sakit memilih dan menetapkan indikator mutu yang dipergunakan untuk mengukur mutu unit kerja.</p>
<p><b>Maksud dan Tujuan PMKP 6</b> Pemilihan indikator adalah tanggung jawab dari pimpinan. TKRS. 5 menjelaskan bagaimana Pimpinan rumah sakit memutuskan area prioritas untuk pengukuran di seluruh rumah sakit, dan TKRS.11 menjelaskan proses pemilihan indikator untuk setiap unit pelayanan/ unit kerja. Semua unit pelayanan – baik klinis dan manajerial – memilih indikator yang terkait dengan prioritas unit.</p> <p>Di rumah sakit yang besar dapat diantisipasi adanya kemungkinan indikator yang serupa dipilih oleh beberapa unit pelayanan.</p> <p>Indikator mutu di unit pelayanan/kerja dipergunakan untuk menilai mutu unit pelayanan/ kerja. Komite/Tim PMKP melakukan koordinasi dan mengorganisasi pemilihan indikator mutu di unit kerja tersebut sehingga indikator yang dipilih tersebut valid, <i>reliable</i>, <i>sensitive</i> dan spesifik. Pengukuran mutu perlu juga memperhatikan enam dimensi mutu dari WHO yaitu: “<i>effective, efficient, accessible, acceptable/patient-centred, equitable, and safe</i>”. Setelah pimpinan unit memilih indikator mutu unit maka Komite PMKP atau bentuk organisasi lainnya membantu menyusun profil indikatornya.</p> <p>Pimpinan unit kerja terlibat langsung dalam pemilihan dan penetapan yang ingin diukur di unit kerja. Indikator mutu unit kerja dapat menggunakan indikator mutu yang tercantum di dalam standar pelayanan minimal. Indikator mutu di unit pelayanan dapat meliputi indikator mutu area klinis, indikator mutu area manajemen dan indikator mutu penerapan sasaran keselamatan pasien, dan indikator mutu unit kerja (non pelayanan), minimal meliputi indikator area manajemen.</p>

**Maksud dan Tujuan KKS 17**

Rumah sakit mempekerjakan atau dapat mengizinkan berbagai profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya untuk memberikan asuhan dan pelayanan kepada pasien atau berpartisipasi dalam proses asuhan pasien. Contohnya, para profesional ini termasuk bidan, nutrisisionis, apoteker, fisioterapis, teknisi transfusi darah, penata anestesi, dan lainnya.

Bila pendidikannya profesi maka termasuk golongan profesional pemberi asuhan (PPA), sedangkan bila pendidikannya vokasi maka kewenangannya adalah sebagai PPA lainnya. Bila profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut yang diizinkan bekerja atau berpraktik di rumah sakit maka rumah sakit bertanggungjawab untuk melakukan proses kredensialing.

Rumah sakit harus memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk ikut memberikan asuhan dan harus menetapkan jenis asuhan serta pengobatan yang diizinkan bila tidak bertentangan dengan peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit memastikan bahwa profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tersebut kompeten untuk memberikan asuhan yang aman dan efektif kepada pasien dengan

- a) Memahami peraturan dan perundang-undangan terkait profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya;
- b) Mengumpulkan semua kredensial yang ada untuk setiap profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya sekurang-kurangnya meliputi:
  - ✓ Bukti pendidikan, registrasi, izin, kewenangan, pelatihan, dan pengalaman terbaru serta diverifikasi dari sumber aslinya;
  - ✓ Bukti kompetensi terbaru melalui informasi dari sumber lain di tempat profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya pernah bekerja sebelumnya;
  - ✓ Surat rekomendasi dan/atau informasi lain yang mungkin diperlukan rumah sakit, antara lain riwayat kesehatan dan sebagainya;

Melakukan setiap upaya memverifikasi informasi penting dari berbagai sumber dengan jalan mengecek ke *website* resmi dari institusi pendidikan pelatihan melalui email dan surat tercatat. Pemenuhan standar mensyaratkan verifikasi sumber aslinya dilaksanakan untuk profesional pemberi asuhan dan PPA lainnya yang akan dan sedang bekerja.

Bila verifikasi tidak mungkin dilakukan seperti hilangnya dokumen karena bencana atau sekolahnya tutup maka hal ini dapat diperoleh dari sumber resmi lain. *File* kredensial setiap profesional pemberi asuhan dan staf klinis lainnya harus tersedia dan dipelihara serta diperbaharui secara berkala sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Elemen Penilaian KKS	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
17					
Ada pelaksanaan proses pembuatan rincian kewenangan klinis sesuai dengan peraturan perundang-undangan.(D,W)	D	Bukti pelaksanaan tentang proses penetapan SPK dan RKK PPA dan staf klinis lainnya	Bukti pelaksanaan tentang proses penetapan SPK dan RKK PPA lainnya dan staf klinis lainnya di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala / Staf SDM</li> <li>• PPA</li> </ul>			
<b>Standar KKS 18</b>					
Rumah Sakit melakukan evaluasi kinerja Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya berdasar atas partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit.					
<b>Maksud dan Tujuan KKS 18</b>					
Peran klinis yang penting profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya mengharuskan staf tersebut berpartisipasi secara proaktif dalam program peningkatan mutu klinis rumah sakit. Penilaian kinerja profesional berkelanjutan terdiri dari:					
<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Perilaku dalam partisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu rumah sakit serta mendukung budaya aman dan keselamatan pasien serta mendukung etika profesi dan juga etika RS dan evaluasi.</li> <li>b. Pengembangan profesionalisme antara lain pengembangan profesional berkelanjutan, keikutsertaan dalam riset, publikasi, keterlibatan profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya dalam aktivitas peningkatan mutu serta perolehan penghargaan atas prestasinya baik di tingkat rumah sakit maupun tingkat nasional</li> <li>c. Evaluasi kinerja klinis.</li> </ol>					
Elemen Penilaian KKS	Telusur		Telusur Surfok	Skor	
18					
3. Ada dokumen-tasi evaluasi kinerja klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya tahunan. (D,W)	D	Bukti penilaian kinerja klinis profesional pemberi asuhan (PPA) dan staf klinis lainnya didokumentasikan dalam file kredensial PPA dan staf klinis lainnya	Bukti Penilaian kinerja PPA) dan staf klinis lainnya di ICU	10 5 0	TL TS TT
	W	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala / Staf SDM</li> <li>• PPA</li> </ul>			

# **D.DAFTAR STANDAR SURFOK PELAYANAN ICU**





<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>1</b>	<b>ARK 2.1</b>	<b>EP 1</b>	<b>11</b>	<b>ARK 4.4</b>	<b>EP 2</b>	<b>21</b>	<b>PAP 3.3</b>	<b>EP 2</b>
<b>2</b>	<b>ARK 2.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>12</b>	<b>PAP 2</b>	<b>EP 1</b>	<b>22</b>	<b>PAP 3.3</b>	<b>EP 3</b>
<b>3</b>	<b>ARK 2.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>13</b>	<b>PAP 2</b>	<b>EP 2</b>	<b>23</b>	<b>PAP 3.8</b>	<b>EP 1</b>
<b>4</b>	<b>ARK 2.1</b>	<b>EP 4</b>	<b>14</b>	<b>PAP 2.2</b>	<b>EP 3</b>	<b>24</b>	<b>PAP 3.8</b>	<b>EP 2</b>
<b>5</b>	<b>ARK 2.3</b>	<b>EP 1</b>	<b>15</b>	<b>PAP 2.3</b>	<b>EP 1</b>	<b>25</b>	<b>PAP 7</b>	<b>EP 1</b>
<b>6</b>	<b>ARK 2.3</b>	<b>EP 2</b>	<b>16</b>	<b>PAP 2.3</b>	<b>EP 2</b>	<b>26</b>	<b>PAP 7</b>	<b>EP 2</b>
<b>7</b>	<b>ARK 2.3</b>	<b>EP 3</b>	<b>17</b>	<b>PAP 2.3</b>	<b>EP 3</b>	<b>27</b>	<b>PAP 7</b>	<b>EP 3</b>
<b>8</b>	<b>ARK 2.3</b>	<b>EP 4</b>	<b>18</b>	<b>PAP 2.4</b>	<b>EP 1</b>	<b>28</b>	<b>PAP 7</b>	<b>EP 4</b>
<b>9</b>	<b>ARK 3.2</b>	<b>EP 4</b>	<b>19</b>	<b>PAP 2.4</b>	<b>EP 2</b>	<b>29</b>	<b>PAP 7</b>	<b>EP 5</b>
<b>10</b>	<b>ARK 4.4</b>	<b>EP 1</b>	<b>20</b>	<b>PAP 3.3</b>	<b>EP 1</b>	<b>30</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 1</b>

<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>31</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>41</b>	<b>AP 1.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>51</b>	<b>AP 1.5</b>	<b>EP 3</b>
<b>32</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>42</b>	<b>AP 1.1</b>	<b>EP 4</b>	<b>52</b>	<b>AP 1.6</b>	<b>EP 1</b>
<b>33</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 4</b>	<b>43</b>	<b>AP 1.1</b>	<b>EP 5</b>	<b>53</b>	<b>AP 1.6</b>	<b>EP 2</b>
<b>34</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 5</b>	<b>44</b>	<b>AP 1.4</b>	<b>EP 2</b>	<b>54</b>	<b>AP 2</b>	<b>EP 1</b>
<b>35</b>	<b>PAP 7.1</b>	<b>EP 6</b>	<b>45</b>	<b>AP 1.4</b>	<b>EP 3</b>	<b>55</b>	<b>AP 2</b>	<b>EP 2</b>
<b>36</b>	<b>AP 1</b>	<b>EP 2</b>	<b>46</b>	<b>AP 1.4.1</b>	<b>EP 1</b>	<b>56</b>	<b>AP 2</b>	<b>EP 3</b>
<b>37</b>	<b>AP 1</b>	<b>EP 3</b>	<b>47</b>	<b>AP 1.4.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>57</b>	<b>AP 2</b>	<b>EP 4</b>
<b>38</b>	<b>AP 1</b>	<b>EP 4</b>	<b>48</b>	<b>AP 1.4.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>58</b>	<b>AP 2.1</b>	<b>EP 2</b>
<b>39</b>	<b>AP 1.1</b>	<b>EP 1</b>	<b>49</b>	<b>AP 1.5</b>	<b>EP 1</b>	<b>59</b>	<b>AP 3</b>	<b>EP 1</b>
<b>40</b>	<b>AP 1.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>50</b>	<b>AP 1.5</b>	<b>EP 2</b>	<b>60</b>	<b>AP 3</b>	<b>EP 2</b>

<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>61</b>	<b>AP 3</b>	<b>EP 3</b>	<b>71</b>	<b>PAB 7</b>	<b>EP 2</b>	<b>81</b>	<b>SKP 2.2</b>	<b>EP 1</b>
<b>62</b>	<b>AP 4</b>	<b>EP 1</b>	<b>72</b>	<b>PAB 7</b>	<b>EP 3</b>	<b>82</b>	<b>SKP 2.2</b>	<b>EP 2</b>
<b>63</b>	<b>AP 4</b>	<b>EP 2</b>	<b>73</b>	<b>PAB 7.3</b>	<b>EP 1</b>	<b>83</b>	<b>SKP 2.2</b>	<b>EP 3</b>
<b>64</b>	<b>AP 4</b>	<b>EP 3</b>	<b>74</b>	<b>PAB 7.3</b>	<b>EP 2</b>	<b>84</b>	<b>SKP 3</b>	<b>EP 2</b>
<b>65</b>	<b>PAB 4</b>	<b>EP 1</b>	<b>75</b>	<b>PAB 7.3</b>	<b>EP 3</b>	<b>85</b>	<b>SKP 3</b>	<b>EP 4</b>
<b>66</b>	<b>PAB 4</b>	<b>EP 2</b>	<b>76</b>	<b>SKP 1</b>	<b>EP 2</b>	<b>86</b>	<b>SKP 3.1</b>	<b>EP 2</b>
<b>67</b>	<b>PAB 5</b>	<b>EP 1</b>	<b>77</b>	<b>SKP 1</b>	<b>EP 3</b>	<b>87</b>	<b>SKP 5</b>	<b>EP 2</b>
<b>68</b>	<b>PAB 5</b>	<b>EP 2</b>	<b>78</b>	<b>SKP 1</b>	<b>EP 4</b>	<b>88</b>	<b>SKP 5</b>	<b>EP 3</b>
<b>69</b>	<b>PAB 5</b>	<b>EP 3</b>	<b>79</b>	<b>SKP 1</b>	<b>EP 5</b>	<b>89</b>	<b>SKP 5</b>	<b>EP 4</b>
<b>70</b>	<b>PAB 7</b>	<b>EP 1</b>	<b>80</b>	<b>SKP 2.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>90</b>	<b>SKP 6</b>	<b>EP 3</b>

<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>91</b>	<b>SKP 6</b>	<b>EP 4</b>	<b>101</b>	<b>HPK 5.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>111</b>	<b>MIRM 13</b>	<b>EP 3</b>
<b>92</b>	<b>PPI 7</b>	<b>EP 2</b>	<b>102</b>	<b>HPK 5.3</b>	<b>EP 2</b>	<b>112</b>	<b>MIRM 13.1</b>	<b>EP 1</b>
<b>93</b>	<b>PPI 7</b>	<b>EP 3</b>	<b>103</b>	<b>HPK 5.3</b>	<b>EP 3</b>	<b>113</b>	<b>MIRM 13.1</b>	<b>EP 2</b>
<b>94</b>	<b>PPI 7</b>	<b>EP 4</b>	<b>104</b>	<b>MKE 8</b>	<b>EP 2</b>	<b>114</b>	<b>MIRM 13.1</b>	<b>EP 3</b>
<b>95</b>	<b>PPI 9.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>105</b>	<b>MKE 8</b>	<b>EP 3</b>	<b>115</b>	<b>MIRM 13.1</b>	<b>EP 4</b>
<b>96</b>	<b>HPK 2.6</b>	<b>EP 2</b>	<b>106</b>	<b>MKE 10</b>	<b>EP 2</b>	<b>116</b>	<b>TKRS 3.1</b>	<b>EP 1</b>
<b>97</b>	<b>HPK 2.6</b>	<b>EP 3</b>	<b>107</b>	<b>MKE 10</b>	<b>EP 3</b>	<b>117</b>	<b>TKRS 3.1</b>	<b>EP 2</b>
<b>98</b>	<b>HPK 5</b>	<b>EP 2</b>	<b>108</b>	<b>MKE 10</b>	<b>EP 4</b>	<b>118</b>	<b>TKRS 6</b>	<b>EP 2</b>
<b>99</b>	<b>HPK 5</b>	<b>EP 3</b>	<b>109</b>	<b>MKE 10</b>	<b>EP 5</b>	<b>119</b>	<b>TKRS 6</b>	<b>EP 3</b>
<b>100</b>	<b>HPK 5.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>110</b>	<b>MIRM 9</b>	<b>EP 4</b>	<b>120</b>	<b>TKRS 6.1</b>	<b>EP 2</b>

<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>121</b>	<b>TKRS 6.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>131</b>	<b>TKRS 11.1</b>	<b>EP 1</b>	<b>141</b>	<b>KKS 10</b>	<b>EP 4</b>
<b>122</b>	<b>TKRS 7</b>	<b>EP 5</b>	<b>132</b>	<b>TKRS 11.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>142</b>	<b>KKS 10</b>	<b>EP 3</b>
<b>123</b>	<b>TKRS 7.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>133</b>	<b>TKRS 11.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>143</b>	<b>KKS 11</b>	<b>EP 2</b>
<b>124</b>	<b>TKRS 8</b>	<b>EP 1</b>	<b>134</b>	<b>KKS 2.2</b>	<b>EP 2</b>	<b>144</b>	<b>KKS 12</b>	<b>EP 2</b>
<b>125</b>	<b>TKRS 9</b>	<b>EP 1</b>	<b>135</b>	<b>KKS</b>	<b>EP</b>	<b>145</b>	<b>KKS 15</b>	<b>EP 3</b>
<b>126</b>	<b>TKRS 9</b>	<b>EP 2</b>	<b>136</b>	<b>KKS 2.3</b>	<b>EP 3</b>	<b>146</b>	<b>KKS 17</b>	<b>EP 2</b>
<b>127</b>	<b>TKRS 9</b>	<b>EP 6</b>	<b>137</b>	<b>KKS 8</b>	<b>EP 3</b>	<b>147</b>	<b>KKS 18</b>	<b>EP 3</b>
<b>128</b>	<b>TKRS 10</b>	<b>EP 1</b>	<b>138</b>	<b>KKS 8.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>148</b>	<b>MFK 1</b>	<b>EP 2</b>
<b>129</b>	<b>TKRS 10</b>	<b>EP 6</b>	<b>139</b>	<b>KKS 10</b>	<b>EP 2</b>	<b>149</b>	<b>MFK 4</b>	<b>EP 5</b>
<b>130</b>	<b>TKRS 11</b>	<b>EP 3</b>	<b>140</b>	<b>KKS10</b>	<b>EP 3</b>	<b>150</b>	<b>MFK 4</b>	<b>EP 7</b>

<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>	<b>No.</b>	<b>Standar</b>	<b>EP</b>
<b>151</b>	<b>MFK 5</b>	<b>EP 2</b>	<b>161</b>	<b>MFK 9.2</b>	<b>EP 4</b>	<b>171</b>	<b>PMKP 6</b>	<b>EP 2</b>
<b>152</b>	<b>MFK 5</b>	<b>EP 6</b>	<b>162</b>	<b>MFK 9.2</b>	<b>EP 5</b>	<b>172</b>	<b>PMKP 7.1</b>	<b>EP 2</b>
<b>153</b>	<b>MFK 7.1</b>	<b>EP 1</b>	<b>163</b>	<b>MFK 9.3</b>	<b>EP 2</b>			
<b>154</b>	<b>MFK 7.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>164</b>	<b>MFK 11</b>	<b>EP 1</b>			
<b>155</b>	<b>MFK 8</b>	<b>EP 3</b>	<b>165</b>	<b>MFK 11</b>	<b>EP 4</b>			
<b>156</b>	<b>MFK 8</b>	<b>EP 4</b>	<b>166</b>	<b>MFK 11.2</b>	<b>EP 1</b>			
<b>157</b>	<b>MFK 8</b>	<b>EP 5</b>	<b>167</b>	<b>PKPO 3.4</b>	<b>EP 2</b>			
<b>158</b>	<b>MFK 8.1</b>	<b>EP 2</b>	<b>168</b>	<b>PKPO 3.4</b>	<b>EP 3</b>			
<b>159</b>	<b>MFK 8.1</b>	<b>EP 3</b>	<b>169</b>	<b>PKPO 6.1</b>	<b>EP 2</b>			
<b>160</b>	<b>MFK 9.2</b>	<b>EP 3</b>	<b>170</b>	<b>PKPO 6.1</b>	<b>EP 3</b>			

# Lampiran A.1 Desain Berdasarkan Klasifikasi Pelayanan ICU

No	Design	ICU Sekunder	ICU Tersier	Ya/Tidak
1	Area Pasien Unit Terbuka 12-16 m <sup>2</sup>	1 Tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	1 Tempat cuci tangan tiap 2 tempat tidur	
2	Unit Tertutup 16-20 m <sup>2</sup>	1 Tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	1 Tempat cuci tangan tiap 1 tempat tidur	
3	Outlet oksigen vacum stop kontak	2 1 2/ tempat tidur	3/ tempat tidur 3/ tempat tidur 16/ tempat tidur	
4	Area kerja:			
	Lingkungan	<i>Air Conditioned</i>	<i>Air Conditioned</i>	
	Suhu	23-2°C	23-2°C	
	Humiditas	50-70%	50-70%	
	Ruang isolasi	+	+	
	Ruang penyimpanan peralatan dan barang bersih	+	+	
	Ruang tempat buang kotoran	+	+	
	Ruang perawat	+	+	
	Ruang staf dokter	+	+	
	Ruang tunggu keluarga pasien	+	+	
	Laboratorium	24 jam	24 jam	

## A.2 Daftar Peralatan Berdasarkan Klasifikasi Pelayanan ICU

No	Design	ICU Sekunder	ICU Tersier	Ya/Tidak
1	Ventilasi mekanik	Canggih	Canggih	
2	Alat hisap	+	+	
3	Alat ventilasi manual dan alat penunjang jalan napas	+	+	
4	Peralatan akses vaskuler	+	+	
5	Peralatan monitor			
6	Invasif:			
	- Monitor tekanan darah invasif	+	+	
	- Tekanan vena sentral	+	+	
	- Tekanan baji a.Pulmonalis (Swan Ganz)	-	+	
7	Non invasif:			
	- Tekanan darah	+	+	
	- EKG dan laju jantung	+	+	
	- Saturasi oksigen /pulse oxymeter	+	+	

8	Suhu	+	+	
9	EEG	+	+	
10	Defibrilator dan alat pacu jantung	+	+	
11	Alat pengatur suhu pasien	+	+	
12	Peralatan drain toraka	+	+	
13	Pompa infus dan pompa syringe	+	+	
14	<i>Bronchoscopy</i>	+	+	
15	Echokardiografi	+	+	
16	Peralatan portble untuk transportasi	+	+	
17	Tempat tidur khusus	+	+	
18	Lampu untuk tindakan	+	+	
19	Hemodialisis	+	+	
20	CRRT	+	+	



# Daftar Pustaka Surfok Pelayanan ICU

1. KMK 1778 Tahun 2010 tentang Pedoman Pelayanan ICU
2. PMK 519/MENKES/PER/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit
3. PMK 24 tahun 2016 tentang Persyaratan Fisik Bangunan Rumah Sakit



Terima Kasih ☀️

The image is a composite of two parts. On the left is a vertical poster with a teal background. At the top left, it features the logo of the Indonesian Ministry of Health (KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA). The central graphic is a large white heart with a stylized white figure inside, resembling a person or a protective shield. Below this, the text reads: "PAKAI MASKER UNTUK KESEHATAN MU KELUARGA". At the bottom left of the poster is the "sehatpedia" logo, which includes a blue face mask icon with the word "sehatpedia" written on it. To the right of the mask icon, the text says "Gerakan Pakai Masker". On the right side of the composite image is a photograph of a person wearing a full-body protective suit. The person is wearing a tan helmet, large black goggles with yellow lenses, and a bright red face mask. They are also wearing a brown leather jacket and black gloves. The person is holding a black bag or equipment.