

# PEDOMAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT

## BUKU 2: BIDANG PELAYANAN MEDIK



**PEDOMAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT  
BIDANG PELAYANAN MEDIK**

**KEMENTERIAN KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA  
2025**

**Katalog Dalam Terbitan. Kementerian Kesehatan RI**

362.11

Ind  
p

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Direktorat Jenderal  
Kesehatan Lanjutan

**Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Buku 2 :  
Bidang Pelayanan Medik .—**

Jakarta : Kementerian Kesehatan RI. 2025

ISBN 978-623-301-476-2 ( no. jil.lengkap)

ISBN 978-623-301-478-6 ( jil.2 PDF)

1. Judul I. HOSPITALS - STANDARDS
- II. HOSPITAL ADMINISTRATION

## **Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Bidang Pelayanan Medik**

### **Penulis:**

dr. Azhar Jaya, SKM, SH, MARS

dr. Sunarto, M.Kes

dr. Renan Sukmawan, ST, SpJP(K), PhD, MARS, FIHA, FACC

dr. Iwan Abdul Rachman, SpAn-TI, Subsp.N.An. (K), M.Kes

dr. Muhadi, Sp.PD, K-Kv, M.Epid

dr. Reni Wigati, Sp.A, Subsp.ETIA(K)

dr. Reza Aditya Arpandy, Sp.S, BMedSc, Subsp.NIOO(K)

Noegraharti, Dra, Apt, M.Pharm

### **Kontributor:**

Dr. Dr. Ivan Rizal Sini, Sp.OG, GDRM, MIMS, FRANZCOG

dr. Mohamad Rifki MS, Sp.B, MARS

### **Editor:**

dr. Astri Hernasari, MM, MH

dr. Amalia Ramadhani

### **Diterbitkan Oleh:**

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia

### **Dikeluarkan Oleh :**

---

Direktorat Jenderal Kesehatan Lanjutan

---

### **Hak Cipta dilindungi Oleh Undang-Undang**



Dilarang memperbanyak buku ini sebagian atau seluruhnya dalam bentuk dan cara apapun juga, baik secara mekanis maupun elektronik termasuk *fotocopy* rekaman dan lain-lain tanpa seizin tertulis dari penerbit

## SAMBUTAN



Saat ini telah terbit Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Undang-Undang ini dibuat dalam rangka Negara ingin menjamin hak setiap warga negara untuk mewujudkan kehidupan yang baik, sehat, serta sejahtera lahir dan batin demi tercapainya tujuan nasional dalam melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia untuk memajukan kesejahteraan umum sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Permasalahan dan gangguan kesehatan pada masyarakat akan menurunkan produktivitas dan menimbulkan kerugian bagi negara sehingga diperlukan transformasi kesehatan untuk tercapainya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Untuk meningkatkan kapasitas dan ketahanan kesehatan diperlukan penyesuaian berbagai kebijakan untuk penguatan sistem kesehatan secara integratif dan holistik.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan 6 pilar transformasi kesehatan yaitu transformasi Layanan Primer, Layanan Rujukan, Sistem Ketahanan Kesehatan, Sistem Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Teknologi Kesehatan. Transformasi sistem kesehatan Indonesia bertujuan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan kuat. Khusus untuk **Transformasi Layanan Rujukan** dilakukan dengan **peningkatan akses** dan **mutu layanan rumah sakit** sehingga akan mempermudah masyarakat untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit Indonesia juga harus siap bersaing atau sejajar dengan standar pelayanan kesehatan regional/ ASEAN/ global. Dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit maka diperlukan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Rumah sakit yang dikelola dengan baik bukan hanya menyembuhkan tetapi juga memberi harapan hidup yang lebih baik bagi seluruh rakyat Indonesia.

Saya menyambut baik adanya buku Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit ini yang akan dipergunakan oleh seluruh pemangku kepentingan terutama bagi pimpinan dan manajemen rumah sakit dalam pengelolaan rumah sakit di Indonesia. Harapan saya dengan adanya tata kelola rumah sakit yang baik maka rumah sakit dapat terus melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan untuk seluruh lapisan masyarakat Indonesia, agar cita-cita kita menuju masyarakat Indonesia yang sehat dan sejahtera, dapat terwujud.

Jakarta, Juli 2025  
Menteri Kesehatan

  
BUDI G. SADIKIN

## KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah memberikan berkat dan Rahmat-Nya sehingga dapat tersusun buku **“Pedoman Tata Kelola Rumah Sakit Bidang Pelayanan Medik”**. Buku ini disusun sebagai panduan bagi pimpinan rumah sakit guna meningkatkan kompetensi dalam manajemen rumah sakit dalam menyelenggarakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan 6 jenis transformasi kesehatan yang akan dilakukan sesuai Permenkes RI Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 21 Tahun 2022 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024, yakni transformasi Layanan Primer,

Layanan Rujukan, Sistem Ketahanan Kesehatan, Sistem Pembiayaan Kesehatan, SDM Kesehatan, dan Teknologi Kesehatan.

Transformasi sistem kesehatan Indonesia bertujuan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat dan kuat. Transformasi layanan rujukan akan mempermudah masyarakat mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas yaitu dengan peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit. Transformasi rumah sakit saat ini dilakukan melalui empat komponen utama, yaitu:

- 1) Perbaikan pengalaman pasien
- 2) Peningkatan kualitas pemberi layanan
- 3) Peningkatan mutu layanan klinis
- 4) Peningkatan tata kelola RS

Dalam meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit diperlukan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik. Dengan adanya pedoman ini diharapkan dapat menjadi panduan yang komprehensif dan mudah dipahami bagi pimpinan maupun manajemen rumah sakit dalam pengelolaan rumah sakit di Indonesia. Buku ini disusun oleh pakar dan praktisi berpengalaman dari Kementerian Kesehatan, rumah sakit pemerintah, daerah maupun swasta, dengan pendekatan yang praktis dan aplikatif dari best practice dan pengalaman tim penulis.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat, tidak hanya bagi pimpinan rumah sakit tetapi juga bagi dinas kesehatan, masyarakat dan seluruh pihak yang terlibat dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit di Indonesia dan rumah sakit diharapkan bukan hanya menjadi institusi layanan kesehatan, tetapi tempat lahirnya harapan, pemulihan dan inovasi kesehatan.

Jakarta, Mei 2025

Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan

**dr. Azhar Jaya, SKM., SH., MARS**

## DAFTAR ISI

|                                                              |     |
|--------------------------------------------------------------|-----|
| BAB 1 KEBIJAKAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT .....               | 1   |
| A. Panduan Nasional Pelayanan Klinis (PNPK) .....            | 2   |
| B. Panduan Praktik Klinis (PPK) .....                        | 3   |
| C. Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ) .....             | 9   |
| D. Algoritma .....                                           | 24  |
| E. Prosedur .....                                            | 26  |
| F. <i>Standing Order</i> .....                               | 28  |
| BAB 2 TATA KELOLA PELAYANAN MEDIK .....                      | 30  |
| A. Tata Kelola Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) ..... | 30  |
| B. Tata Kelola Pelayanan Rawat Inap .....                    | 39  |
| C. Tata Kelola Pelayanan Instalasi Rawat Intensif .....      | 50  |
| D. Tata Kelola Pelayanan Rawat Jalan Dan Poliklinik .....    | 56  |
| E. Tata Kelola Pelayanan Kamar Operasi .....                 | 62  |
| F. Tata Kelola Pelayanan Rawat Sehari .....                  | 71  |
| BAB 3 MUTU PELAYANAN MEDIK .....                             | 90  |
| A. Indikator Proses Klinis .....                             | 90  |
| B. Indikator Tata Laksana Klinis .....                       | 91  |
| C. Indikator hasil (Outcome) Klinis .....                    | 91  |
| D. Strategi Pemilihan Indikator Klinis .....                 | 92  |
| BAB 4 PEDOMAN PELAYANAN PENUNJANG .....                      | 95  |
| A. Pedoman Pelayanan Laboratorium Medis Rumah Sakit .....    | 95  |
| B. Pedoman Pelayanan Radiologi .....                         | 102 |
| C. Pedoman Pelayanan Kefarmasian .....                       | 113 |
| D. Pedoman Pemulasaran Jenazah .....                         | 127 |
| E. Pedoman Pelayanan Gizi .....                              | 130 |
| F. Pedoman Pengelolaan atau Penyimpanan Darah .....          | 133 |
| BAB 5 TATA KELOLA TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN .....    | 139 |

|                                            |                                                                           |     |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----|
| A.                                         | Panduan Pembentukan Dan Penyelenggaraan Departemen Di Rumah Sakit.....    | 139 |
| B.                                         | Panduan Pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) .....           | 143 |
| C.                                         | Tata Kelola Tenaga Medis.....                                             | 148 |
| D.                                         | Tata Kelola Tenaga Kesehatan.....                                         | 151 |
| BAB 6 LAYANAN UNGGULAN.....                |                                                                           | 157 |
| A.                                         | Definisi Operasional.....                                                 | 157 |
| B.                                         | Kriteria Layanan Unggulan .....                                           | 158 |
| C.                                         | Indikator Keberhasilan.....                                               | 161 |
| BAB 7 KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA ..... |                                                                           | 164 |
| A.                                         | Pengertian dan Tujuan KMKB .....                                          | 164 |
| B.                                         | Struktur Pelaksanaan KMKB di Rumah Sakit .....                            | 164 |
| C.                                         | Strategi Penerapan KMKB di Rumah Sakit.....                               | 165 |
| D.                                         | Tantangan dan Solusi.....                                                 | 165 |
| E.                                         | Pengaturan Jumlah DPJP dalam Rawat Bersama sebagai Bagian dari KMKB ..... | 167 |
| F.                                         | Kesimpulan .....                                                          | 168 |
| DAFTAR PUSTAKA .....                       |                                                                           | 170 |
| LAMPIRAN .....                             |                                                                           | 173 |

# **BAB 1**

## **STANDAR PELAYANAN MEDIK**





## BAB 1

### KEBIJAKAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT

Dalam Undang Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 dinyatakan bahwa pelayanan kesehatan merupakan hak setiap orang yang harus diwujudkan dengan upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pelaksanaan tujuan tersebut dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan yang satu sama lain dapat saling terkait dan mempengaruhi.

Dalam Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, disebutkan bahwa Upaya Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.

Upaya Kesehatan dilaksanakan oleh tenaga medis, tenaga kesehatan, tenaga pendukung atau penunjang kesehatan, dan tenaga lain sesuai kompetensi dan kewenangan. Upaya Kesehatan dalam bentuk pelayanan diselenggarakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan Pelayanan Kesehatan Lanjutan.

Setiap penyelenggaraan Upaya Kesehatan yang dilakukan melalui Pelayanan Kesehatan dilaksanakan sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan sebagai pedoman bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan.

Standar Pelayanan Kesehatan disusun dengan tujuan untuk:

1. Memberikan acuan bagi tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
2. Menjamin mutu pelayanan kesehatan.
3. Memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi tenaga medis, tenaga kesehatan, dan pasien dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan.
4. Penyusunan Standar Pelayanan Kesehatan mengacu kepada prinsip pelayanan berpusat pada pasien, kebutuhan pasien, keselamatan pasien, pelayanan berkelanjutan dan etika profesi.





## **A. Panduan Nasional Pelayanan Klinis (PNPK)**

Standar Pelayanan Kesehatan yang ditetapkan oleh Menteri berupa:

1. Standar Pelayanan Kesehatan Nasional
2. Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran yang merupakan turunan dari Undang Undang No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, disebutkan istilah PNPK adalah singkatan dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran. Seiring berjalannya waktu mengalami perubahan, pada Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, istilah PNPK merupakan singkatan dari Pedoman Nasional Pelayanan Klinis, sehingga memiliki isi yang lebih kompleks dan komprehensif.

PNPK disusun oleh sekelompok pakar yang dapat melibatkan profesi kedokteran, kedokteran gigi atau profesi kesehatan lainnya, atau pihak lain yang dianggap perlu dan disahkan oleh Menteri. PNPK memuat pernyataan yang dibuat secara sistematis yang didasarkan pada bukti ilmiah (*scientific evidence*) untuk membantu tenaga medis dan tenaga kesehatan yang melakukan tata laksana penyakit atau kondisi klinis yang spesifik. PNPK harus ditinjau kembali dan diperbaharui sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

Dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyusun Standar Prosedur Operasional dengan mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK). Dalam hal belum tersedianya Pedoman Nasional Pelayanan Klinis (PNPK), maka penyusunan Standar Prosedur Operasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat mengacu kepada standar profesi, bukti terbaru, atau referensi lainnya dengan mempertimbangkan sumber daya yang ada.

PNPK umumnya diperlukan pada kondisi:

1. Jumlah kasusnya banyak (*High Volume*)
2. Mempunyai risiko yang tinggi (*High Risk*)
3. Mempunyai kecenderungan penggunaan biaya yang tinggi (*High Cost*)



- 
4. Memiliki variabilitas luas pelaksanaannya oleh para ahli walau kasusnya sama.

Keempat hal tersebut diatas akan menyebabkan variasi pendanaan yang luas dan mahal, oleh karena itu menjadi prioritas untuk dikendalikan.

Karakteristik dari PNPK adalah :

1. Sahih (evidence based, berbasiskan bukti penelitian klinis yang sahih)
2. Reprodusable
3. Cost Effective
4. Representatif, dapat digunakan bahkan oleh multisenter
5. Dapat diterapkan dalam praktik
6. Fleksibel
7. Jelas
8. Direvisi secara berkala
9. Dapat digunakan untuk proses audit

PNPK yang sudah disusun dan disahkan oleh Menteri Kesehatan, Dapat dilihat dan diunduh pada tautan:  
<https://kemkes.go.id/id/media/subfolder/pedoman/pedoman-nasional-pelayanan-kedokteran-pnpk>

## **B. Panduan Praktik Klinis (PPK)**

Standar Prosedur Operasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan disusun dalam bentuk Panduan Praktik Klinis yang ditetapkan oleh pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Panduan Praktik Klinis dibuat berdasarkan bukti terbaru dengan pendekatan penyakit dan pelayanan yang diberikan multiprofesi atau lintas profesi. Panduan Praktik Klinis dapat dilengkapi dengan alur klinis, algoritma, atau prosedur.

Panduan Praktik Klinis harus memuat sekurang-kurangnya mengenai pengertian, anamnesis, pemeriksaan fisik, kriteria diagnosis, diagnosis banding, pemeriksaan penunjang, terapi, edukasi, prognosis dan kepastasaan. Panduan Praktik Klinis (PPK) bersifat *hospital specific*. PPK dapat sama ataupun berbeda pada rumah sakit yang beda, contoh:



1. Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk DBD tanpa syok, mungkin bersifat sama, di rumah sakit tipe A, B, C, D.
2. Di rumah sakit tipe A, Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk penyakit jantung bawaan dari diagnosa kerja sampai bedah, di rumah sakit tipe B bisa jadi hanya mendiagnosa lalu rujuk.
3. Di rumah sakit tipe B *Clinical Pathway* untuk stroke melibatkan bedah saraf, di rumah sakit tipe B yang lain tidak melibatkan bedah saraf.

Tujuan penyusunan Panduan Praktik Klinis:

1. Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis
2. Bekerja sama dengan tim multidisiplin
3. Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya
4. Memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal
5. Menghindari terjadinya *medication error* secara dini
6. Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil
7. Memberikan tata laksana asuhan dengan biaya yang memadai.

Penyusunan Panduan Praktik Klinis seharusnya dibuat untuk semua jenis penyakit/ kondisi klinis yang ditemukan dalam fasilitas pelayanan kesehatan. Namun dalam pelaksanaannya dapat dibuat secara bertahap, dengan mengedepankan misalnya 10 penyakit tersering yang ada di tiap bagian. Bila tersedia PNPK, maka Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat dengan rujukan utama PNPK.

Namun karena PNPK baru dibuat untuk sebagian penyakit/kondisi klinis, maka sebagian besar Panduan Praktik Klinis (PPK), dengan segala turunannya dibuat dengan memperhatikan fasilitas setempat dan merujuk pada:

1. Pustaka mutakhir berupa artikel asli
2. *Systematic review* atau meta-analisis
3. PNPK dari negara lain
4. Buku ajar
5. Panduan dari organisasi profesi
6. Petunjuk pelaksanaan program dari Kemenkes
7. Kesepakatan para staf medis





Di rumah sakit umum, Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat untuk penyakit-penyakit terbanyak untuk setiap departemen, sedangkan untuk rumah sakit tipe A dan tipe B yang memiliki pelayanan subdisiplin harus dibuat Panduan Praktik Klinis (PPK) untuk penyakit-penyakit terbanyak sesuai dengan divisi/ subdisiplin masing-masing. Pembuatan PPK dikoordinasikan oleh komite medis setempat kemudian disahkan oleh Direktur/ Pimpinan rumah Sakit.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 1438 tahun 2010, Panduan Praktik Klinis (PPK), minimal mencakup 10 komponen utama:

1. Pengertian
2. Anamnesis
3. Pemeriksaan Fisik
4. Kriteria Diagnosis
5. Diagnosis Kerja\*
6. Diagnosis Banding
7. Pemeriksaan Penunjang
8. Tata Laksana (Terapi)
9. Edukasi (Hospital Health Promotion)
10. Prognosis
11. Tingkat Evidens\*
12. Tingkat Rekomendasi\*
13. Penelaah Kritis\*
14. Indikator\*
15. Kepustakaan

Catatan :

\*Komponen tambahan, bisa dicantumkan bila memungkinkan dan sesuai kemampuan KSM/ Departemen di rumah sakit, diputuskan oleh Direktur RS atas rekomendasi Komite Medis dan/ atau HTA.

Level of Evidence dan peringkat rekomendasi pada penyusunan Panduan Praktik Klinis (PPK)\* ( *\*Scottish Intercollegiate Guidelines Network; US Agency for Health Care Policy and Research*):

#### 1. REKOMENDASI A

- a. Level I a. Meta-analisis Randomized Clinical Controlled Trial





b. Level I b. Minimal satu Randomized Clinical Controlled Trial

## 2. REKOMENDASI B

a. Level II a. Minimal satu non Randomized Clinical Controlled Trial

b. Level II b. Studi kohort dan atau kasus control

## 3. REKOMENDASI C

a. Level III a. Studi Cross - Sectional

b. Level III b. Seri Kasus dan laporan kasus

c. Level IV. Konsensus dan pendapat ahli

Panduan Praktik Klinis (PPK) diterapkan dengan memperhatikan kondisi pasien secara individual karena:

1. Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat untuk '*average patients*'.
2. Panduan Praktik Klinis (PPK) dibuat untuk penyakit atau kondisi kesehatan tunggal.
3. Respons pasien terhadap prosedur diagnostik dan terapeutik sangat bervariasi.
4. Panduan Praktik Klinis (PPK) dianggap valid pada saat dicetak dan disahkan. Kemajuan teknologi kesehatan berlangsung amat cepat. Bila suatu obat yang semula dianggap efektif dan aman, namun setahun kemudian terbukti memiliki efek samping yang jarang namun fatal, misalnya disritmia berat, maka obat tersebut tidak boleh diberikan. Di lain sisi, bila ada obat lain yang lebih efektif, tersedia, dapat dijangkau, lebih aman, lebih sedikit efek sampingnya, maka obat tersebut harus diberikan sebagai pengganti obat yang ada dalam Panduan Praktik Klinis (PPK).
5. Panduan Praktik Klinis (PPK) modern mengharuskan kita mengakomodasi apa yang dikehendaki oleh keluarga dan pasien. Sesuai dengan paradigma *evidence-based practice*, yakni dalam tata laksana pasien diperlukan kompetensi dokter, perawat, nutrisionis/dietisien, apoteker dan tenaga kesehatan lainnya, bukti ilmiah mutakhir.

Orang yang paling berwenang menilai secara komprehensif keadaan pasien adalah Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang bertugas merawat dengan berkolaborasi dengan perawat, nutrisionis/ dietisien dan apoteker. Tim dipimpin oleh leader yang akhirnya menentukan untuk





memberikan atau tidak memberikan obat atau asuhan sesuai dengan yang tertulis dalam Panduan Praktik Klinis (PPK).

Dalam hal tertentu, jika klinisi tidak melaksanakan apa yang ada dalam Panduan Praktik Klinis (PPK), maka harus menuliskan alasannya dengan jelas dalam rekam medis, dan ia harus siap untuk mempertanggung jawabkannya. Bila ini tidak dilakukan maka dokter dianggap lalai melakukan kewajibannya kepada pasien.

Panduan Praktik Klinis (PPK) merupakan panduan terkini untuk tata laksana pasien, karenanya harus selalu mengikuti kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran. Untuk itu Panduan Praktik Klinis (PPK) secara periodik perlu dilakukan revisi, biasanya setiap 3 tahun. Idealnya meskipun tidak ada perbaikan, peninjauan tetap dilakukan setiap 3 tahun. Masukan untuk revisi diperoleh dari PNPK, pustaka mutakhir, serta pemantauan rutin apakah Panduan Praktik Klinis (PPK) selama ini dapat dan sudah dikerjakan dengan baik.

Proses formal audit klinis dapat merupakan sumber yang berharga untuk revisi Panduan Praktik Klinis (PPK), namun bila audit klinis belum dilaksanakan, pemantauan rutin juga merupakan sumber yang penting.

Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK), mungkin terdapat hal-hal yang memerlukan rincian langkah demi langkah. Untuk ini, sesuai dengan karakteristik permasalahan serta kebutuhan, dapat dibuat *Clinical Pathway* (alur klinis), algoritme, prosedur sebagai perangkat dari PPK.

#### **CONTOH FORMAT PPK:**

|                               |        |               |
|-------------------------------|--------|---------------|
| LOGO RS                       |        |               |
| <b>PANDUAN PRAKTIK KLINIS</b> |        |               |
| (JUDUL: .....)                |        |               |
| KSM : .....                   |        |               |
| Tanggal Terbit:               | Nomor: | Nomor Revisi: |





|                                            |                                 |                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------|
| .....                                      | (diisi oleh<br>Komite<br>Medik) | .....                                         |
| <b>1. PENGERTIAN</b>                       |                                 |                                               |
| <b>2. ANAMNESIS</b>                        |                                 |                                               |
| <b>3. PEMERIKSAAN FISIK</b>                |                                 |                                               |
| <b>4. KRITERIA DIAGNOSIS</b>               |                                 |                                               |
| <b>5. DIAGNOSIS BANDING</b>                |                                 |                                               |
| <b>6. PEMERIKSAAN PENUNJANG</b>            |                                 |                                               |
| <b>7. TERAPI</b>                           |                                 |                                               |
| <b>8. EDUKASI</b>                          |                                 |                                               |
| <b>9. PROGNOSIS</b>                        |                                 |                                               |
| <b>10. KEPUSTAKAAN</b>                     |                                 |                                               |
| <b>DISAHKAN DI BANDUNG, TANGGAL: .....</b> |                                 |                                               |
| <b>KETUA KOMITE MEDIK</b>                  |                                 | <b>DIREKTUR UTAMA/ PIMPINAN<br/>FASYANKES</b> |
| RS .....                                   |                                 | RS .....                                      |
| <b>NAMA</b> .....                          |                                 | <b>NAMA</b> .....                             |
| <b>NIP</b> .....                           |                                 | <b>NIP</b> .....                              |

**\*\* Panduan Praktik Klinis sekurang – kurangnya memuat 10 item tersebut diatas**

Tabel 1.1. Contoh Format PPK





### C. Alur Klinis (*Clinical Pathway*)

Alur klinis adalah rencana detail setiap pelayanan yang akan diberikan oleh profesional pemberi asuhan lainnya dengan cara menerjemahkan pedoman nasional pelayanan kedokteran dan/atau pedoman lainnya berdasarkan praktik berbasis bukti (*evidence based practice*) sesuai dengan kebutuhan pelayanan yang diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan dari pengkajian, tindakan, pengobatan, hasil luaran, dan rencana perawatan mulai pasien masuk sampai pasien keluar dari rumah sakit berdasarkan waktu yang telah ditetapkan.

Alur klinis/ *Clinical Pathway* (CP) merupakan rencana multidisiplin yang memerlukan praktik kolaborasi dengan pendekatan tim, melalui kegiatan hari ke hari atau waktu ke waktu, berfokus pada pasien dengan kegiatan yang sistematis memasukkan standar outcome. *Clinical Pathway* menyediakan standar pelayanan yang sesuai dengan kemampuan fasilitas dan tenaga kesehatan yang bersangkutan yang memberi kepastian pelayanan dan standarisasi pelayanan dari fasilitas kesehatan sendiri sesuai dengan tingkat kompetensi dan kewenangan fasilitas kesehatan. Apabila terdapat ketidaksesuaian antara pelaksanaan di lapangan dan format Alur Klinis (*Clinical Pathway*), maka klinisi yang dapat memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien dengan menuliskan bentuk variasi pelayanan klinis, alasan, waktu dan tanda tangan pada Catatan Perkembangan Pasien Terpadu (CPPT) di rekam medis.

Proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di rumah sakit perlu dilakukan dengan metode yang baik dan cermat, melibatkan seluruh profesi dalam memberikan pelayanan yang berfokus pada pasien dengan memanfaatkan sarana dan sumber daya Rumah Sakit secara efektif dan efisien. Sehingga proses tersebut dapat meningkatkan mutu pelayanan klinis. Proses penyusunan, penerapan, dan evaluasi Alur Klinis (*Clinical Pathway*) di rumah sakit membutuhkan komitmen yang kuat dari para klinisi, keterlibatan aktif pimpinan rumah sakit, serta dukungan dari berbagai seluruh unit di rumah sakit.





Tidak semua penyakit bisa menggunakan *Clinical Pathway*, di rumah sakit biasanya hanya 30% dirawat dengan implementasi *Clinical Pathway*, selebihnya dirawat dengan *usual care*.

Salah satu keuntungan *Clinical Pathway* dapat menurunkan angka komplikasi yang diderita pasien. Selain itu, berdasarkan *benchmark* di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, *Clinical Pathway* dapat menurunkan biaya rumah sakit, meskipun menurut penelitian tidak semua dapat menurunkan biaya rumah sakit.

Umumnya *Clinical Pathway* dikembangkan untuk diagnosa atau tindakan yang sifatnya "*high-volume*", "*high-risk*" dan "*high-cost*". *Clinical Pathway* banyak dikembangkan di rumah sakit, namun saat ini secara bertahap sudah mulai diperkenalkan ke sarana pelayanan kesehatan lain seperti *nursing home* dan *home healthcare*. *Clinical Pathway* jika masih belum banyak diterapkan di rumah sakit dapat menyebabkan terganggunya pelayanan rumah sakit. Karena di era JKN yang semua klaim pasien didasarkan pada *casemix* membutuhkan suatu pedoman pasti dalam pelayanannya, bukan semata-mata untuk menurunkan biaya, namun juga untuk kepuasan pasien dalam mencegah komplikasi penyakitnya.

*Clinical Pathway* perlu dibuat untuk menggambarkan pelayanan yang diberikan kepada pasien selama dirawat di Rumah Sakit.

#### 1. Karakteristik *Clinical Pathway*

- a. Berfokus pada pasien
- b. Multidisiplin
- c. Alur pelayanan kegiatan yang sistematis
- d. Feedback yang berkelanjutan
- e. Varian
- f. Terbuka untuk revisi
- g. Timeline
- h. Fokus pada praktek klinik

#### 2. Manfaat *Clinical Pathway* adalah sebagai berikut:

- a. Mendukung implementasi standar prosedur berdasarkan bukti (*Evidence Based*).



- b. Meningkatkan kerja sama multidisiplin dalam perencanaan pelayanan pasien.
  - c. Menggambarkan kegiatan pelayanan pasien secara nyata.
  - d. Mempersempit kesenjangan variasi pelayanan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan.
  - e. Mendukung implementasi audit yang berkelanjutan.
  - f. Sebagai alat *benchmarking*
  - g. Sebagai alat manajemen risiko klinis dan meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien.
  - h. Meningkatkan efisiensi.
  - i. Memberikan informasi kepastian bagi pasien dan keluarga.
3. Tujuan pengembangan *Clinical Pathway* adalah:
- a. Untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien melalui manajemen yang konsisten melalui keterlibatan pasien, identifikasi, pengukuran peningkatan pelayanan pasien dan pengukuran outcome.
  - b. Untuk memaksimalkan penggunaan sumber daya secara efisien dengan mengurangi dokumentasi yang tidak diperlukan dan overlap serta mengurangi Length Of Stay (LOS) rumah sakit.
  - c. Untuk membantu identifikasi dan klarifikasi proses pelayanan klinis, menjamin pelayanan pasien yang berkesinambungan dan mengurangi varian pelayanan.
  - d. Untuk mendukung efektivitas klinis, audit klinis dan manajemen risiko yang meliputi:
    - 1) *Evidence based practice*
    - 2) Audit klinis
    - 3) Keterlibatan pasien
    - 4) Multidisiplin
    - 5) Kerja multi-profesi
    - 6) Pengukuran *outcome* dan *benchmarking* klinis
4. Kasus-kasus yang diprioritaskan untuk dibuatkan Clinical Pathway
- a. Perjalanan penyakit dan hasilnya dapat diperkirakan
  - b. Kasus yang sering ditemui
  - c. Kasus yang terbanyak



- 
- d. Biaya tinggi
  - e. Telah tersedia Standar Pelayanan Kesehatan (PNPK dan/ atau PPK)

#### 5. Prinsip penyusunan *Clinical Pathway*

- a. Fokus terhadap pasien (*patient centeredness*) dan berkesinambungan (*continous of care*)
- b. Melibatkan seluruh profesi
- c. Menentukan batasan waktu dalam perjalanan penyakit pasien dan dicatat dalam bentuk periode harian (untuk rawat inap) dan jam (untuk kasus gawat darurat)
- d. Pencatatan CP dalam bentuk dokumen yang merupakan bagian dari rekam medis. Setiap penyimpangan langkah dalam implementasi CP dicatat sebagai *varians*, dianalisa à dapat berupa akibat kondisi perjalanan penyakit, komplikasi, ataupun kelalaian medis.

#### 6. Tata Cara Membuat *Clinical Pathway*

Dalam menyusun *Clinical Pathway*, melalui beberapa tahap sebagai berikut:

- a. Pembentukan tim penyusun *Clinical Pathway*.  
Tim penyusun *Clinical Pathway* terdiri dari staf multidisplin dari semua tingkat dan jenis pelayanan. Bila diperlukan, tim dapat mencari dukungan dari konsultan atau institusi diluar rumah sakit seperti organisasi profesi sebagai narasumber. Tim bertugas untuk menentukan dan melaksanakan langkah-langkah penyusunan *Clinical Pathway*.
- b. Identifikasi *key players*  
Identifikasi *key players* bertujuan untuk mengetahui siapa saja yang terlibat dalam penanganan kasus atau kelompok pasien yang telah ditetapkan dan untuk merencanakan focus group dengan key players bersama dengan pasien.
- c. Studi literatur  
Studi literatur diperlukan untuk menggali pertanyaan klinis yang perlu dijawab dalam pengambilan keputusan klinis dan untuk menilai tingkat dan kekuatan bukti ilmiah. Studi ini sebaiknya menghasilkan laporan dan rekomendasi tertulis.
- d. Diskusi kelompok terarah



Diskusi kelompok terarah atau *Focus Group Discussion (FGD)* dilakukan untuk mengenal kebutuhan pasien dan menyesuaikan dengan kemampuan rumah sakit dalam memenuhi kebutuhan tersebut serta untuk mengenal kesenjangan antara harapan pasien dan pelayanan yang diterima. Lebih lanjut, diskusi kelompok terarah juga perlu dilakukan untuk memberi masukan dalam pengembangan indikator mutu pelayanan klinis dan kepuasan pelanggan serta pengukuran dan pengecekan.

e. Penyusunan pedoman klinik

Penyusunan pedoman klinik dilakukan dengan mempertimbangkan hasil *site visit*, hasil studi literatur (berbasis bukti ilmiah) dan hasil diskusi kelompok terarah. Pedoman klinik ini perlu disusun dalam bentuk alur pelayanan untuk diketahui juga oleh pasien. Dalam penyusunan diperlukan informasi penting baik pada saat sebelum dan setelah penerapan *Clinical Pathway*, meliputi: *length of stay*, biaya per-kasus, obat-obatan yang digunakan, tes diagnosis yang dilakukan, intervensi yang dilakukan, praktisi klinis yang terlibat dan komplikasi.

f. Menetapkan sistem pengukuran proses dan *outcome*.

Contoh ukuran-ukuran proses antara lain pengukuran fungsi tubuh dan mobilitas, tingkat kesadaran, temperatur, tekanan darah, fungsi paru dan skala kesehatan pasien (*wellness indicator*).

g. Mendesain dokumentasi *Clinical Pathway*

Penyusunan dokumentasi *Clinical Pathway* perlu memperhatikan format *Clinical Pathway*, ukuran kertas, tepi dan perforasi untuk filing. Perlu diperhatikan bahwa penyusunan dokumentasi ini perlu mendapatkan ratifikasi oleh Instalasi Rekam Medik untuk melihat kesesuaian dengan dokumentasi lain. Setelah *Clinical Pathway* tersusun, dipertimbangkan untuk dilakukan uji coba sebelum akhirnya diimplementasikan di rumah sakit. Saat uji coba dilakukan, penilaian secara periodik, kelengkapan pengisian data, dan diikuti dengan pelatihan kepada para staf untuk menggunakan *Clinical Pathway* tersebut. Lebih lanjut, perlu juga dilakukan analisis variasi





dan penelusuran mengapa praktek dilapangan berbeda dari yang direkomendasikan dalam *Clinical Pathway*.

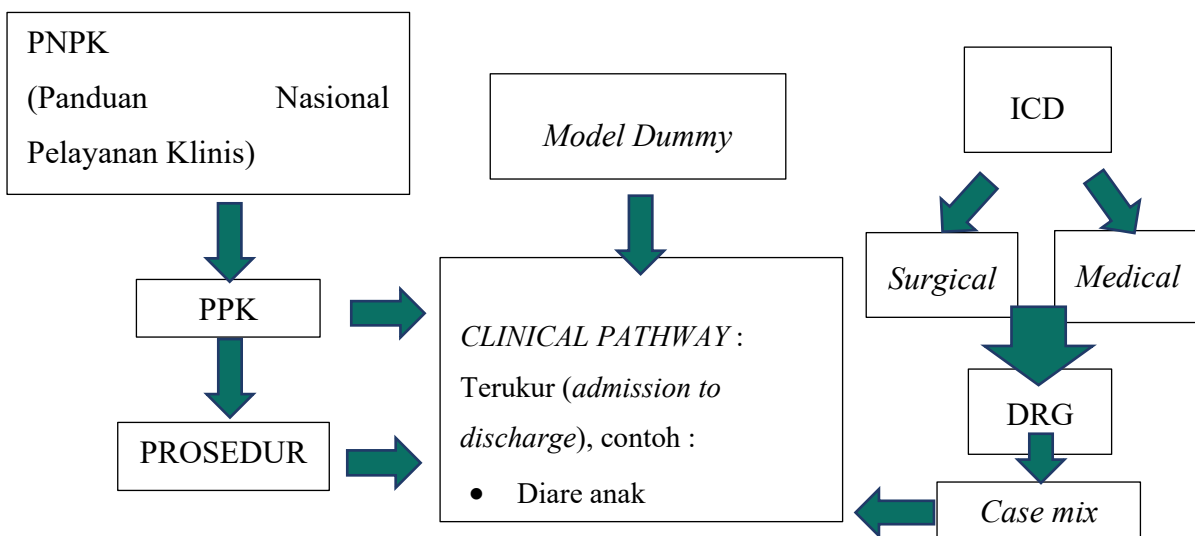
Hasil analisis digunakan untuk: mengidentifikasi variasi umum dalam pelayanan, memberi sinyal kepada staf akan adanya pasien yang tidak mencapai perkembangan yang diharapkan, memperbaiki *Clinical Pathway* dengan menyetujui perubahan dan mengidentifikasi aspek-aspek yang dapat diteliti lebih lanjut. Hasil analisis variasi dapat menetapkan jenis variasi yang dapat dicegah dan yang tidak dapat dicegah untuk kemudian menetapkan solusi bagi variasi yang dapat dicegah (variasi yang tidak dapat dicegah dapat berasal dari penyakit penyerta yang menyebabkan pelayanan menjadi kompleks bagi seorang individu).

#### 7. Langkah-langkah penyusunan *Clinical Pathway*

- a. Diawali dengan membuat template untuk mendapatkan *Clinical Pathway*.
- b. Membuat koding untuk memudahkan entry data.
- c. Entry data karakteristik, identitas, tanggal masuk dan keluar rumah sakit, lama hari rawat, jenis pembayaran, diagnosa utama, penyakit penyerta, penyakit penyulit, cara masuk, status keluar dan kelas rawatan dari masing-masing pasien. Langkah ini digunakan sebagai upaya pendukung dalam audit klinis
- d. Entry data dilakukan berdasarkan kelompok CBGs.
- e. Entry semua aktivitas yang diterima pasien dari masuk sampai pulang dan pada waktu rawat jalan. Semua aktivitas dikelompokkan berdasarkan tahap *Clinical Pathway*.
- f. Konfirmasi tahap *Clinical Pathway* dan variabel kegiatan dengan Standar Pelayanan tenaga medis dan tenaga kesehatan di Rumah Sakit.
- g. Draft *Clinical Pathway* diisi berdasarkan frekuensi masing-masing kasus.
- h. Berdasarkan nilai mean atau median didapatkan nilai rata-rata masing-masing variabel dalam *Clinical Pathway* perhari rawatan berdasarkan kelompok CBGs.



- i. *Cleaning* dan pengecekan ulang terhadap nilai utilisasi berdasarkan tahap dalam *Clinical Pathway* masing-masing kelompok CBGs sehingga didapatkan nilai utilisasi kelompok CBGs berdasarkan *Clinical Pathway*.
  - j. Draft & Finalisasi *Clinical Pathway*
  - k. Setelah draft *Clinical Pathway* yang berbasis *evidence* tadi telah dibuat, maka tahapan akhir dari penyusunan *Clinical Pathway* ini adalah *Focus Group Discussion* dengan *Panel Expert* (para spesialis), untuk bersama-sama menyepakati jenis dan jumlah tindakan/ formularium yang akan dipergunakan dalam *Clinical Pathway*.
8. Pelaksanaan *Clinical Pathway* di Rumah Sakit
- a. Setiap rumah sakit wajib mempunyai *Clinical Pathway*. Prioritas *Clinical Pathway* mengacu kepada ICD 10 sedangkan prosedur mengacu kepada ICD 9 CM.



Gambar 1.1. *Flowchart Penyusunan Clinical Pathway*

- b. Setiap rumah sakit wajib mempunyai tim *Clinical Pathway* sebagai berikut:
  - 1) Ketua: Dokter
  - 2) Anggota terdiri dari : tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya.



Bertanggung jawab kepada komite medik atau *case manager* atau unit lain yang disepakati, dapat disesuaikan dengan masing-masing kondisi rumah sakit.

Tugas:

- 1) Mengembangkan *Clinical Pathway* rumah sakit
  - 2) Monitoring dan evaluasi implementasi *Clinical Pathway*
  - 3) Membantu komite medis dalam melakukan audit klinis
- c. Setiap rumah sakit wajib membuat persiapan pengembangan *Clinical Pathway* yaitu:
- 1) Adanya tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kefarmasian dan tenaga kesehatan lainnya di rumah sakit yang mempunyai komitmen terhadap *Clinical Pathway*. Komitmen dalam penyusunan dan komitmen dalam implementasi.
  - 2) Adanya tenaga medis yang bertanggungjawab dalam penyusunan *Clinical Pathway*.
  - 3) Adanya "master" untuk template format *Clinical Pathway*
  - 4) Adanya prioritas kasus yang akan dikembangkan *Clinical Pathway*-nya
  - 5) Adanya pedoman penyusunan, sosialisasi, implementasi dan evaluasi *Clinical Pathway*.
  - 6) Adanya akuntabilitas staf dalam melaksanakan *Clinical Pathway*.
- d. *Clinical Pathway* yang disusun isinya wajib merupakan refleksi dari interdisiplin tim meliputi tenaga medis, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya dan feedback dari pasien.
- e. *Clinical Pathway* wajib direviu maksimal 2 tahun sekali.
- f. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan *Clinical Pathway* dapat digunakan sebagai instrument audit klinis.

## 9. Implementasi Clinical Pathway

Dibuat *medical check list Clinical Pathway* (dengan mengacu kepada tahapan aktivitas).

- a. *Medical check list* ini merupakan bagian dari rekam medis pasien





- b. *Medical check list* diisi oleh dokter dan perawat setiap hari (merupakan catatan multi disiplin). Dengan adanya *medical check list* ini bukan berarti dihapusnya catatan keperawatan dan catatan dokter, karena fungsi *medical check list* adalah sebagai resume pelayanan yang dilakukan.
- c. Pada akhir perawatan (*discharge*) dilakukan coding diagnosis akhir oleh petugas rekam medis, berdasarkan ICD 10 dan ICD 9 CM, kemudian oleh bagian keuangan dilakukan casemix costing. Walaupun telah ada *medical check list*, namun kadang-kadang terjadi kesulitan dalam melakukan implementasi *Clinical Pathway* yaitu apabila:
  - 1) Tidak jelasnya diagnosa masuk
  - 2) Adanya komorbiditas.
  - 3) Sistem dari rumah sakit yang kurang efisien (tenaga dan peralatan).

Untuk mengatasi hal tersebut diatas maka asesmen pasien pada waktu masuk sangatlah penting. Anamnesa harus dilakukan secara teliti dan lengkap demikian juga dengan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang diagnosa, sehingga diagnosa masuk dapat ditegakkan dan komorbiditas dapat diketahui. Untuk memperbaiki sistem dari rumah sakit yang kurang efisien tersebut maka ketersediaan tenaga, fasilitas dan standar prosedur operasional perlu dilakukan kajian sehingga dapat diketahui penyebab kurang efisien tersebut.

#### 10. Monitoring dan Evaluasi *Clinical Pathway*

Monitoring terhadap penggunaan *Clinical Pathway* dilaksanakan oleh masing-masing KSM/ Departemen dan tim untuk setiap pasien yang telah selesai perawatan baik pasien pulang maupun meninggal dunia. Monitoring ini selain memantau seberapa jauh *Clinical Pathway* ini sudah diimplementasikan, kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan, juga untuk melakukan evaluasi kembali terhadap *Clinical Pathway* yang sudah dibuat apakah perlu adanya perbaikan/ revisi.



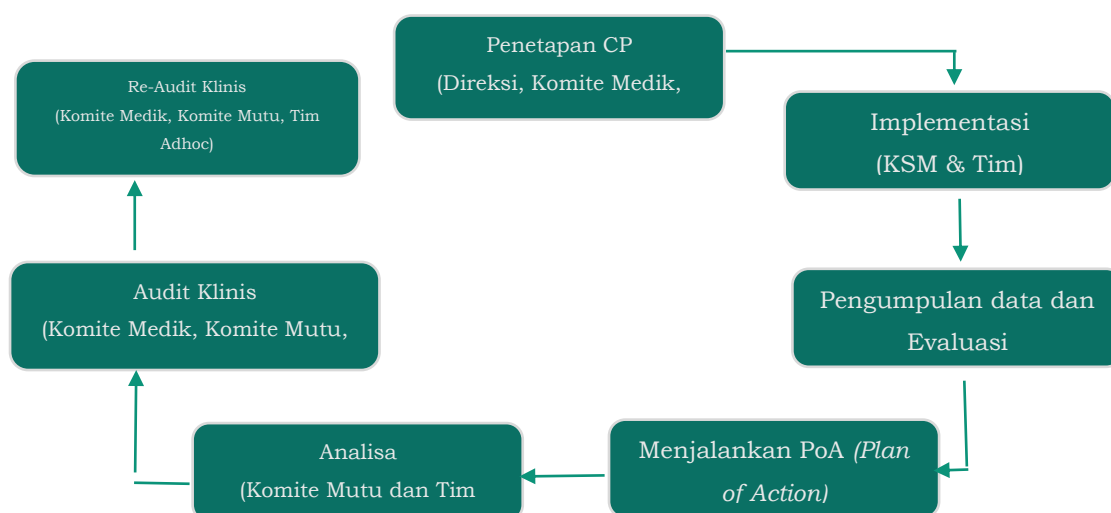
Hasil monitoring selanjutnya dibuat laporan ke Komite Medik, dan jika implementasi dinilai tidak mencapai target, Komite Medik akan melakukan audit klinis *Clinical Pathway* tersebut bersama-sama dengan KSM/ Departemen dan unit terkait lainnya. Hasil audit yang didapatkan akan dijadikan dasar untuk perbaikan penerapan *Clinical Pathway* di RS selanjutnya sehingga pelaksanaan *Clinical Pathway* dapat lebih baik lagi.

#### 11. Evaluasi dan audit klinis *Clinical Pathway* area prioritas klinis.

Evaluasi dan audit klinis *Clinical Pathway* area prioritas klinis dilakukan dengan cara audit klinis. Audit klinis merupakan telaah sistematis terhadap pelayanan klinis yang telah diberikan dibandingkan dengan kriteria dan standar yang dinyatakan secara eksplisit dan diikuti dengan upaya perbaikan.

Audit klinis dilakukan secara mandiri (*self audit*) dan terintegrasi sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan klinis di rumah sakit. Terintegrasi dalam hal ini yaitu pelaksanaan audit medis, audit keperawatan dan audit pelayanan klinis lainnya dilakukan dalam waktu yang bersamaan oleh tim ad hoc yang ditetapkan oleh direktur rumah sakit.

Alur pelaksanaan evaluasi dan audit *Clinical Pathway* area prioritas klinis:



Gambar 1.2. *Flowchart* pelaksanaan evaluasi dan audit *Clinical Pathway* area prioritas klinis



- a. Penetapan topik *Clinical Pathway* dilakukan dalam pertemuan khusus antara Direktur (pimpinan rumah sakit), komite medik, komite mutu dan keselamatan pasien, dan KSM.
- b. Setelah topik *Clinical Pathway* dipilih, maka *Clinical Pathway* diimplementasikan pada pasien yang ada di unit pelayanan.
- c. Pengumpulan data dan evaluasi dilakukan oleh KSM dan tim. Tim terdiri dari beberapa orang yang ditunjuk dari pihak KSM, dan instalasi rekam medis.
- d. Dalam proses mengevaluasi, harus ditentukan rencana perubahan yang akan dilakukan dan *Plan of Action* (PoA)nya. Pelaksanaan PoA dilakukan oleh KSM dan Tim.
- e. Analisa dilakukan oleh komite mutu dan keselamatan pasien bersama tim adhoc. Analisa dilakukan dengan memperhatikan:
  - 1) Analisa penyimpangan
  - 2) Identifikasi karakteristik sampel audit, apakah dapat mewakili seluruh populasi
  - 3) Menghitung tingkat kepatuhan secara umum
  - 4) Mengidentifikasi pola penyimpangan
  - 5) Mengidentifikasi penyebab penyimpangan.
- f. Setelah PoA dilakukan, maka dilakukan audit klinis oleh Komite Medik, Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, bersama tim adhoc.
- g. Re-audit klinis dilakukan setiap 3 bulan

**CONTOH FORMAT ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAY*):**

**MODEL ALUR KLINIS (*CLINICAL PATHWAYS*)  
NON ST ELEVASI MIOKARD INFARK (NSTEMI)**

|             |                                                                                |                                                |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| LOGO RS     | Alur Klinis ( <i>Clinical Pathway</i> ) Non ST Elevasi Miokard Infark (NSTEMI) | Nomor CP:<br>Tanggal berlaku:<br>Nomor revisi: |
| Nama pasien | : _____                                                                        |                                                |





|                      |   |                                                      |
|----------------------|---|------------------------------------------------------|
| Tanggal lahir pasien | : | _____                                                |
| Nomor rekam medik    | : | _____                                                |
| Catatan khusus       | : | NSTEMI diagnosa pertama (tanpa gangguan hemodinamik) |

| Aspek Pelayanan                                                                                                                                                                         | Hari I | Hari II | Hari III | Hari IV | Hari V | Hari VI |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|---------|----------|---------|--------|---------|
| 1. Penilaian dan Pemantauan Medis                                                                                                                                                       |        |         |          |         |        |         |
| a. Anamnesis keluhan pasien <ul style="list-style-type: none"> <li>Nyeri dada khas angina</li> <li>Onset</li> <li>Faktor risiko</li> <li>Keluhan lain (keringat dingin/mual)</li> </ul> | [ ]    |         |          |         |        |         |
| b. Melakukan pemeriksaan fisik : Vital sign                                                                                                                                             | [ ]    |         |          |         |        |         |
| c. Pemantauan status perfusi perifer                                                                                                                                                    | [ ]    |         |          |         |        |         |
| d. Riwayat kesehatan                                                                                                                                                                    | [ ]    |         |          |         |        |         |
| 2. Penilaian dan Pemantauan Keperawatan                                                                                                                                                 |        |         |          |         |        |         |
| a. Melakukan Pemeriksaan dan pemantauan Tanda Vital                                                                                                                                     | [ ]    | [ ]     | [ ]      | [ ]     | [ ]    |         |
| b. Penilaian dan pemantauan nyeri dada                                                                                                                                                  | [ ]    | [ ]     | [ ]      | [ ]     | [ ]    |         |
| c. Penilaian dan pemantauan irama jantung                                                                                                                                               | [ ]    | [ ]     | [ ]      | [ ]     | [ ]    |         |
| d. Penilaian riwayat alergi                                                                                                                                                             | [ ]    | [ ]     |          |         |        |         |
| e. Penilaian perdarahan                                                                                                                                                                 | [ ]    | [ ]     | [ ]      | [ ]     | [ ]    |         |
| f. Penilaian intake dan output cairan                                                                                                                                                   | [ ]    | [ ]     | [ ]      | [ ]     | [ ]    |         |
| g. Penilaian risiko Jatuh                                                                                                                                                               | [ ]    | [ ]     |          |         |        |         |
| h. Skrining gizi                                                                                                                                                                        | [ ]    | [ ]     |          |         |        |         |
| 3. Penilaian dan Pemantauan Gizi                                                                                                                                                        |        |         |          |         |        |         |
| a. Pengkajian awal gizi                                                                                                                                                                 | [ ]    |         |          |         |        |         |
| b. Intervensi gizi                                                                                                                                                                      | [ ]    |         |          |         |        |         |





| Aspek Pelayanan                                        | Hari I                   | Hari II                  | Hari III                 | Hari IV                  | Hari V                   | Hari VI |
|--------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| c. Monitoring dan evaluasi asuhan gizi                 |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| 4. Penilaian dan pemantauan farmasi                    |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| a. Rekonsiliasi awal                                   | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| b. Transfer pindah antar unit                          |                          | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |         |
| c. Rekonsiliasi akhir                                  |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> |         |
| 5. Pemeriksaan Penunjang medik (lab, radiologi, dsb)   |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| a. Enzim jantung: Troponin                             | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| b. Enzim jantung: Troponin (serial 3 jam)              | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| c. Hb/Ht/Leuko/Trombosit                               | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| d. Ureum/creatinine                                    |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| e. GDS/Na/K                                            | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| f. Lipid profile (min kolesterol total)                | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| g. EKG                                                 | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| h. Foto Thorax                                         | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| 6. Tatalaksana Medis (sesuai stratifikasi)             |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| a. a. Reperfusi (Early PCI)/konservatif (heparinisasi) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |         |
| 7. Tindakan Keperawatan                                |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| a. Melakukan Manajemen Nyeri                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| b. Melakukan Pemantauan Nyeri                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| c. Terapi Aktivitas                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| d. Pencegahan Perdarahan                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| e. Pengelolaan efek obat                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| f. Pengelolaan hemodinamik                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |         |
| 8. Medikasi (Obat-obatan, cairan IV, tranfusi, dsb)    |                          |                          |                          |                          |                          |         |
| a. Oksigen 2 - 4 L / menit                             | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |
| b. Loading Aspirin                                     | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |         |





| Aspek Pelayanan                                                                                                     | Hari I                   | Hari II                  | Hari III                 | Hari IV                  | Hari V                   | Hari VI                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| c. Loading P2Y12 Inhibitor (Ticagrelor/Clopidogrel)                                                                 | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| d. Nitrat Sublingual                                                                                                |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| e. P2Y12 Inhibitor (Ticagrelor, Clopidogrel)                                                                        |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| f. Antikoagulan (UFH/LMWH/fondaparinux)                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Aspirin                                                                                                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| h. Statin                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| i. Pencabar                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| j. Tranquilizer (Diazepam, Alprazolam)                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| k. Beta Blocker                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| l. ACE Inhibitor / ARB                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |
| 9. Nutrisi (pembatasan konsumsi natrium, diet kaya sayuran, buah-buahan, produk susu rendah lemak/bebas lemak, dsb) |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a. Puasa 6 jam                                                                                                      | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| b. Diet Jantung                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |
| c. Bentuk makanan : Cair                                                                                            | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| Lunak                                                                                                               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |
| Biasa                                                                                                               |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Pendidikan dan komunikasi dengan pasien/keluarga (obat, diet, penggunaan alat, rehabilitasi, dsb)               |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
| a. Penjelasan diagnosis oleh dokter                                                                                 | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| b. Penjelasan tentang rencana pengobatan/tindakan oleh dokter                                                       | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| c. Penjelasan tentang komplikasi penyakit oleh dokter                                                               | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |                          |
| d. Penjelasan manajemen nyeri non farmakologi oleh perawat                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |                          |                          |





| Aspek Pelayanan                                                                                        | Hari I  | Hari II | Hari III                                                                             | Hari IV | Hari V       | Hari VI |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------|---------|
| e. Penjelasan aktifitas selama episode nyeri oleh perawat                                              | [ ]     | [ ]     |                                                                                      |         |              |         |
| f. Penjelasan rehabilitasi jantung bertahap oleh perawat                                               | [ ]     | [ ]     |                                                                                      |         |              |         |
| g. Penjelasan tentang diet yang diberikan selama perawatan oleh nutrisisionis/dietisien                | [ ]     |         |                                                                                      |         |              |         |
| h. Penjelasan tentang modifikasi terapi diet paskarawat inap atau dirumah oleh nutrisisionis/dietisien |         |         |                                                                                      |         | [ ]          |         |
| i. Penjelasan tentang informasi obat oleh apoteker                                                     |         |         |                                                                                      |         | [ ]          |         |
| j. Penjelasan perkembangan kondisi pasien oleh dokter                                                  |         |         | [ ]                                                                                  |         | [ ]          |         |
| 11. Rencana <i>discharge</i> (penilaian outcome pasien yang harus dicapai sebelum pemulangan)          |         |         |                                                                                      |         |              |         |
| a. LOS $\leq$ 6 hari                                                                                   |         |         |                                                                                      |         | [ ]          |         |
| b. Keluar Hidup                                                                                        |         |         |                                                                                      |         | [ ]          |         |
| <b>DISAHKAN DI BANDUNG, TANGGAL: .....</b>                                                             |         |         |                                                                                      |         |              |         |
| KETUA KOMITE MEDIK<br>RS .....<br><br><b>NAMA</b><br>.....<br><b>NIP.</b> .....                        |         |         | DIREKTUR UTAMA/PIMPINAN<br>RS .....<br><br><b>NAMA</b><br>.....<br><b>NIP.</b> ..... |         |              |         |
| Variasi pelayanan yang diberikan                                                                       | Tanggal |         | Alasan                                                                               |         | Tanda-tangan |         |
| Tanggal masuk                                                                                          |         |         | Tanggal keluar                                                                       |         |              |         |
| Diagnosa Utama                                                                                         |         |         | Kode ICD 10 : I22.2                                                                  |         |              |         |
| Diagnosa Penyerta                                                                                      |         |         | Kode ICD 10                                                                          |         |              |         |





| Aspek Pelayanan |  | Hari I      | Hari II | Hari III | Hari IV | Hari V | Hari VI |
|-----------------|--|-------------|---------|----------|---------|--------|---------|
| Komplikasi      |  | Kode ICD 10 |         |          |         |        |         |
| Tindakan Utama  |  | Kode ICD 9  |         |          |         |        |         |
| Tindakan Lain   |  | Kode ICD 9  |         |          |         |        |         |

Tabel 1.3. Contoh Model *Clinical Pathway*

#### D. Algoritma

Algoritma adalah format tertulis berupa *flowchart* yang bersifat sistematis yang memuat pilihan alur terkait tata laksana pasien yang dapat dilihat secara cepat. Algoritma merupakan panduan yang efektif pada beberapa keadaan klinis tertentu, misalnya di Instalasi Gawat Darurat, bila staf dihadapkan pada situasi yang darurat, dapat dengan mudah menggunakan algoritma, kemudian melakukan tindakan yang cepat untuk memberikan pertolongan.



## CONTOH FORMAT ALGORITMA:

|                                                                                                                                |                           |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------|
| LOGO RS                                                                                                                        |                           |               |
| <b>ALGORITMA</b>                                                                                                               |                           |               |
| <b>(JUDUL: .....)</b>                                                                                                          |                           |               |
| Tanggal Terbit:                                                                                                                | Nomor:                    | Nomor Revisi: |
| .....                                                                                                                          | (diisi oleh Komite Medik) | .....         |
| <b>PENGERTIAN:</b>                                                                                                             |                           |               |
| <b>KEBIJAKAN:</b>                                                                                                              |                           |               |
| <b>ALGORITMA:</b>                                                                                                              |                           |               |
| (diisi format tertulis berupa <i>flowchart</i> yang dapat dilihat secara cepat apa yang harus dilakukan pada situasi tertentu) |                           |               |
| <b>PROFESI TERKAIT:</b>                                                                                                        |                           |               |
| 1. Dokter Spesialis .....                                                                                                      |                           |               |
| 2. Perawat yang berkompeten                                                                                                    |                           |               |
| 3. Dan lain-lain                                                                                                               |                           |               |
| <b>DOKUMEN TERKAIT:</b>                                                                                                        |                           |               |
| Panduan Praktik Klinis .....                                                                                                   |                           |               |
| Dan lain-lain                                                                                                                  |                           |               |
| <b>DISAHKAN DI BANDUNG, TANGGAL: .....</b>                                                                                     |                           |               |
| DIREKTUR UTAMA/ PIMPINAN FASYANKES                                                                                             |                           |               |
| RS.....                                                                                                                        |                           |               |
| NAMA .....                                                                                                                     |                           |               |
| NIP. ....                                                                                                                      |                           |               |

Tabel 1.4. Contoh Format Algoritma





## **E. Prosedur**

Prosedur adalah uraian langkah dari tindakan yang dilakukan sebagai bagian dari tata laksana pasien. Prosedur pemeriksaan atau prosedur tindakan sebagaimana dibuat berdasarkan bukti terbaru dengan pendekatan jenis pemeriksaan atau tindakan yang akan diberikan.

Prosedur merupakan uraian langkah demi langkah untuk melaksanakan tugas teknis tertentu. Dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) disebutkan bahwa pada pasien anak dengan kejang demam kompleks perlu dilakukan pungsi lumbal.

Uraian pelaksanaan dari pungsi lumbal tidak dimuat dalam Panduan Praktik Klinis (PPK) melainkan dalam prosedur pungsi lumbal, dalam dokumen terpisah. Contoh lainnya dalam PPK disebutkan bila pasien mengalami gagal nafas perlu pemasangan ventilasi mekanik. Prosedur pemasangan ventilasi mekanik: Dari pemasangan endotracheal tube, mengatur konsentrasi oksigen, kecepatan pernapasan, pemantauan, apa saja yang harus diperhatikan, pemeriksaan berkala apa yang harus dilakukan, dan seterusnya.

Prosedur dapat dilakukan oleh perawat, misalnya: cara memotong dan mengikat tali pusat bayi baru lahir, merawat luka, suctioning, pemasangan pipa nasogastrik, atau oleh dokter (misalnya pungsi lumbal, biopsi sumsum tulang, dan lain sebagainya).

Dalam prosedur dapat memuat:

1. Profesi yang terlibat
2. Komplikasi yang mungkin timbul
3. Cara pencegahan atau mengatasinya
4. Kapan suatu intervensi harus dihentikan
5. dan seterusnya.





## CONTOH FORMAT PROSEDUR:

|                                                                                                                                               |                                     |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------|
| LOGO RS                                                                                                                                       |                                     |                        |
| <b>PROSEDUR</b><br>(JUDUL .....)                                                                                                              |                                     |                        |
| Tanggal Terbit:<br>.....                                                                                                                      | Nomor:<br>(diisi oleh Komite Medik) | Nomor Revisi:<br>..... |
| <b>PENGERTIAN:</b>                                                                                                                            |                                     |                        |
| <b>INDIKASI:</b>                                                                                                                              |                                     |                        |
| <b>KONTRAINDIKASI:</b>                                                                                                                        |                                     |                        |
| <b>DIAGNOSA:</b>                                                                                                                              |                                     |                        |
| <b>KEBIJAKAN:</b>                                                                                                                             |                                     |                        |
| <b>PROSEDUR:</b><br>(diisi uraian langkah demi langkah untuk melaksanakan tindakan dan/ atau pemeriksaan tertentu)                            |                                     |                        |
| <b>PROFESI TERKAIT:</b><br>1. Dokter Spesialis .....<br>2. Perawat yang berkompeten<br>3. Dan lain-lain                                       |                                     |                        |
| <b>DOKUMEN TERKAIT:</b><br>1. Panduan Praktik Klinis terkait<br>2. Formulir Laporan Operasi<br>3. <i>Informed Consent</i><br>4. Dan lain-lain |                                     |                        |
| <b>DISAHKAN DI BANDUNG, TANGGAL:</b> .....                                                                                                    |                                     |                        |
| DIREKTUR UTAMA/ PIMPINAN FASYANKES<br>RS.....<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><b>NAMA</b> .....<br><b>NIP.</b> .....                   |                                     |                        |

Tabel 1.5. Contoh Format Prosedur





## **F. *Standing Order***

*Standing order* adalah suatu set instruksi dokter kepada perawat/profesional kesehatan lain untuk melaksanakan tugas pada saat dokter tidak di tempat, dapat diberikan oleh dokter pada pasien tertentu seperti pemberian anti piretik untuk demam, pemberian anti kejang per-rektal untuk pasien kejang, defibrilasi untuk aritmia tertentu. Dalam tata laksana kejang demam diperlukan pemberian diazepam rectal dengan dosis tertentu yang harus diberikan oleh perawat dalam bentuk kolaborasi dengan dokter.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan. Tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan praktik wajib memberikan Pelayanan Kesehatan sesuai dengan Standar Pelayanan Kesehatan.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan, tenaga medis, dan tenaga kesehatan yang melanggar ketentuan dikenai sanksi administratif oleh Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan kewenangannya berupa:

1. teguran lisan
2. teguran tertulis
3. denda administratif
4. pencabutan SIP; dan/atau
5. pencabutan perizinan berusaha.

# **BAB 2**

## **PEDOMAN PELAYANAN MEDIK**





## BAB 2

### TATA KELOLA PELAYANAN MEDIK

#### **A. Tata Kelola Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)**

##### **1. Latar Belakang**

Instalasi Gawat Darurat (IGD) merupakan salah satu unit paling krusial dalam sistem pelayanan rumah sakit, berperan sebagai pintu masuk utama bagi pasien dengan kondisi medis akut dan gawat darurat yang membutuhkan penanganan segera. Kualitas layanan di IGD mencerminkan kesiapan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan menyeluruh. Pelayanan yang tidak tertangani dengan baik di IGD dapat memperburuk kondisi pasien, meningkatkan risiko komplikasi, bahkan kematian.

Seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit kritis dan kecelakaan, baik di wilayah perkotaan maupun pedesaan, jenis dan tingkat keparahan kasus yang ditangani di IGD juga menjadi semakin kompleks. Kasus seperti kecelakaan lalu lintas, serangan jantung, stroke akut, cedera otak, trauma berat, hingga bencana massal menuntut rumah sakit memiliki sistem layanan darurat yang tanggap, terstruktur, dan terintegrasi. Hal ini harus ditunjang oleh tenaga kesehatan yang terlatih, fasilitas yang memadai, serta pedoman operasional yang jelas dan sesuai standar.

##### **2. Tujuan Pedoman**

###### **a. Tujuan Umum**

Mewujudkan penyelenggaraan pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang bermutu tinggi, profesional, dan terintegrasi, dengan mengutamakan keselamatan pasien serta efektivitas penanganan pada situasi medis yang kritis atau mengancam jiwa.

###### **b. Tujuan Khusus**

- 1) Memberikan acuan yang jelas bagi tenaga medis dan manajemen rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan IGD secara terstandar.





- 2) Menjamin bahwa pelayanan IGD dilakukan secara cepat, tepat, aman, dan responsif terhadap kebutuhan pasien.
- 3) Mempermudah pelaksanaan tindakan medis berdasarkan prioritas kondisi pasien dan klasifikasi kegawatan.
- 4) Meningkatkan efisiensi sistem triase, koordinasi tim medis, serta sistem rujukan dalam situasi darurat.
- 5) Menyelaraskan praktik pelayanan IGD dengan regulasi dan kebijakan rumah sakit.

### 3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) mencakup berbagai aspek penanganan kondisi medis yang bersifat kritis dan membutuhkan intervensi segera. Tujuan utama pelayanan ini adalah untuk menilai, menstabilkan, dan menangani pasien dengan tingkat kegawatan yang beragam. Berikut adalah ruang lingkup pelayanan IGD yang berlaku di rumah sakit:

#### a. Penanganan Kegawatdaruratan

Pelayanan terhadap pasien dengan kondisi medis akut yang mengancam nyawa atau berpotensi menimbulkan kecacatan permanen. Termasuk di dalamnya:

- 1) Kegawatdaruratan medis dan bedah
- 2) Kasus trauma (kecelakaan lalu lintas, kerja, rumah tangga)
- 3) Kasus kritis seperti henti jantung, stroke akut, kejang, gagal napas, syok

#### b. Penerimaan Pasien Rujukan

Pasien yang dirujuk dari fasilitas kesehatan primer atau rumah sakit lain dalam kondisi darurat

Penanganan awal dan koordinasi dengan layanan penunjang serta ruang rawat

#### c. Tindakan Stabilisasi Awal

Penatalaksanaan awal untuk menstabilkan kondisi pasien sebelum diputuskan untuk:

- 1) Alih rawat ke ruang perawatan
- 2) Pulang ke rumah dengan atau tanpa kontrol lanjutan





3) Rujuk keluar ke fasilitas yang lebih mampu

d. Klasifikasi Pasien Berdasarkan Kegawatan

Pelayanan IGD dikategorikan berdasarkan tingkat kegawatan pasien, sebagai berikut:

1) Resusitasi

Pasien dengan kondisi sangat kritis yang mengancam nyawa dan membutuhkan tindakan resusitasi segera tanpa penundaan.

2) Emergent

Pasien dengan kondisi darurat yang berisiko menyebabkan kerusakan organ permanen, dan harus mendapat intervensi dalam waktu maksimal 10 menit.

3) Urgent

Pasien dengan kondisi serius namun tidak mengancam jiwa secara langsung, namun tetap memerlukan penanganan dalam waktu tidak lebih dari 30 menit.

4) Less Urgent

Pasien dengan keluhan ringan hingga sedang, namun memiliki riwayat penyakit serius atau potensi perburukan kondisi, dan sebaiknya ditangani dalam waktu maksimal 60 menit.

5) False Emergency

Pasien yang datang tanpa kondisi gawat atau darurat. Penanganan tidak memerlukan tindakan segera dan pasien dapat diarahkan ke layanan rawat jalan atau non-emergensi lainnya.

6) Death On Arrival (DOA)

Pasien yang tiba di IGD dalam keadaan tidak bernyawa, dan telah dinyatakan meninggal secara klinis oleh dokter jaga.

4. Alur Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

Alur pelayanan di IGD harus mengedepankan prinsip respon cepat, penanganan tepat, dan kesinambungan pelayanan sejak pasien masuk hingga diputuskan untuk rawat inap, pulang, atau dirujuk ke fasilitas lain. Alur ini melibatkan proses triase, penilaian kondisi, stabilisasi, penegakan diagnosis awal, hingga pengambilan keputusan klinis secara terintegrasi.





a. Tahapan Alur Pelayanan

1) Kedatangan dan Penerimaan Pasien

- a) Pasien datang sendiri, diantar keluarga, atau melalui evakuasi medik.
- b) Petugas IGD segera menyambut pasien tanpa menunda karena alasan administrasi.
- c) Tidak diperbolehkan meminta uang muka (emergency without delay).

2) Triase

- a) Dilakukan oleh perawat terlatih segera setelah pasien masuk.
- b) Bertujuan untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan.
- c) Menggunakan sistem klasifikasi triase 3–5 level (misalnya ESI atau CTAS) berdasarkan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Environment).

3) Penanganan Awal dan Resusitasi

- a) Pasien prioritas 1 harus mendapatkan tindakan dalam waktu  $\leq 5$  menit.
- b) Resusitasi dan stabilisasi dilakukan sesuai kebutuhan klinis, dengan dukungan alat dan obat emergensi yang tersedia.

4) Pemeriksaan dan Penegakan Diagnosis Awal

- a) Setelah kondisi stabil, dilakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi) bila diperlukan.
- b) Diagnosis awal ditegakkan oleh dokter jaga, atau dikonsultasikan ke dokter spesialis terkait.

5) Keputusan Lanjut

Pasien dapat:

- a) Pulang bila sudah stabil dan tidak memerlukan rawat inap, dengan edukasi dan jadwal kontrol.
- b) Alih rawat ke ruang rawat inap bila membutuhkan perawatan lanjutan.





- c) Rujuk ke fasilitas lain bila tidak dapat ditangani di rumah sakit tersebut karena keterbatasan fasilitas/kompetensi.
- 6) Pencatatan dan Dokumentasi
  - a) Semua proses dan keputusan harus terdokumentasi dalam rekam medis.
  - b) Rujukan keluar harus disertai dengan resume medis, surat rujukan, dan komunikasi terlebih dahulu dengan fasilitas penerima.
- b. Prinsip-prinsip Pelayanan dalam Alur IGD
  - 1) Pelayanan 24 jam non-stop.
  - 2) Semua pasien gawat darurat ditangani tanpa diskriminasi, sesuai UU dan peraturan yang berlaku.
  - 3) Kolaborasi multiprofesi dalam penanganan pasien (dokter umum, dokter spesialis, perawat, radiografer, analis, dan apoteker).
  - 4) Alur masuk dan keluar pasien di IGD harus mencegah “cross infection”.
  - 5) Tersedia ruang isolasi dan dekontaminasi untuk kasus infeksius atau bencana kimia/biologis.

## 5. Standar Operasional Pelayanan

Pelayanan IGD harus dijalankan berdasarkan standar operasional yang baku untuk menjamin kesetaraan, keselamatan pasien, dan akuntabilitas profesional.

- a. Waktu Tanggap
  - 1) Pasien gawat darurat wajib ditangani maksimal 5 menit setelah kedatangan.
  - 2) Triase dilakukan segera oleh perawat terlatih menggunakan pendekatan ABCDE.
  - 3) Keputusan alih rawat atau rujukan ditentukan dalam waktu yang tidak menunda keselamatan pasien.
- b. Pelayanan 24 Jam
  - 1) IGD wajib buka dan beroperasi 24 jam sehari, 7 hari seminggu.





2) Tim harus selalu siap siaga menangani kasus kapan pun tanpa menunggu waktu kerja reguler.

c. Pelayanan Tanpa Uang Muka

Rumah sakit tidak diperkenankan meminta uang muka kepada pasien gawat darurat sebelum tindakan penyelamatan jiwa dilakukan, sesuai amanat Undang-Undang Rumah Sakit dan peraturan menteri kesehatan.

## 6. Sumber Daya

Agar pelayanan berjalan optimal, instalasi IGD harus didukung oleh sumber daya manusia dan sarana-prasarana yang memadai sesuai level rumah sakit.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

| Jenis SDM        | Kualifikasi & Ketentuan                                                            |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Dokter Umum      | Siaga 24 jam, memiliki pelatihan kegawatdaruratan (BLS, ACLS, ATLS, PPGD, dll)     |
| Dokter Spesialis | On-site/on-call sesuai klasifikasi (minimal 4 besar: Bedah, Obsgyn, Anak, Interna) |
| Perawat          | Minimal D-III Keperawatan, pelatihan Emergency Nursing, BTLS, BCLS                 |
| Non-Medis        | Petugas administrasi, keamanan, dan pekarya 24 jam                                 |

Tabel 2.1. Standar Kualifikasi SDM di Instalasi Gawat Darurat

Untuk memastikan jumlah sumber daya manusia di IGD mencukupi dan pelayanan berjalan efektif, digunakan metode estimasi kebutuhan tenaga berdasarkan beban kerja.

1) Prinsip Dasar Perhitungan

Estimasi jumlah dokter dan perawat dihitung berdasarkan:

- Rata-rata kunjungan pasien IGD per hari.
- Rasio ideal jumlah pasien yang dapat ditangani oleh satu dokter atau perawat per shift.





c) Pembagian shift kerja dalam satu hari.

2) Rasio Ideal

a) Berdasarkan literatur dan praktik terbaik:

- 1 (satu) dokter umum IGD idealnya menangani 10–12 pasien baru per shift.
- 1 (satu) perawat IGD idealnya bertanggung jawab terhadap 4–6 pasien yang sedang dirawat dalam satu waktu.

b) Jika pasien memiliki tingkat kegawatan tinggi (resusitasi, trauma berat, intubasi), maka rasio pasien per tenaga kesehatan harus dikurangi untuk menjamin keselamatan pasien:

- Pada kasus resusitasi: ideal 1 pasien : 1 perawat.
- Pada kasus urgent gawat (high acuity): ideal 1 pasien : 2 perawat.

3) Rumus Perhitungan

a) Jumlah kebutuhan dokter per shift = (Jumlah kunjungan pasien IGD per hari ÷ jumlah shift per hari) ÷ 10 pasien

b) Jumlah kebutuhan perawat per shift = (Jumlah kunjungan pasien IGD per hari ÷ jumlah shift per hari) ÷ 5 pasien

*(Catatan: angka pembagi dapat disesuaikan antara 4–6 pasien per perawat sesuai kompleksitas kasus di IGD.)*

4) Contoh Perhitungan

a) Jika rumah sakit memiliki kunjungan IGD rata-rata 120 pasien per hari dan menggunakan sistem 3 shift:

- Jumlah pasien per shift =  $120 \div 3 = 40$  pasien per shift.
- Maka kebutuhan:
  - Dokter IGD:  $40 \div 10 = 4$  dokter umum per shift.
  - Perawat IGD:  $40 \div 5 = 8$  perawat per shift.

b) Jika volume pasien meningkat atau banyak kasus berat, jumlah dokter dan perawat perlu ditambah untuk menghindari overload pelayanan.

b. Sarana dan Prasarana





- 1) Ruang triase, tindakan, resusitasi, observasi, isolasi, dan ruang tunggu keluarga.
  - 2) Pintu masuk dan keluar IGD harus terpisah dengan akses jelas dan ramah untuk brankar.
  - 3) Dekat dengan apotek 24 jam dan memiliki akses ambulans yang terlindung dari cuaca.
- c. Alat Medis dan Penunjang
- 1) Ventilator portable, defibrillator, suction, EKG, nebulizer, oxygen concentrator.
  - 2) Peralatan resusitasi lengkap untuk dewasa dan anak.
  - 3) Alat imobilisasi (spine board, KED, neck collar) dan peralatan evakuasi.
  - 4) Obat emergensi dan bahan habis pakai tersedia tanpa menunggu resep.

## 7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

Pelaksanaan layanan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang efektif dan bermutu tinggi membutuhkan fokus khusus pada aspek-aspek kritikal berikut:

- a. Implementasi Sistem Triase Modern Berbasis Prioritas Kegawatan
  - 1) Menggunakan sistem triase 5-level seperti Emergency Severity Index (ESI) dengan tenaga perawat yang telah mendapatkan pelatihan sertifikasi triase.
  - 2) Melakukan penilaian cepat berbasis pendekatan ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure) untuk menentukan prioritas penanganan pasien.
  - 3) Menyediakan jalur fast track bagi pasien dengan kondisi non-kritis untuk mempercepat pelayanan tanpa mengganggu jalur kegawatdaruratan berat.
- b. Optimalisasi Komunikasi Proaktif kepada Pasien dan Keluarga
  - 1) Setiap pasien dan keluarga harus mendapatkan penjelasan singkat saat kedatangan mengenai alur pelayanan dan estimasi waktu tunggu.





- 2) Petugas wajib memperkenalkan diri, menyampaikan peran, serta meminta maaf secara terbuka jika terjadi keterlambatan pelayanan.
  - 3) Area tunggu pasien harus dalam kondisi bersih, nyaman, informatif, dengan papan digital atau informasi manual tentang status antrian atau update pelayanan.
- c. Penilaian dan Penatalaksanaan Nyeri Sejak Triase
- 1) Penilaian skala nyeri dilakukan bersamaan dengan proses triase.
  - 2) Pasien dengan nyeri berat harus menerima analgesik dalam waktu maksimal 30 menit setelah dinilai.
  - 3) Protokol *Pain Management Pathway* diterapkan untuk menjamin pelayanan berbasis patient-centered care dan mempercepat pemberian terapi nyeri.
- d. Penerapan Alur Klinis untuk Kasus Emergensi Tinggi
- 1) Aktifasi jalur cepat berbasis protokol untuk kondisi emergensi seperti:
    - a) Sepsis Alert: Bundle sepsis 1 jam (pengambilan kultur, pemberian antibiotik awal, pemberian cairan resusitasi).
    - b) Code Stroke: Pengenalan stroke dengan onset <4,5 jam dan rujukan cepat untuk CT-scan serta pertimbangan trombolisis.
    - c) Code Stemi: Deteksi dini infark miokard akut dengan pemeriksaan EKG 10 menit pertama dan aktivasi tim PCI jika tersedia.
  - 2) Setiap staf IGD harus familiar dengan bundle emergensi ini dan mendapat pelatihan rutin.
- e. Monitoring dan Evaluasi Waktu Tunggu serta Outcome Pasien
- 1) Waktu tunggu triase ke tindakan, waktu tunggu untuk dokter, dan waktu ke pemberian terapi awal harus dimonitor harian.
  - 2) Audit waktu tanggap IGD dilakukan berkala untuk mengevaluasi bottleneck dan mengidentifikasi area perbaikan.
  - 3) Outcome pasien IGD seperti tingkat keberhasilan resusitasi, kepuasan pasien, dan angka rujukan keluar dipantau untuk peningkatan mutu layanan.





- f. Penguatan Koordinasi Internal dan Eksternal
  - 1) Meningkatkan efektivitas koordinasi antara IGD dengan unit rawat inap, ICU, kamar operasi, laboratorium, radiologi, farmasi, serta pelayanan ambulans.
  - 2) Komunikasi rujukan ke fasilitas lain dilakukan dengan prinsip handover klinis dan dokumentasi terstandar.
- g. Pelaksanaan Prinsip *Zero Delay* untuk Kasus Gawat Darurat
  - 1) Tidak ada penundaan tindakan medis emergensi dengan alasan administratif (termasuk masalah pembayaran, data BPJS, atau administrasi lainnya).
  - 2) Prinsip Emergency First harus ditegakkan: keselamatan pasien selalu diutamakan di atas prosedur administratif.
- h. Pencegahan Infeksi Nosokomial di IGD
  - 1) Setiap pasien berisiko infeksi harus langsung diarahkan ke ruang isolasi yang tersedia di IGD.
  - 2) Prosedur dekontaminasi alat dilakukan setelah setiap tindakan kritis.
  - 3) Monitoring harian kepatuhan Hand Hygiene di IGD dilakukan oleh supervisor jaga.

## **B. Tata Kelola Pelayanan Rawat Inap**

### **1. Latar Belakang**

Pelayanan rawat inap merupakan inti dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mencerminkan kualitas manajemen klinis dan operasional. Instalasi ini memegang peran penting dalam memberikan pelayanan berkelanjutan kepada pasien yang memerlukan observasi, terapi, tindakan medis, maupun pemulihan dalam jangka waktu tertentu. Kasus-kasus yang ditangani mencakup berbagai bidang medis seperti penyakit dalam, bedah, kebidanan, dan spesialisasi lainnya.

Dalam konteks mutu layanan, efektivitas pelayanan rawat inap tidak hanya diukur dari keluaran klinis, tetapi juga dari efisiensi alur perawatan, koordinasi antarprofesi, serta keselamatan dan kenyamanan pasien selama menjalani perawatan. Seiring meningkatnya kompleksitas kasus dan





ekspektasi masyarakat terhadap layanan kesehatan, rumah sakit dituntut untuk menyelenggarakan pelayanan rawat inap yang profesional, berbasis bukti, dan sesuai standar nasional.

Untuk mencapai hal tersebut, penyelenggaraan pelayanan rawat inap harus dilakukan secara terstruktur, terintegrasi, dan berorientasi pada pasien. Diperlukan perencanaan yang matang dalam berbagai aspek, termasuk kualitas sumber daya manusia—terutama tenaga keperawatan—ketersediaan serta kelayakan sarana dan prasarana, serta penerapan prosedur pelayanan yang efisien dan terukur. Tata kelola yang baik pada seluruh aspek ini akan menunjang tercapainya pelayanan yang aman, bermutu tinggi, efisien, serta mampu meningkatkan kepuasan dan keselamatan pasien.

## 2. Tujuan Pedoman

### a. Tujuan Umum

Mewujudkan pelayanan rawat inap yang bermutu tinggi, aman, efektif, efisien, dan responsif terhadap kebutuhan pasien, serta selaras dengan perkembangan ilmu kedokteran, teknologi kesehatan, regulasi nasional, dan standar akreditasi rumah sakit.

### b. Tujuan Khusus

- 1) Menyediakan acuan operasional yang jelas bagi tenaga kesehatan dan manajemen rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan rawat inap secara profesional, cepat, dan efisien.
- 2) Menjamin kesinambungan pelayanan mulai dari admisi hingga pemulangan atau rujukan, dengan pendekatan yang terstruktur dan terdokumentasi.
- 3) Menetapkan standar pelayanan yang seragam mencakup dokumentasi medis, asesmen awal dan lanjutan, intervensi, monitoring, serta edukasi pasien dan keluarga.
- 4) Menjamin keterpaduan pelayanan medis dan keperawatan melalui kolaborasi antarprofesi dan koordinasi dengan unit penunjang secara menyeluruh.





- 5) Meningkatkan mutu dan keselamatan pasien melalui penerapan praktik pelayanan yang berorientasi pada pasien dan berbasis bukti ilmiah (*evidence-based practice*).

### 3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan rawat inap mencakup seluruh aktivitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selama menjalani perawatan di ruang rawat, mulai dari proses admisi hingga pemulangan atau rujukan. Pelayanan ini melibatkan kolaborasi antarprofesi secara terpadu, termasuk dokter, perawat, bidan, tenaga kefarmasian, rehabilitasi medis, serta unit-unit penunjang lainnya.

Pelayanan rawat inap juga berperan sebagai penghubung antara berbagai instalasi di rumah sakit, seperti IGD, rawat jalan, kamar operasi, serta laboratorium dan radiologi. Oleh karena itu, penyelenggaraan pelayanan rawat inap harus didukung oleh sistem koordinasi dan komunikasi yang efektif agar kebutuhan medis pasien dapat ditangani secara cepat, tepat, dan sesuai standar pelayanan rumah sakit.

### 4. Alur Pelayanan

Alur pelayanan rawat inap mencakup seluruh proses yang dilalui pasien sejak diterima di ruang perawatan hingga dipulangkan atau dirujuk ke fasilitas lain. Alur ini disusun untuk memastikan pelayanan yang aman, efektif, dan berkesinambungan, serta melibatkan kolaborasi antarprofesi dalam setiap tahapan pelayanan. Pelayanan rawat inap dimulai sejak pasien dinyatakan perlu dirawat oleh dokter penanggung jawab dan disetujui oleh rumah sakit, hingga pasien dipulangkan atau dirujuk. Proses ini harus berlangsung secara terstruktur, terdokumentasi, dan melibatkan komunikasi efektif antarunit serta antarprofesi untuk menjamin keselamatan dan keberlanjutan asuhan pasien.

Berikut adalah tahapan-tahapan utama dalam alur pelayanan rawat inap:

- a. Penerimaan Pasien (Admisi)





- 1) Pasien diterima melalui IGD, Rawat Jalan, atau rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan lain.
- 2) Proses dimulai dari reservasi kamar yang dilakukan melalui bagian admisi dengan mempertimbangkan kelas perawatan, ketersediaan ruang dan kebutuhan klinis pasien. Setelah reservasi dikonfirmasi perawat ruangan mempersiapkan kamar dan alat medis yang diperlukan. Pasien diantar oleh petugas dari unit asal (IGD, rawat jalan, ICU, atau unit lain) ke ruang rawat inap dan diserahkan kepada perawat ruangan.
- 3) Dilakukan verifikasi identitas pasien (nama dan tanggal lahir) dan pemasangan gelang identitas.
- 4) Pasien dan keluarga diberikan orientasi awal melalui formulir checklist penerimaan pasien yang mencakup fasilitas, jadwal kunjungan, hak dan kewajiban, serta prosedur yang berlaku di ruang rawat.

b. Orientasi Pasien

Pada saat masuk ruang rawat, pasien dan keluarga dijelaskan mengenai:

- 1) Perkenalan dengan perawat jaga dan sistem shift
- 2) Fasilitas ruangan dan penggunaannya
- 3) Jadwal visite dokter, pemberian obat, jam makan, dan waktu kunjungan keluarga
- 4) Penjelasan alat medis, prosedur pemantauan, dan tindakan rutin
- 5) Penjelasan mengenai prosedur keperawatan dan tindakan medis umum
- 6) Edukasi awal tentang pencegahan risiko jatuh, kebersihan tangan, dan hak/kewajiban pasien

c. Asesmen (Pengkajian) Awal dan Lanjutan

- 1) Asesmen awal oleh dokter dan perawat dilakukan maksimal dalam 24 jam setelah pasien masuk ruang rawat. Penilaian mencakup status medis, keperawatan, risiko jatuh, nyeri, gizi, psikososial, infeksi, dan kebutuhan khusus lainnya.





- 2) Jika diperlukan, dilakukan asesmen tambahan oleh ahli gizi, fisioterapis, terapis wicara, atau tenaga rehabilitasi lainnya. Hasil asesmen digunakan untuk menyusun rencana asuhan terintegrasi yang melibatkan berbagai profesi.
  - 3) Asesmen lanjutan dilakukan secara berkala, saat kondisi pasien berubah, atau menjelang pemulangan.
- d. Perencanaan dan Pemberian Asuhan
- Berdasarkan hasil asesmen, tim medis menetapkan diagnosis dan rencana pelayanan. Pelayanan dilakukan secara kolaboratif oleh dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, fisioterapis, dan profesi lainnya. Intervensi dilakukan sesuai kewenangan masing-masing profesi dan berdasarkan SPO dan clinical pathway yang berlaku. Evaluasi perkembangan pasien dilakukan secara berkala dengan pendekatan SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan). Semua tindakan dan hasil intervensi didokumentasikan dalam rekam medis terintegrasi.
- e. Perawatan Harian dan Monitoring
- Pemantauan klinis dilakukan setiap shift atau sesuai kebutuhan. Perawat memantau asupan dan keluaran cairan pasien, kondisi luka, status vital, serta tanda-tanda dini perburukan. Dilakukan identifikasi pasien dilakukan sebelum setiap tindakan. Pencegahan risiko dilakukan terhadap infeksi nosokomial, jatuh, dan ulkus dekubitus, serta diawasi melalui audit kepatuhan hand hygiene. Informasi tindakan disampaikan kepada pasien dan keluarga secara jelas dan komunikatif.
- f. Perencanaan Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*)
- Discharge planning adalah proses terstruktur yang dimulai sejak pasien masuk rumah sakit dan bertujuan untuk memastikan transisi layanan dari rumah sakit ke rumah atau fasilitas lain berjalan aman dan efektif.
- Tatalaksana discharge planning meliputi:
- 1) Pengkajian awal terkait kebutuhan medis dan sosial pasien.
  - 2) Diskusi bersama pasien dan keluarga mengenai kesiapan pulang, kemampuan fungsional, dukungan sosial, dan ekonomi.





- 3) Penyusunan rencana pemulangan dan jadwal kontrol, termasuk rujukan bila diperlukan.

Dilakukan evaluasi dan audit dimana evaluasi dilakukan melalui catatan perkembangan pasien (CPPT), checklist, dan revisi rencana discharge bila dibutuhkan dan audit dilakukan secara berkala untuk menilai efektivitas discharge planning dan kepatuhan tim pelayanan. Semua proses discharge planning dicatat dalam rekam medis, termasuk ringkasan perawatan, regimen terapi, hasil pemeriksaan, edukasi, dan jadwal kontrol pascapemulangan. Pemulangan dilakukan setelah pasien dinyatakan stabil oleh DPJP dan telah mendapatkan edukasi yang cukup.

Pasien yang memerlukan rujukan ke fasilitas lain harus disertai resume medis, surat rujukan, dan komunikasi dengan fasilitas penerima.

## 5. Standar Operasional Pelayanan

Pelayanan rawat inap wajib dilaksanakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan rumah sakit dan disesuaikan dengan regulasi nasional. Standar operasional ini menjadi acuan utama bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang aman, bermutu, terukur, dan berkesinambungan kepada setiap pasien.

### a. Waktu Respons dan Penanganan

Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) harus melakukan kunjungan pertama (initial visit) dalam 24 jam sejak pasien masuk ruang rawat. Kunjungan harian oleh DPJP wajib dilakukan untuk memantau perkembangan klinis dan menyesuaikan terapi. Konsultasi antarspesialis harus direspon dan ditindaklanjuti dalam waktu maksimal 1x24 jam setelah permintaan dikirimkan. Tindakan medis atau prosedur invasif harus didahului oleh informed consent dan edukasi yang terdokumentasi.

Perawat melakukan pengkajian awal maksimal dalam waktu 4 jam setelah pasien masuk ruang rawat. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan hasil pengkajian dan dikaji ulang secara





berkala, minimal setiap 3 hari atau saat terjadi perubahan kondisi. Pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan asuhan keperawatan profesional, meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (ADPIE). Handover antarshift dilakukan secara lisan dan tertulis dengan metode SBAR untuk menjamin kesinambungan pelayanan.

b. Pemberian Obat dan Terapi

Obat diberikan oleh perawat sesuai instruksi dokter, dengan prinsip 5 benar (benar pasien, obat, dosis, waktu, dan cara). Obat high alert dan LASA (look alike sound alike) harus diberi label khusus dan disimpan secara terpisah. Terapi tambahan seperti infus, transfusi, dan oksigen diberikan sesuai indikasi medis dan standar keamanan.

c. Dokumentasi Medis

Semua tindakan medis dan keperawatan, hasil observasi, serta komunikasi antarprofesi wajib dicatat dalam rekam medis (manual atau elektronik) secara tepat waktu dan akurat. Catatan perkembangan pasien (CPPT) harus dibuat setiap hari dan bersifat terintegrasi. Setiap form asesmen, edukasi, prosedur, dan informed consent harus terdokumentasi lengkap.

d. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Hand hygiene dilakukan sesuai standar 5 momen WHO dan 6 langkah cuci tangan. Alat pelindung diri (APD) digunakan sesuai risiko dan jenis tindakan. Pasien risiko tinggi infeksi atau yang memiliki penyakit menular dirawat di ruang isolasi atau diberi tanda kewaspadaan isolasi (airborne, droplet, kontak). Pengelolaan limbah medis dilakukan sesuai standar K3 dan regulasi lingkungan.

e. Edukasi Pasien dan Keluarga

Edukasi dilakukan sejak hari pertama perawatan dan tercatat dalam rekam medis. Materi edukasi meliputi: penyakit dan terapinya, pencegahan komplikasi, penggunaan obat, pemulihan pascaperawatan, dan kesiapan pulang. Edukasi diberikan oleh DPJP, perawat, apoteker, dan tenaga gizi sesuai bidangnya.

f. Komunikasi Tim





Komunikasi antarprofesi dilakukan melalui:

- 1) Visit tim terpadu (interdisipliner)
- 2) Serah terima pasien dan shift
- 3) Rapat evaluasi kasus khusus atau pasien risiko tinggi

Komunikasi harus bersifat terbuka, profesional, dan terdokumentasi.

g. Pemulangan dan Tindak Lanjut

Rencana pemulangan pasien (discharge planning) disusun sejak hari pertama perawatan. Pasien tidak boleh dipulangkan tanpa edukasi, resep obat, dan surat kontrol. Jika perlu, diberikan rujukan ke layanan lanjutan seperti home care, puskesmas, atau fasilitas rehabilitasi.

## 6. Sumber Daya

Pelayanan rawat inap yang efektif, aman, dan bermutu membutuhkan dukungan sumber daya yang mencakup sumber daya manusia (SDM), sarana prasarana, peralatan medis, serta sistem informasi dan komunikasi. Ketersediaan dan kecukupan sumber daya tersebut harus disesuaikan dengan tingkat pelayanan rumah sakit dan kompleksitas kasus yang ditangani.

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelayanan rawat inap diselenggarakan oleh tim multidisiplin yang terdiri dari:.

1) Tenaga medis:

- a) Dokter spesialis sebagai penanggung jawab utama penatalaksanaan medis pasien
- b) Dokter umum yang mendukung pelaksanaan visite dan tindakan sehari-hari

2) Tenaga kesehatan:

- a) Perawat umum dan perawat spesialis (mis. perawat luka, ICU, maternitas) bertanggung jawab atas pelaksanaan asuhan keperawatan profesional
- b) Bidan
- c) Apoteker untuk pelayanan farmasi klinis





- d) Ahli gizi untuk pemantauan status nutrisi dan penyusunan diet pasien
  - e) Fisioterapis, terapis okupasi, dan terapi wicara untuk kebutuhan rehabilitasi
- 3) Selain SDM Kesehatan di atas, Rumah Sakit dapat menambahkan tenaga sesuai kebutuhan berdasarkan analisa beban kerja.

Semua SDM wajib memiliki kompetensi yang sesuai, telah mengikuti pelatihan terkini, dan memiliki sertifikasi profesi serta sertifikat pelatihan tambahan sesuai kebutuhan unit.

b. Sarana dan Prasarana

Unit rawat inap harus dilengkapi dengan prasarana yang memenuhi standar keamanan, kenyamanan, dan fungsionalitas, meliputi:

- 1) Ruang perawatan pasien dengan ventilasi, pencahayaan, suhu, kebisingan yang sesuai standar peraturan perundangan yang berlaku.
- 2) Nurse station sebagai pusat koordinasi pelayanan keperawatan
- 3) Ruang tindakan minor, ruang perawatan luka, dan ruang observasi
- 4) Toilet khusus pasien dan pengunjung yang terpisah, serta ruang laktasi (jika memungkinkan)
- 5) Ruang penyimpanan logistik, linen bersih, limbah medis, dan rekam medis sementara
- 6) Ruang tunggu keluarga pasien yang representatif

Untuk kasus khusus, tersedia ruang isolasi (airborne/contact/droplet) dan ruang rawat imunitas rendah (misalnya untuk pasien kanker atau terapi imunosupresan).

c. Alat Kesehatan

Standar alat kesehatan mengacu pada regulasi atau ketentuan yang berlaku. Secara garis besar, alat kesehatan yang ada di fasilitas rawat inap yaitu:

- 1) Tempat tidur pasien yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan klinis
- 2) Infus stand, suction unit, alat pengukur tekanan darah digital, termometer, pulse oximeter





- 3) Alat emergency (resusitasi) yang tersedia di setiap ruangan atau dalam emergency trolley
- 4) Piringan infus, tabung oksigen, nebulizer, kursi roda, dan brankar sesuai kebutuhan mobilisasi pasien
- 5) Peralatan untuk tindakan keperawatan seperti kateter, alat luka, tensimeter non-mercury, lampu sorot kecil, dll.

Semua peralatan harus dirawat secara berkala oleh unit elektromedis dan dilengkapi label kalibrasi.

d. Sistem Informasi dan Komunikasi

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) digunakan untuk pencatatan rekam medis elektronik, pelaporan tindakan, penjadwalan visite, serta koordinasi pelayanan antarunit.

Komunikasi antarprofesi dilakukan secara langsung, melalui telepon internal, nursing call system, atau sistem berbasis aplikasi digital.

Proses handover, konsultasi, dan pelaporan dilakukan menggunakan format komunikasi yang baku, seperti SBAR dan catatan kemajuan pasien (CPPT).

## 7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

a. Serah Terima Shift Perawat di Samping Tempat Tidur (Bedside Handover)

- 1) Lakukan operan shift secara langsung di sisi tempat tidur pasien, dengan melibatkan pasien dan keluarga bila memungkinkan.
- 2) Diskusikan status klinis, kebutuhan khusus, rencana asuhan, dan potensi risiko.
- 3) Gunakan checklist operan shift standar untuk menjamin konsistensi dan kelengkapan informasi.

b. Visit Harian Terpadu (Interdisciplinary Bedside Rounds)

- 1) Libatkan dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dan tenaga rehabilitasi dalam kunjungan harian di depan pasien.
- 2) Bahas rencana perawatan, perkembangan pasien, target pemulangan, dan keterlibatan pasien/keluarga dalam pengambilan keputusan.





- 3) Buat catatan ringkasan hasil visit harian dalam CPPT sebagai dokumentasi kolaborasi antarprofesi.
- c. Penggunaan Whiteboard Informasi di Setiap Kamar Pasien
  - 1) Sediakan papan tulis standar di setiap kamar untuk mencantumkan:
    - a) Nama dokter dan perawat penanggung jawab
    - b) Diagnosis utama
    - c) Rencana tindakan utama hari ini
    - d) Estimasi tanggal pulang
  - 2) Whiteboard diperbarui setiap hari oleh tim keperawatan dan menjadi media komunikasi terbuka pasien–tim medis.
- d. Pelaksanaan Edukasi Pasien Berbasis Teach-Back
  - 1) Terapkan metode teach-back untuk memastikan pasien memahami informasi kesehatan yang diberikan, terutama tentang obat, terapi, tanda bahaya, dan jadwal kontrol.
  - 2) Edukasi dilakukan bertahap sejak awal perawatan, tidak hanya menjelang pulang.
  - 3) Catat hasil edukasi dan metode teach-back dalam rekam medis.
- e. Penerapan Discharge Planning Sejak Hari Pertama
  - 1) Mulai proses discharge planning sejak hari pertama pasien masuk, dengan melibatkan pasien, keluarga, dan tim multidisiplin.
  - 2) Identifikasi dini kebutuhan pasien untuk perawatan lanjutan, alat bantu, rujukan ke homecare, atau rehabilitasi.
  - 3) Pastikan pasien menerima ringkasan perawatan, resep, instruksi tertulis, dan jadwal kontrol sebelum pulang.
- f. Audit Kepatuhan Prosedur Keselamatan Pasien dan Pencegahan Infeksi
  - 1) Lakukan audit berkala terhadap:
    - a) Kepatuhan hand hygiene
    - b) Kepatuhan penggunaan APD
    - c) Pemasangan gelang identitas pasien
    - d) Penerapan pencegahan jatuh dan dekubitus





- 2) Hasil audit digunakan untuk feedback ke unit dan tindak lanjut perbaikan mutu.
- g. Peningkatan Komunikasi Efektif Antarprofesi dan Antarshift
  - 1) Semua komunikasi klinis, termasuk instruksi lisan dan perubahan rencana perawatan, wajib terdokumentasi di CPPT.
  - 2) Gunakan metode SBAR secara konsisten untuk semua serah terima pasien dan komunikasi kritis.
  - 3) Adakan briefing tim minimal sekali sehari untuk mengevaluasi masalah harian dan prioritas pelayanan.

### **C. Tata Kelola Pelayanan Instalasi Rawat Intensif**

#### **1. Latar Belakang**

Pelayanan rawat intensif merupakan komponen esensial dari sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit, ditujukan bagi pasien dengan kondisi kritis dan tidak stabil yang membutuhkan pengawasan ketat, dukungan alat, dan intervensi medis secara berkesinambungan.

Tingginya tingkat kompleksitas dan risiko klinis pada pasien intensif menuntut adanya sistem pelayanan yang terstandarisasi, akurat, dan terintegrasi. Oleh karena itu, pedoman ini disusun sebagai acuan dalam meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien secara konsisten.

#### **2. Tujuan Pedoman**

##### **a. Tujuan Umum**

Terwujudnya pelayanan ruang intensif yang aman, responsif, efektif, dan bermutu tinggi dalam mendukung penyelamatan nyawa serta pemulihan pasien kritis.

##### **b. Tujuan Khusus**

- 1) Memberikan panduan pelaksanaan pelayanan klinis dan operasional ruang intensif.
- 2) Menjamin pelayanan berbasis standar mutu dan keselamatan pasien.
- 3) Meningkatkan koordinasi tim multidisiplin dalam penanganan pasien kritis.





- 4) Mengoptimalkan penggunaan sumber daya secara efisien dan akuntabel.
- 5) Menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan dan mortalitas di ruang intensif.

### 3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pedoman ini berlaku untuk seluruh jenis layanan intensif yang diselenggarakan di rumah sakit.

Lingkup pelayanan mencakup triase pasien kritis, stabilisasi kondisi, intervensi lanjutan, pemantauan fungsi vital, serta perawatan lanjutan pasca kritis, dengan pendekatan interprofesional dan berbasis bukti klinis.

### 4. Alur Pelayanan

#### a. Triase dan Indikasi Masuk Ruang Intensif

Pasien dirujuk oleh DPJP/IGD berdasarkan kriteria klinis dan disetujui oleh dokter jaga ruang intensif.

#### b. Penerimaan Pasien

Dilakukan verifikasi identitas, pemeriksaan awal, dan pemasangan gelang identifikasi khusus.

#### c. Pengkajian Awal dan Rencana Asuhan

Perawat dan dokter menyusun rencana asuhan interdisipliner, termasuk target klinis harian.

#### d. Pelayanan Harian

- 1) Visit DPJP dan intensivis minimal 1 kali/hari.
- 2) Pemantauan vital sign minimal tiap 1 jam.
- 3) Terapi farmakologis dan nutrisi sesuai kebutuhan.

#### e. Evaluasi Harian dan Serah Terima Shift

- 1) Review parameter klinis dan terapi.
- 2) Serah terima shift menggunakan metode SBAR dan dicatat dalam EMR.

#### f. Kriteria Keluar Ruang Intensif

Pasien dapat dipindahkan dari ruang intensif ke ruang perawatan biasa apabila memenuhi kriteria klinis berikut:





- 1) Kondisi klinis stabil, tanpa fluktuasi signifikan dalam 24 jam terakhir.
- 2) Fungsi vital mandiri, tanpa ketergantungan alat bantu invasif utama (ventilator, vasopressor, CRRT).
- 3) Tidak memerlukan pemantauan ketat dengan interval <1 jam.
- 4) Tindak lanjut terapi dapat dilakukan di ruang perawatan reguler atau intermediate care.
- 5) Telah disepakati dalam evaluasi tim medis, termasuk DPJP dan intensivis.
- 6) Bila tidak memenuhi kriteria perbaikan, pasien dapat dialihkan ke perawatan paliatif sesuai kondisi klinis dan keputusan bersama tim serta keluarga.

Catatan: Kriteria dapat disesuaikan dengan kebijakan masing-masing rumah sakit, namun prinsip utamanya adalah keselamatan pasien dan efektivitas penggunaan ruang intensif.

## 5. Standar Operasional Pelayanan

### a. Standar Admission dan Discharge

- 1) Masuk ruang intensif berdasarkan kriteria medis dan kapasitas tempat tidur.
- 2) Exit strategy: kembali ke bangsal atau rujukan lanjutan sesuai kondisi.

### b. Monitoring Klinis

- 1) Vital signs: tiap jam.
- 2) Output cairan: tiap 3 jam.
- 3) Skoring kesadaran dan nyeri: 3 shift/hari.

### c. Manajemen Terapi

- 1) Obat inotropik: titrasi ketat.
- 2) Ventilator: pengaturan dan weaning sesuai protokol.
- 3) CRRT dan dialisis: indikasi sesuai tim nefrologi/intensif.

### d. Pencegahan Infeksi

- 1) Bundel pencegahan VAP, IADP, dan ISK.





- 2) Hand hygiene, dekontaminasi alat, dan penggunaan APD sesuai risiko.

e. Dokumentasi

- 1) Rekam medis terstandar dan lengkap.
- 2) Lembar observasi vital signs, terapi, dan intervensi harian.

6. Sumber Daya

a. Sumber Daya Manusia

1) Dokter spesialis intensivis

Jumlah dokter spesialis anestesi/intensivis disesuaikan dengan jumlah tempat tidur intensif dan tingkat keparahan pasien. Idealnya tersedia 1 orang intensivis untuk setiap 8–10 tempat tidur. Untuk unit dengan  $\geq 10$  tempat tidur, perlu tersedia minimal 2 dokter spesialis yang bertugas secara bergiliran (shift atau on-call 24 jam) untuk menjamin pengawasan dan pengambilan keputusan klinis secara cepat.

2) Dokter jaga 24 jam

Dokter jaga (dokter umum atau residen) wajib hadir 24 jam di ruang intensif, dengan pelatihan kegawatdaruratan (ACLS/FCCS) dan tetap berada di bawah supervisi dokter intensivis atau spesialis lainnya DPJP.

3) Perawat unit Intensif

Perawat yang bertugas di unit intensif harus memiliki pelatihan atau sertifikasi sesuai jenis layanan intensif, seperti ICU, NICU, PICU, atau HCU. Dalam setiap shift, minimal tersedia satu perawat senior sebagai team leader.

Rasio perawat terhadap pasien ditetapkan berdasarkan kebutuhan pemantauan dan dukungan alat medis:

- Rasio 1:1 untuk pasien yang menggunakan ventilasi mekanik.
- Rasio 1:2 untuk pasien non-ventilator.

Jenis sertifikasi perawat disesuaikan dengan karakteristik unit, dan tidak saling menggantikan antar jenis layanan (misalnya, sertifikat NICU tidak berlaku untuk layanan intensif dewasa).





b. Fasilitas

Standar fasilitas mengacu pada regulasi atau ketentuan yang berlaku. Secara garis besar, fasilitas yang ada di ruang perawatan intensif yaitu:

- 1) Bed ICU
- 2) Ventilator
- 3) Monitor multiparameter
- 4) Infus/syringe pump, suction, lampu tindakan
- 5) Defibrilator, bronkoskop,
- 6) Troli emergensi

c. Infrastruktur

- 1) Nurse station, pantry, ruang tunggu keluarga pasien
- 2) Sistem HVAC, UPS, dan sistem pemantauan 24 jam (CCTV)

7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

Untuk menjamin mutu dan keselamatan pasien, serta efektivitas operasional layanan rawat intensif, berikut ini adalah fokus-fokus utama yang harus dijalankan secara konsisten oleh seluruh tim medis, keperawatan, dan manajemen rumah sakit:

a. Identifikasi Pasien Akurat dan Konsisten

Kesalahan identifikasi pasien merupakan salah satu akar penyebab utama insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu, setiap pasien wajib dikenali menggunakan minimal dua identitas:

- 1) Nama lengkap (sesuai KTP atau identitas rumah sakit)
- 2) Tanggal lahir atau nomor rekam medis

Pasien juga harus mengenakan gelang identitas barcode yang dipasang oleh perawat dan divalidasi setiap akan dilakukan tindakan, pengambilan sampel, pemberian obat, maupun saat serah terima antarshift dan antarunit.

b. Hand Hygiene dan Pencegahan Infeksi Nosokomial

Infeksi terkait layanan kesehatan (HAIs), seperti VAP (Ventilator-Associated Pneumonia), ISK (Infeksi Saluran Kemih), dan IADP (Infeksi Alat Dalam Pambuluh), adalah risiko tinggi di ruang intensif. Upaya pencegahan harus dilakukan melalui:





- 1) Penerapan 5 Momen Cuci Tangan WHO oleh seluruh staf.
  - 2) Penyediaan hand sanitizer berbasis alkohol di setiap sisi bed dan pintu ruangan.
  - 3) Pendidikan berkala kepada staf tentang teknik cuci tangan, ganti sarung tangan, dan kebersihan lingkungan.
- c. Komunikasi Efektif antar Profesi (SBAR)
- Komunikasi antar anggota tim kesehatan sangat penting di ruang intensif. Oleh karena itu:
- 1) Digunakan pendekatan SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dalam setiap serah terima.
  - 2) Komunikasi verbal dan tertulis dilakukan saat pergantian shift, pemindahan pasien, atau perubahan kondisi pasien.
  - 3) Semua komunikasi kritis (hasil lab, imaging, instruksi mendadak) harus dikonfirmasi ulang (read back) dan didokumentasikan.
- d. Monitoring Ketat dan Dokumentasi Real-Time
- Pasien ruang intensif harus dipantau secara berkelanjutan. Hal ini mencakup:
- 1) Pemantauan hemodinamik (HR, BP, SpO<sub>2</sub>, RR) setiap jam atau sesuai kondisi.
  - 2) Pemantauan balance cairan, GCS, dan skor nyeri/agitasi.
  - 3) Seluruh hasil pemantauan dan tindakan harus dicatat dalam rekam medis elektronik (EMR) atau logbook tanpa penundaan, serta dilakukan validasi oleh DPJP.
- e. Titirasi Terapi dan Individualisasi Penanganan
- Terapi yang diberikan pada pasien ICU tidak boleh bersifat generik. Oleh karena itu, setiap pasien wajib mendapat:
- 1) Target klinis harian yang disepakati oleh DPJP dan tim perawat.
  - 2) Titirasi obat inotropik, vasopressor, analgesik, maupun terapi cairan berdasarkan respons pasien dan kondisi organ target.
  - 3) Evaluasi titirasi dilakukan setiap shift atau saat terjadi perubahan signifikan kondisi klinis.
- f. Evaluasi Harian dan Visit Multidisiplin
- Untuk memastikan perawatan terintegrasi dan adaptif, dilakukan:





- 1) Visit harian oleh DPJP dan intensivis.
  - 2) Diskusi tim multidisiplin minimal satu kali sehari untuk review kasus, termasuk farmasis klinis, nutrisisionis, dan perawat primer.
  - 3) Penetapan goal of care harian secara eksplisit dan didokumentasikan.
- g. Kepatuhan terhadap Protokol LASA dan Obat High Alert
- Obat-obatan di ruang intensif tergolong berisiko tinggi. Untuk itu:
- 1) Obat LASA (Look-Alike Sound-Alike) harus diberi label khusus dan ditempatkan terpisah.
  - 2) Dilakukan double-check oleh dua petugas (perawat dan apoteker) sebelum pemberian.
  - 3) Diberlakukan daftar high alert medication di ruang intensif dan pelatihan khusus bagi perawat terkait pemberiannya.
- h. Audit, Evaluasi, dan Peningkatan Mutu Berkala
- Evaluasi mutu dilakukan secara berkala dengan indikator-indikator kunci, seperti:
- 1) Tingkat infeksi VAP, ISK, dan IADP
  - 2) Lama rawat ICU dan ventilasi
  - 3) Mortalitas ICU
  - 4) Kepatuhan terhadap bundle dan protokol
- Audit dilakukan oleh Komite PMKP dan Tim Mutu Instalasi minimal 1 kali per bulan, dan hasilnya digunakan sebagai dasar intervensi mutu, edukasi staf, dan pembaruan SOP.

## **D. Tata Kelola Pelayanan Rawat Jalan Dan Poliklinik**

### **1. Latar Belakang**

Pelayanan rawat jalan merupakan salah satu pilar utama dalam sistem pelayanan kesehatan rumah sakit. Layanan ini menjadi titik pertama kontak pasien dengan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan dan memiliki peran strategis dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Efektivitas dan efisiensi pelayanan rawat jalan sangat menentukan kepuasan pasien, keberhasilan pengobatan, serta kesinambungan sistem rujukan antara fasilitas primer dan rumah sakit.





Seiring meningkatnya beban penyakit kronis dan tuntutan masyarakat terhadap layanan yang cepat, tepat, dan terjangkau, maka penguatan instalasi rawat jalan dan pelayanan poliklinik menjadi kebutuhan mendesak dalam menjamin akses pelayanan yang bermutu dan merata. Oleh karena itu, pengembangan pedoman pelayanan rawat jalan menjadi fondasi dalam menjamin tata laksana pelayanan yang selaras dengan kebijakan kesehatan nasional, serta mampu menjawab kebutuhan masyarakat secara adil dan berkesinambungan.

## 2. Tujuan Pedoman

### a. Tujuan Umum

Terwujudnya pelayanan rawat jalan dan poliklinik yang bermutu, terintegrasi, efisien, dan berorientasi pada keselamatan pasien, sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

### b. Tujuan Khusus

- 1) Menyediakan acuan yang jelas bagi tenaga kesehatan dalam menyelenggarakan pelayanan rawat jalan yang profesional, cepat, dan efisien.
- 2) Meningkatkan keselamatan dan kenyamanan pasien.
- 3) Meningkatkan kepuasan pasien dan keluarga.

## 3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan rawat jalan menyelenggarakan kegiatan evaluasi, diagnosis, terapi, dan tindak lanjut atas kondisi kesehatan pasien yang bersifat non-gawat darurat atau tidak memerlukan pemantauan intensif secara terus-menerus. Pelayanan ini melibatkan berbagai unit kerja dan disiplin ilmu kedokteran untuk menjamin aksesibilitas, kontinuitas, dan kualitas layanan bagi pasien. Ruang lingkup unit kerja yang terkait pelayanan rawat jalan disesuaikan dengan masing-masing rumah sakit.

Layanan ini mencakup:

- a. Pelayanan dokter umum dan spesialis
- b. Layanan eksekutif dan non-eksekutif
- c. Layanan vaksinasi, tindakan minor, dan konsultasi lanjutan





#### 4. Alur Pelayanan

a. Pendaftaran:

- 1) Dilakukan secara online maupun langsung di loket pendaftaran.
- 2) Poliklinik tertentu seperti poliklinik eksekutif menyediakan pendaftaran via WhatsApp, hotline, dan website rumah sakit.
- 3) Pasien vaksinasi dapat langsung mendaftar di tempat atau secara daring.

b. Asesmen Awal:

- 1) Perawat melakukan asesmen awal menggunakan sistem Electronic Health Record (EHR).
- 2) Asesmen mencakup tanda vital, keluhan utama, dan skrining kebutuhan khusus.

c. Pemeriksaan Dokter:

- 1) Dokter memeriksa pasien sesuai jadwal praktik yang berlaku.

d. Tindakan Medis (jika diperlukan):

- 1) Prosedur dilakukan di ruang tindakan dengan informed consent yang lengkap.
- 2) Termasuk tindakan injeksi, EKG, nebulisasi, pemasangan infus, dan lainnya.

e. Konsultasi Hasil dan Edukasi:

- 1) Dokter memberikan penjelasan hasil pemeriksaan atau penunjang.
- 2) Edukasi dilakukan terkait pengobatan, prognosis, dan rencana tindak lanjut.

f. Pengambilan Obat:

- 1) Pasien BPJS langsung menuju apotek.
- 2) Pasien umum membayar di kasir lalu ke apotek untuk pengambilan.

g. Tindak Lanjut:

Pasien menyelesaikan kunjungan, dirujuk ke rumah sakit lain, atau dijadwalkan rawat inap jika diperlukan.

#### 5. Standar Operasional Pelayanan





- a. Pendaftaran:
  - 1) Seluruh pasien wajib menunjukkan identitas dan surat rujukan bila menggunakan jaminan.
  - 2) Data dikonfirmasi petugas dan dimasukkan ke sistem informasi rumah sakit (SIMRS).
- b. Asesmen Awal:
  - 1) Dilakukan maksimal 10 menit setelah pendaftaran.
  - 2) Meliputi anamnesis singkat, pemeriksaan tanda vital, dan pengukuran berat badan/tinggi badan jika relevan.
- c. Pemeriksaan dan Tindakan Dokter:
  - 1) Dokter melakukan pencatatan CPPT secara real time.
  - 2) Penegakan diagnosis dan rencana terapi dilakukan pada kunjungan pertama.
- d. Tindakan dan Prosedur:
  - 1) Harus didahului informed consent tertulis untuk tindakan berisiko sedang hingga tinggi.
  - 2) Perawat bertanggung jawab terhadap ketersediaan alat dan kenyamanan pasien.
- e. Resep dan Obat:
  - 1) Resep digital dikirim otomatis ke apotek melalui EHR/SIMRS.
  - 2) Apotek memberikan waktu estimasi tunggu kepada pasien.
- f. Dokumentasi dan Follow-up:
  - 1) Semua pelayanan dicatat lengkap dalam rekam medis.
  - 2) Pasien dijadwalkan kontrol ulang, dikonsulkan ke spesialis lain, atau dirujuk bila diperlukan.
- g. Koordinasi Lintas Unit:
  - 1) Pelayanan penunjang (lab, radiologi) dilakukan sesuai permintaan dokter.
  - 2) Hasil pemeriksaan tersedia secara elektronik dan dapat diakses oleh dokter yang merawat.

## 6. Sumber Daya

- a. Sarana dan Prasarana





Instalasi Rawat Jalan harus memiliki:

- 1) Ruang tunggu pasien dan pengantar dengan ventilasi dan pencahayaan memadai.
- 2) Loker administrasi, informasi, dan kasir.
- 3) Ruang pemeriksaan dokter umum dan spesialis.
- 4) Ruang tindakan dengan peralatan steril dan meja tindakan minor.
- 5) Instalasi Farmasi terintegrasi dengan sistem rekam medis.
- 6) Ruang konsultasi gizi, fisioterapi, dan psikologi bila tersedia.
- 7) Ruang menyusui (laktasi) dan toilet pasien/keluarga.
- 8) Ruang rekam medis dan penyimpanan alat kesehatan.

b. Kompetensi Pelaksana

Pelayanan rawat jalan dilaksanakan oleh tim multidisiplin dengan kualifikasi:

- 1) Dokter Umum dan Spesialis: Memiliki STR aktif dan terdaftar di rumah sakit.
- 2) Perawat dan Bidan: Minimal lulusan D3 Keperawatan, memiliki pelatihan triase dan komunikasi efektif.
- 3) Apoteker dan Tenaga Vokasi Farmasi : Terlatih dalam dispensing, edukasi obat, dan manajemen logistik farmasi.
- 4) Nutrisi dan Fisioterapis: Bila tersedia, memberikan intervensi pendukung sesuai kondisi pasien.
- 5) Tenaga Administrasi: Terampil dalam penggunaan sistem SIMRS dan berorientasi pada pelayanan pasien.
- 6) Case Manager (jika ada): Memastikan kesinambungan perawatan dan rujukan tepat waktu.

c. Logistik

- 1) Pengadaan BMHP dan Alkes:
  - a) Dilakukan rutin berdasarkan kebutuhan per poli.
  - b) Menggunakan sistem permintaan barang terintegrasi dengan SIMRS.
- 2) Penerimaan dan Penyimpanan:
  - a) Barang yang diterima diperiksa fisik dan tanggal kedaluwarsa.
  - b) Disimpan di lemari/kabinet dengan sistem FIFO.





- 3) Penggunaan:
  - a) Dicatat setiap shift dalam logbook atau sistem digital.
  - b) Penggunaan alat medis sesuai prosedur untuk menjamin efisiensi dan keamanan.
- 4) Permintaan dan Penggunaan Barang Non-Medis:
  - a) Seperti tisu, cairan pembersih, alat tulis, dikendalikan oleh petugas ruangan.
  - b) Evaluasi rutin dilakukan setiap bulan untuk mencegah pemborosan.

## 7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

- 1) Waktu Tunggu Pendek dan Terukur:

Upaya percepatan pelayanan dimulai dari proses pendaftaran hingga pengambilan obat. Time target untuk waktu tunggu maksimal pemeriksaan adalah 60 menit sejak pasien tiba.
- 2) Asesmen Awal Terstandar:

Setiap pasien wajib melalui asesmen awal yang dilakukan oleh perawat dengan format dan alat bantu yang telah ditetapkan agar data awal pasien terdokumentasi dengan lengkap dan dapat ditindaklanjuti oleh dokter.
- 3) Dokumentasi CPPT Berkualitas:

Pencatatan CPPT oleh dokter harus mencerminkan kondisi dan penatalaksanaan aktual, tidak dilakukan copy-paste. Evaluasi CPPT dilakukan berkala oleh Tim Peningkatan Mutu.
- 4) Koordinasi Lintas Unit Responsif:

Layanan farmasi, laboratorium, dan radiologi wajib memiliki time response yang jelas untuk mendukung efisiensi alur rawat jalan. Penundaan di salah satu unit akan berdampak pada keseluruhan pelayanan.
- 5) Edukasi Pasien yang Konsisten:

Edukasi terhadap diagnosis, rencana terapi, dan pemakaian obat harus disampaikan langsung oleh dokter dan diperkuat kembali oleh perawat atau apoteker saat pasien akan pulang.





6) Discharge Instruction Tertulis:

Pasien harus menerima surat kontrol dan instruksi pulang yang menjelaskan gejala peringatan, obat yang diberikan, waktu kontrol ulang, serta informasi kontak darurat rumah sakit.

7) Pelayanan Poliklinik Eksekutif Unggul:

Layanan eksekutif wajib mengutamakan kenyamanan ruang, efisiensi alur, dan pelayanan personalisasi. Disediakan waktu konsultasi lebih fleksibel serta jalur komunikasi lebih cepat antarunit.

8) Monitoring Kepuasan Pasien:

Survei kepuasan dilakukan secara digital dan manual pada poliklinik rawat jalan untuk mendeteksi hambatan pelayanan secara real time dan sebagai dasar perbaikan mutu.

## **E. Tata Kelola Pelayanan Kamar Operasi**

### **1. Latar Belakang**

Kamar operasi merupakan unit vital dalam pelayanan rumah sakit yang berperan langsung dalam pelaksanaan tindakan pembedahan, baik dalam kondisi elektif maupun gawat darurat. Kualitas pelayanan di kamar operasi mencerminkan standar mutu rumah sakit secara keseluruhan, karena proses bedah melibatkan teknologi tinggi, prosedur kompleks, serta koordinasi antarprofesi yang sangat erat.

Dalam pelaksanaannya, kamar operasi tidak hanya menjadi tempat berlangsungnya tindakan pembedahan, tetapi juga merupakan lingkungan kerja yang menuntut standar keamanan tinggi, ketepatan waktu, dan pengendalian infeksi yang ketat. Oleh karena itu, dibutuhkan pedoman operasional yang menyeluruh dan terstandarisasi agar seluruh proses berjalan efisien, aman, dan selaras dengan prinsip keselamatan pasien.

Seiring berkembangnya ilmu kedokteran dan tuntutan masyarakat terhadap layanan yang cepat, bermutu, dan berorientasi pada pasien, maka pelayanan kamar operasi perlu didukung oleh sistem kerja terintegrasi, SDM kompeten, serta sarana dan prasarana yang memadai. Penyusunan





pedoman ini bertujuan sebagai acuan dalam pelaksanaan tindakan bedah secara profesional, konsisten, dan berkelanjutan.

## 2. Tujuan Pedoman

### a. Tujuan Umum

Pedoman ini bertujuan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan kamar operasi yang aman, efektif, efisien, dan profesional, serta mendukung upaya peningkatan mutu layanan dan keselamatan pasien di seluruh tahapan tindakan pembedahan.

### b. Tujuan Khusus

- 1) Menyediakan panduan operasional yang terstandarisasi bagi seluruh petugas kamar operasi.
- 2) Memastikan pelaksanaan tindakan bedah sesuai prosedur dan prinsip keselamatan pasien.
- 3) Menjamin koordinasi dan komunikasi efektif antarprofesi dalam setiap tahapan pembedahan.
- 4) Meningkatkan efisiensi alur kerja dan penggunaan sumber daya kamar operasi.
- 5) Mendorong budaya dokumentasi dan pelaporan insiden untuk perbaikan berkelanjutan.

## 3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan kamar operasi mencakup seluruh tindakan pembedahan yang dilakukan di ruang operasi, baik tindakan elektif maupun emergensi, serta seluruh aspek pendukungnya mulai dari persiapan pra-bedah, pelaksanaan, hingga pemantauan pasca-bedah. Ruang lingkup pelayanan ini mencakup:

### a. Jenis tindakan operasi:

- 1) Bedah umum
- 2) Bedah ortopedi
- 3) Bedah saraf
- 4) Bedah anak
- 5) Bedah mata, THT, urologi, digestif, dan lainnya





- 6) Bedah kebidanan dan kandungan
- b. Tingkat kompleksitas operasi:
  - 1) Operasi mayor
  - 2) Operasi minor
  - 3) Prosedur dengan anestesi umum, regional, lokal, atau sedasi
- c. Tingkat urgensi:
  - 1) Operasi elektif
  - 2) Operasi emergensi (cito)
- d. Pendukung operasional:
  - 1) Persiapan instrumen dan sterilitas
  - 2) Dokumentasi tindakan
  - 3) Serah terima pasien
  - 4) Pemulihan pasca-operasi

#### 4. Alur Pelayanan

Alur pelayanan kamar operasi secara umum terdiri dari tahap-tahap berikut:

- a. Perencanaan Operasi
  - 1) DPJP mengusulkan tindakan bedah melalui sistem atau form permintaan.
  - 2) Usulan tata laksana pada pasien dengan kasus kompleks dibahas dan diputuskan melalui konferensi medis multidisiplin.
  - 3) Pemeriksaan penunjang dan persiapan pra-bedah dilakukan termasuk evaluasi anestesi.
  - 4) Pasien dan keluarga diberikan edukasi serta diminta mengisi informed consent.
- b. Penjadwalan dan Konfirmasi Jadwal
  - 1) Jadwal disusun oleh petugas administrasi kamar operasi berdasarkan urgensi, ketersediaan ruang, dan kesiapan tim.
  - 2) Jadwal diinformasikan kepada unit pengirim (rawat inap/IGD).
- c. Persiapan Pra-Operatif
  - 1) Dilakukan oleh perawat kamar operasi dan tim anestesi.





- 2) Meliputi verifikasi identitas pasien, pemeriksaan status puasa, pemasangan gelang identitas, dan konfirmasi lokasi operasi (site marking jika diperlukan).
- d. Transportasi dan Serah Terima Pasien
  - 1) Pasien dikirim oleh perawat pengantar dan diterima oleh perawat kamar operasi.
  - 2) Serah terima dilakukan menggunakan prinsip SBAR dan formulir lengkap.
- e. Pelaksanaan Operasi
  - 1) Tindakan dilakukan oleh tim bedah dan anestesi sesuai SOP.
  - 2) Dilakukan “Time Out” sebelum tindakan untuk verifikasi identitas, lokasi, dan prosedur.
- f. Pasca-Operasi
  - 1) Pasien dipindahkan ke ruang pemulihan (Recovery Room) untuk observasi.
  - 2) Setelah stabil, pasien dikembalikan ke ruang perawatan dengan dokumentasi lengkap.
- g. Evaluasi dan Dokumentasi
  - 1) Semua tindakan dicatat oleh dokter dan perawat.
  - 2) Evaluasi dilakukan untuk hasil operasi, kondisi pasien, dan laporan insiden jika ada.

## 5. Standar Operasional Pelayanan

- a. Persiapan Pra-Operasi
  - 1) Check list kesiapan pasien, alat, obat, dan tenaga harus diisi lengkap.
  - 2) Periksa kelengkapan informed consent, status laboratorium, dan radiologi.
- b. Penerimaan Pasien
  - 1) Verifikasi identitas, jenis tindakan, dan status puasa minimal 6 jam.
  - 2) Pasien dipastikan menggunakan pakaian operasi dan tidak mengenakan barang logam.





- c. Penerapan Prinsip Asepsis
  - 1) Petugas menggunakan APD lengkap.
  - 2) Area tindakan disterilkan sesuai standar.
  - 3) Alat disiapkan oleh perawat instrumen sesuai jenis operasi.
- d. Selama Operasi
  - 1) Time out dilaksanakan secara verbal oleh tim.
  - 2) Komunikasi antar anggota tim harus efektif.
  - 3) Perawat dokumentasikan seluruh tindakan secara real time.
- e. Pasca-Operasi
  - 1) Pasien dimonitor di ruang pemulihan (PACU).
  - 2) Parameter vital dicatat setiap 5–15 menit selama 1 jam pertama. Serah terima ke ruang perawatan dilakukan bila pasien stabil.
- f. Pelaporan dan Evaluasi

Semua komplikasi, kejadian tidak diharapkan, atau kesalahan prosedur harus dilaporkan ke tim PMKP dan dikaji lebih lanjut.

## 6. Sumber Daya

- a. Sumber Daya Manusia
  - 1) Dokter Spesialis Bedah: Sesuai jenis tindakan (ortopedi, bedah umum, saraf, dll).
  - 2) Dokter Anestesi: Bertanggung jawab untuk seluruh fase anestesi.
  - 3) Perawat Kamar Operasi: Menjalankan peran sebagai scrub nurse dan circulating nurse.
  - 4) Perawat Recovery Room: Memantau pasien pasca operasi dan anestesi.
  - 5) Teknisi Elektromedis: Memastikan alat berfungsi baik.
  - 6) Petugas Sterilisasi dan Logistik: Menjamin suplai alat dan bahan medis steril.
  - 7) Petugas Administrasi: Mengelola jadwal dan dokumentasi tindakan.
- b. Sarana dan Prasarana
  - 1) Ruang Operasi: Ventilasi HEPA, tekanan positif, pencahayaan optimal.





- 2) Ruang Ganti dan Sterilisasi: Dipisahkan antara area bersih dan kotor.
- 3) Ruang Pemulihan Pasca Anestesi: Dilengkapi alat monitoring dan oksigenasi.
- 4) Peralatan Operasi: Meja bedah, lampu operasi, alat steril, dan suction.
- 5) Peralatan Anestesi: Mesin anestesi, alat intubasi, ventilator, infus pump.

## 7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

### a. Penerapan Time Out dan Site Marking

Keselamatan pasien dalam tindakan pembedahan dijamin melalui penerapan sistematis dua prosedur penting: penandaan sisi operasi (site marking) dan Surgical Safety Checklist (SSC). Keduanya merupakan bagian tak terpisahkan dari sistem pencegahan kesalahan medis dalam tindakan bedah.

#### 1) Site Marking oleh DPJP

Site marking dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebelum pemberian anestesi, terutama untuk tindakan yang melibatkan sisi tubuh tertentu (misalnya ekstremitas, mata, payudara, atau organ yang memiliki sisi kiri dan kanan seperti ginjal atau paru-paru). Tujuannya adalah untuk memastikan kesesuaian antara rencana tindakan dan eksekusi operatif di lapangan. Proses ini harus memenuhi ketentuan sebagai berikut:

- Dilakukan secara langsung oleh DPJP, bukan didelegasikan.
- Menggunakan spidol steril permanen yang jelas terlihat.
- Dilakukan di area kulit pasien, bukan di atas perban, plester, atau penutup lainnya.
- Harus tetap terlihat hingga tindakan pembedahan dilakukan.
- Jika memungkinkan, dilakukan saat pasien dalam kondisi sadar agar dapat melakukan konfirmasi aktif.
- Harus didokumentasikan dalam rekam medis, termasuk waktu pelaksanaan dan paraf dokter.





Site marking tidak diperlukan pada tindakan yang tidak melibatkan lateralisasi, seperti pembedahan di garis tengah perut (laparotomi midline), namun proses verifikasi tetap wajib dilakukan dalam time out.

## 2) Surgical Safety Checklist

Surgical Safety Checklist (SSC) adalah instrumen keselamatan pasien yang wajib diterapkan dalam setiap tindakan pembedahan untuk mengurangi risiko kejadian yang tidak diharapkan selama prosedur bedah. Checklist ini mengacu pada standar WHO dan dikembangkan sesuai kebutuhan masing-masing rumah sakit. Penerapan SSC dibagi menjadi tiga fase utama yang dilakukan oleh seluruh tim bedah:

### 1. Sebelum Induksi Anestesi ("Sign In")

Dilakukan oleh tim anestesi dan perawat sebelum pasien dibius, dengan memverifikasi:

- Identitas pasien
- Diagnosis dan jenis operasi
- Lokasi dan sisi operasi
- Informed consent telah ditandatangani
- Ketersediaan darah (jika diperlukan)
- Alergi, risiko aspirasi, dan peralatan khusus
- Fungsi mesin anestesi dan alat monitoring

### 2. Sebelum Sayatan Kulit ("Time Out")

Dilakukan oleh seluruh tim bedah secara aktif (dokter bedah, anestesi, perawat instrumen, perawat sirkuler), mencakup:

- Konfirmasi ulang identitas pasien, prosedur, dan lokasi tindakan
- Penandaan sisi tubuh telah dilakukan dan terlihat jelas
- Antisipasi risiko khusus (perdarahan masif, infeksi, lama tindakan)
- Persiapan alat khusus dan kebutuhan tambahan





- Kesepakatan di antara tim bahwa siap untuk memulai operasi

### 3. Sebelum Pasien Keluar dari Kamar Operasi ("Sign Out")

Dilakukan oleh perawat sirkuler dan dikonfirmasi oleh dokter bedah serta dokter anestesi:

- Verifikasi kembali prosedur yang telah dilakukan
- Jumlah kasa, instrumen, dan jarum sudah lengkap
- Label spesimen sudah benar dan dikirim
- Instruksi pasca bedah disampaikan dan terdokumentasi
- Peralatan anestesi dilepas dengan aman dan pasien dalam kondisi stabil untuk dipindahkan ke Recovery Room

Penerapan SSC harus dilakukan secara verbal dan terdokumentasi dalam formulir atau sistem elektronik. Pelaksanaan checklist ini harus menjadi budaya keselamatan yang tertanam dalam seluruh anggota tim bedah.

#### b. Koordinasi Tim Multidisiplin

Pelayanan bedah melibatkan kolaborasi erat antarprofesi. Tim yang terlibat meliputi:

- 1) DPJP atau dokter bedah
- 2) Dokter anestesi
- 3) Perawat kamar operasi (scrub nurse dan circulating nurse)
- 4) Petugas sterilisasi/logistik
- 5) Teknisi elektromedis

Setiap anggota tim memiliki tanggung jawab dan peran yang spesifik, namun keberhasilan prosedur sangat bergantung pada komunikasi yang jelas, terbuka, dan terstruktur. Pendekatan komunikasi yang disarankan adalah model SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).

#### c. Kesiapan Alat dan Obat Sebelum Tindakan

Ceklist pre-operasi merupakan prosedur wajib yang dilakukan oleh perawat sirkuler dan instrumen untuk memastikan:

- 1) Alat dan instrumen pembedahan sesuai jenis tindakan
- 2) Obat anestesi dan emergency kit tersedia lengkap





- 3) Mesin anestesi, suction, dan monitor pasien telah berfungsi
- 4) Formulir dan dokumen pasien (informed consent, hasil lab, radiologi) telah lengkap

Ceklist dilakukan paling lambat 30 menit sebelum jadwal operasi, dan hasilnya harus terdokumentasi serta dikonfirmasi oleh seluruh tim.

d. Manajemen Waktu Operasi

Ketepatan waktu dalam pelaksanaan operasi sangat penting untuk efisiensi operasional dan kenyamanan pasien. Kamar operasi perlu menetapkan time target untuk:

- 1) Waktu mulai operasi (paling lambat 15 menit dari jadwal)
- 2) Lama penggunaan ruang operasi
- 3) Waktu pemulihan pasca operasi

Jika terjadi keterlambatan, penyebabnya harus dicatat dan dianalisis untuk evaluasi. Penyusunan jadwal operasi juga harus memperhatikan estimasi durasi tindakan serta kesiapan SDM dan alat.

e. Monitoring Ketat di Recovery Room

Pasien pasca operasi harus ditempatkan di Recovery Room/PACU (Post-Anesthesia Care Unit) untuk observasi hingga kondisinya stabil. Pemantauan dilakukan oleh perawat dan dokter anestesi terhadap:

- 1) Kesadaran (menggunakan skala seperti Aldrete Score)
- 2) Tanda vital (nadi, tekanan darah, respirasi, suhu)
- 3) Nyeri dan efek anestesi
- 4) Luka operasi dan perdarahan

Pasien baru dapat dipindahkan ke ruang perawatan setelah memenuhi kriteria stabil seperti:

- 1)  $SpO_2 \geq 95\%$
- 2) Kesadaran pulih penuh
- 3) Tidak ada perdarahan aktif atau nyeri tak terkontrol

f. Sterilisasi dan Pengendalian Infeksi

Sterilisasi alat dan lingkungan kamar operasi dilakukan secara menyeluruh dan rutin sesuai SOP. Beberapa tindakan pencegahan infeksi meliputi:





- 1) Penggunaan alat sekali pakai sesuai indikasi
  - 2) Validasi alat steril sebelum digunakan
  - 3) Penggunaan APD sesuai zona steril
  - 4) Desinfeksi ruangan dan permukaan sebelum dan sesudah operasi  
Alur masuk dan keluar petugas, alat, dan pasien juga diatur ketat agar tidak terjadi kontaminasi silang.
- g. Dokumentasi Lengkap dan Real Time
- Setiap tindakan di kamar operasi harus tercatat dalam:
- 1) Formulir tindakan bedah
  - 2) Lembar anestesi
  - 3) Laporan keperawatan kamar operasi
  - 4) Formulir serah terima pasien
- Pencatatan dilakukan selama dan segera setelah tindakan oleh dokter dan perawat sesuai perannya. Dokumen tersebut menjadi bagian dari rekam medis elektronik (EMR) atau manual, dan harus dapat diakses untuk audit mutu dan pelaporan.
- h. Evaluasi Rutin dan Audit Internal
- Kepala kamar operasi bersama Komite Mutu atau PMKP melaksanakan:
- 1) Audit kasus operasi secara berkala
  - 2) Analisis data keterlambatan operasi, ILO, dan kejadian tidak diharapkan
  - 3) Pertemuan tim (Morbidity and Mortality Conference) untuk kasus khusus
  - 4) Kajian SPO dan checklist bila ditemukan ketidaksesuaian
- Evaluasi ini dilaporkan ke direktur pelayanan medik untuk ditindaklanjuti.

## **F. Tata Kelola Pelayanan Rawat Sehari**

### **1. Latar Belakang**

Pelayanan rawat sehari (One Day Care) adalah inovasi layanan rumah sakit yang memungkinkan pasien menjalani tindakan diagnostik, terapeutik, atau bedah minor tanpa perlu rawat inap, dengan waktu





pelayanan kurang dari 24 jam. Model ini memberikan alternatif perawatan yang cepat, aman, efektif, dan hemat biaya bagi pasien yang memenuhi kriteria medis tertentu.

Penerapan sistem rawat sehari bertujuan untuk meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya rumah sakit, mempercepat alur pelayanan, mengurangi beban ruang rawat inap, serta meningkatkan kapasitas layanan rumah sakit dalam menghadapi jumlah pasien yang terus bertambah. Selain itu, rawat sehari berkontribusi dalam mempercepat proses pemulihan pasien melalui perawatan di lingkungan rumah yang lebih nyaman dan familiar, tanpa mengurangi standar mutu dan keselamatan pasien.

Dalam era pelayanan kesehatan modern yang menuntut efektivitas, personalisasi, dan optimalisasi biaya, model rawat sehari menjadi salah satu strategi penting untuk meningkatkan daya saing rumah sakit, memenuhi harapan masyarakat akan pelayanan yang lebih fleksibel, serta mendukung upaya nasional dalam pengelolaan sistem kesehatan berbasis efisiensi.

Untuk menjamin keberhasilan implementasinya, pelayanan rawat sehari memerlukan standar operasional yang jelas, koordinasi tim medis dan keperawatan yang kuat, pemilihan pasien yang tepat berdasarkan kriteria klinis, serta sistem monitoring pasca tindakan yang ketat. Pelayanan ini juga harus didukung oleh sarana-prasarana yang memadai dan pengelolaan logistik yang efektif, guna memastikan bahwa pasien menerima asuhan yang aman, bermutu tinggi, dan berorientasi pada keselamatan.

Dengan tetap mempertahankan standar kualitas setara layanan rawat inap, penerapan rawat sehari menjadi bagian integral dari transformasi pelayanan kesehatan yang adaptif terhadap kebutuhan zaman, sekaligus memberikan manfaat maksimal baik bagi pasien, rumah sakit, maupun sistem kesehatan secara keseluruhan.

## 2. Tujuan Pedoman

### a. Tujuan Umum





Mewujudkan pelayanan rawat sehari di rumah sakit yang aman, bermutu, efektif, dan efisien, dengan tetap mengutamakan keselamatan dan kenyamanan pasien.

b. Tujuan Khusus

- 1) Menyediakan standar operasional pelayanan rawat sehari yang dapat diterapkan secara konsisten oleh seluruh tenaga kesehatan.
- 2) Meningkatkan efisiensi penggunaan ruang, tenaga medis, alat kesehatan, dan sumber daya rumah sakit.
- 3) Memfasilitasi tindakan medis singkat dengan observasi pasca tindakan dalam lingkungan yang terkontrol.
- 4) Meningkatkan kepuasan pasien melalui pelayanan yang cepat, ramah, dan berbasis patient-centered care.

3. Ruang Lingkup Pelayanan

Pedoman ini mengatur seluruh kegiatan pelayanan rawat sehari (One Day Care) di rumah sakit yang mencakup proses sejak pasien diterima, menjalani tindakan medis, hingga dinyatakan layak untuk pulang pada hari yang sama. Ruang lingkup ini disusun untuk memastikan bahwa seluruh tahapan pelayanan dilaksanakan secara aman, terstruktur, berorientasi pada keselamatan pasien, dan sesuai dengan standar mutu rumah sakit.

Ruang lingkup pelayanan rawat sehari mencakup:

a. Pelayanan Pra-Tindakan

Pelayanan pra-tindakan merupakan tahap awal yang memastikan kesiapan pasien secara medis dan administratif sebelum tindakan dilakukan. Kegiatan yang termasuk dalam pelayanan pra-tindakan meliputi:

- 1) Asesmen Medis: Pemeriksaan menyeluruh terhadap kondisi pasien, termasuk riwayat penyakit, status kesehatan umum, serta penilaian terhadap faktor risiko yang dapat mempengaruhi pelaksanaan tindakan.
- 2) Asesmen Pra-Anestesi: Dilakukan bagi pasien yang memerlukan anestesi lokal, regional, atau sedasi, untuk memastikan kelayakan menjalani prosedur dengan risiko minimal.





- 3) Edukasi Pasien dan Keluarga: Memberikan informasi yang jelas, ringkas, dan akurat mengenai jenis tindakan yang akan dilakukan, risiko, manfaat, alternatif tindakan, serta proses pasca tindakan.
- 4) Persetujuan Tindakan (Informed Consent): Pasien atau keluarganya wajib memberikan persetujuan tertulis setelah menerima penjelasan yang memadai dari dokter terkait tindakan yang akan dilakukan.

b. Tindakan Medis

- 1) Tindakan medis dalam rawat sehari meliputi prosedur diagnostik, terapeutik, atau pembedahan ringan hingga sedang yang direncanakan dapat diselesaikan dalam waktu kurang dari 24 jam. Jenis tindakan medis yang termasuk dalam pelayanan ini antara lain:
- 2) Bedah Minor: Seperti eksisi benjolan kecil, biopsi kulit, atau tindakan pembedahan sederhana lainnya yang tidak memerlukan rawat inap.
- 3) Endoskopi: Prosedur seperti gastroskopi, kolonoskopi, atau bronkoskopi diagnostik dan terapeutik.
- 4) Biopsi: Pengambilan sampel jaringan dari berbagai organ atau lokasi tubuh untuk tujuan diagnostik.
- 5) Transfusi Darah atau Produk Darah: Bagi pasien dengan anemia atau kondisi lain yang membutuhkan transfusi sederhana tanpa komplikasi.
- 6) Kemoterapi: Pemberian obat kemoterapi dosis tertentu yang sudah terstandar untuk pasien kanker dalam fase rawat jalan.
- 7) Terapi Infus: Termasuk infus cairan, antibiotik intravena, obat imunoterapi, atau terapi hidrasi intensif.

c. Observasi Pasca Tindakan

Setelah prosedur dilakukan, pasien wajib menjalani periode observasi di ruang pemulihan (recovery room) atau ruang observasi khusus untuk:





- 1) Monitoring Tanda Vital: Memantau denyut nadi, tekanan darah, laju pernapasan, saturasi oksigen, suhu tubuh, dan kesadaran pasien.
  - 2) Deteksi Dini Komplikasi: Mengidentifikasi potensi efek samping tindakan atau anestesi seperti perdarahan, reaksi alergi, nyeri hebat, atau gangguan jalan napas.
  - 3) Evaluasi Kesiapan Pulang: Pasien hanya diperbolehkan pulang setelah memenuhi kriteria stabilitas medis, kesadaran penuh, dan mampu melakukan aktivitas dasar secara mandiri.
- d. Edukasi Pasien dan Perencanaan Pemulangan
- Sebelum pasien dipulangkan, dilakukan:
- 1) Edukasi Pasca Tindakan: Memberikan instruksi tertulis dan lisan mengenai perawatan luka, penggunaan obat-obatan di rumah, tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai, dan kapan harus segera kembali ke rumah sakit.
  - 2) Perencanaan Tindak Lanjut: Menyusun jadwal kontrol berikutnya dan, bila diperlukan, merujuk pasien untuk layanan lanjutan seperti fisioterapi atau rehabilitasi.
  - 3) Pemberian Kontak Darurat: Pasien diberikan informasi nomor layanan darurat rumah sakit yang dapat dihubungi apabila terjadi kondisi kegawatdaruratan di rumah.
- e. Dokumentasi, Pelaporan, dan Tindak Lanjut
- Semua kegiatan pelayanan rawat sehari harus terdokumentasikan secara lengkap, meliputi:
- 1) Rekam Medis: Pencatatan asesmen awal, hasil tindakan, pengobatan yang diberikan, kondisi pasca tindakan, dan hasil evaluasi kesiapan pulang.
  - 2) Pelaporan Insiden: Jika terjadi insiden keselamatan pasien (baik adverse event maupun near miss), laporan harus dibuat sesuai sistem pelaporan internal rumah sakit.
  - 3) Tindak Lanjut dan Evaluasi: Hasil pelayanan pasien rawat sehari dievaluasi dalam sistem mutu rumah sakit, untuk menilai





efektivitas, tingkat kepuasan pasien, dan peluang perbaikan layanan.

#### 4. Alur Pelayanan

Alur pelayanan rawat sehari (One Day Care) dirancang untuk menjamin bahwa seluruh proses berjalan secara terstruktur, aman, cepat, dan efisien, dengan tetap mengutamakan keselamatan serta kepuasan pasien. Alur ini mengatur tahapan sejak pendaftaran hingga pemulangan pasien, dengan keterlibatan aktif semua unsur tim pelayanan.

##### a. Pendaftaran Pasien

Pendaftaran adalah tahap awal yang menjadi dasar kelancaran proses pelayanan selanjutnya. Kegiatan dalam tahap ini meliputi:

- 1) Verifikasi Identitas: Pemeriksaan data identitas pasien secara akurat menggunakan minimal dua data pengenalan (misal: nama lengkap dan tanggal lahir) untuk menghindari kesalahan identitas.
- 2) Konfirmasi Jenis Layanan: Memastikan jenis prosedur/tindakan yang akan dilakukan sesuai rencana medis, apakah tindakan bedah minor, endoskopi, transfusi, kemoterapi, atau terapi infus.
- 3) Pemeriksaan Dokumen Pendukung: Meliputi surat rujukan (jika ada), hasil pemeriksaan laboratorium atau radiologi sebelumnya, serta asesmen anestesi bila diperlukan.
- 4) Penjadwalan dan Persiapan Unit: Menyesuaikan jadwal pasien dengan ketersediaan ruang tindakan, tim medis, alat, dan fasilitas yang diperlukan.
- 5) Edukasi Awal: Memberikan penjelasan ringkas kepada pasien mengenai proses pelayanan, estimasi waktu, dan alur pelayanan yang akan dijalani.

##### b. Asesmen Awal

Asesmen awal dilakukan untuk memastikan bahwa pasien layak menjalani rawat sehari dan untuk meminimalkan risiko komplikasi selama atau setelah tindakan.

- 1) Anamnesis: Penggalan riwayat penyakit, riwayat alergi, obat yang sedang dikonsumsi, dan riwayat tindakan medis sebelumnya.



- 2) Pemeriksaan Fisik: Evaluasi tanda vital, kondisi umum pasien, dan pemeriksaan khusus sesuai kebutuhan tindakan.
- 3) Pemeriksaan Penunjang (bila perlu): Tes laboratorium, EKG, foto rontgen, atau pemeriksaan lainnya untuk mendukung diagnosis atau asesmen risiko.
- 4) Penilaian Kelayakan Rawat Sehari: Dokter menentukan apakah pasien memenuhi kriteria rawat sehari atau memerlukan perawatan inap.
- 5) Penilaian Risiko Anestesi: Untuk pasien yang akan menjalani sedasi atau anestesi lokal/umum ringan, asesmen risiko anestesi wajib dilakukan oleh dokter atau anesthesiologis.

c. Pelaksanaan Tindakan

Setelah asesmen selesai dan pasien dinyatakan layak:

- 1) Persiapan Tindakan: Termasuk pemberian premedikasi bila diperlukan (misal, antiemetik, analgesik).
- 2) Informed Consent: Dilakukan sebelum tindakan dengan penjelasan rinci mengenai:
  - a) Jenis tindakan
  - b) Tujuan dan manfaat
  - c) Risiko dan komplikasi potensial
  - d) Alternatif pilihan pengobatan
- 3) Pelaksanaan Tindakan Medis: Prosedur dilakukan sesuai dengan diagnosis dan indikasi medis yang ditetapkan, oleh dokter spesialis atau dokter umum berkompeten dengan pendampingan perawat serta tim penunjang klinis.
- 4) Manajemen Intra-Prosedur: Monitoring kondisi vital pasien selama tindakan, dokumentasi jalannya tindakan, dan pemberian tindakan suportif bila diperlukan.

d. Observasi Pasca Tindakan

Observasi dilakukan untuk memantau kondisi pasien setelah prosedur untuk mendeteksi dini kemungkinan komplikasi.

- 1) Pemindahan ke Ruang Observasi: Pasien dipindahkan ke recovery room atau area observasi khusus yang nyaman dan terkontrol.



- 
- 2) Monitoring Intensif: Dilakukan monitoring tanda vital secara berkala (tekanan darah, denyut jantung, pernapasan, saturasi oksigen, suhu tubuh).
  - 3) Evaluasi Kesadaran dan Efek Samping: Monitoring tingkat kesadaran, nyeri, mual, muntah, pendarahan, atau reaksi anestesi.
  - 4) Durasi Observasi: Disesuaikan dengan jenis tindakan dan kondisi pasien, biasanya berkisar antara 1–4 jam.
  - 5) Pengelolaan Nyeri: Pemberian analgesik sesuai skala nyeri yang dilaporkan pasien.
  - 6) Kriteria Stabilitas: Pasien dapat pulang hanya jika memenuhi kriteria stabil: vital sign stabil, mampu minum dan berkemih, tidak ada komplikasi akut.
- e. Evaluasi Sebelum Kepulangan
- Sebelum pasien dinyatakan layak untuk pulang:
- 1) Evaluasi Akhir oleh Dokter: Pemeriksaan ulang kondisi pasien untuk memastikan stabilitas.
  - 2) Edukasi Pasien dan Keluarga:
    - a) Penjelasan mengenai hasil tindakan/prosedur.
    - b) Panduan perawatan di rumah, termasuk perawatan luka atau efek samping yang perlu diantisipasi.
    - c) Penjelasan tentang obat yang diberikan untuk home treatment: cara pakai, efek samping, dan apa yang harus dilakukan bila ada keluhan.
    - d) Informasi mengenai tanda bahaya yang mengharuskan pasien segera kembali ke rumah sakit.
  - 3) Pemberian Jadwal Kontrol: Pasien dijadwalkan untuk kontrol lanjutan di poliklinik sesuai kebutuhan tindak lanjut.
  - 4) Pemberian Kontak Darurat: Pasien diberikan informasi nomor hotline IGD atau nomor PIC unit yang dapat dihubungi jika terjadi keluhan pasca pulang.
- f. Dokumentasi



Semua proses pelayanan wajib terdokumentasi dengan baik dan lengkap untuk menjamin akuntabilitas dan kelangsungan pelayanan.

- 1) Rekam Medis Lengkap: Meliputi data asesmen awal, hasil tindakan, monitoring selama observasi, rencana tindak lanjut, dan edukasi yang telah diberikan.
- 2) Formulir Informed Consent: Harus disimpan dalam rekam medis.
- 3) Catatan Keperawatan dan Observasi: Wajib mencakup monitoring tanda vital, manajemen nyeri, dan kondisi klinis pasien.
- 4) Laporan Insiden (bila ada): Jika terjadi kejadian tidak diharapkan, dibuat laporan sesuai dengan sistem pelaporan insiden rumah sakit.
- 5) Evaluasi Internal: Data pelayanan rawat sehari digunakan sebagai dasar evaluasi mutu unit secara berkala.

## 5. Standar Operasional Pelayanan

Pelayanan rawat sehari (One Day Care) harus memenuhi standar operasional baku yang bertujuan untuk memastikan keamanan, efektivitas, efisiensi, dan kepuasan pasien dalam waktu pelayanan kurang dari 24 jam. Setiap tahapan pelayanan harus dilakukan sesuai prosedur yang jelas, terdokumentasi, dan dapat dipertanggungjawabkan.

### a. Waktu Tunggu Pelayanan

- 1) Waktu tunggu adalah rentang waktu sejak pasien mendaftar hingga tindakan medis dimulai.
- 2) Standar:
  - a) Waktu tunggu maksimal adalah 2 jam sejak pasien selesai pendaftaran.
  - b) Jika terjadi keterlambatan lebih dari 2 jam, petugas wajib memberikan informasi proaktif kepada pasien dan keluarganya mengenai estimasi waktu tambahan serta alasannya.

### b. Informed Consent

- 1) Persetujuan tindakan medis yang diberikan secara sadar oleh pasien setelah mendapat penjelasan lengkap dari dokter.
- 2) Standar:





- a) Informed consent wajib diberikan untuk setiap tindakan medis atau prosedural, tanpa terkecuali, sebelum tindakan dimulai.
  - b) Dokumen informed consent harus memuat: nama pasien, diagnosis, tujuan tindakan, prosedur yang dilakukan, manfaat, risiko/komplikasi, alternatif lain, dan pernyataan persetujuan pasien.
  - c) Dokumen ditandatangani oleh pasien atau wali hukum dan dokter pelaksana.
- c. Monitoring Pasca Tindakan
- 1) Pemantauan kondisi klinis pasien setelah prosedur medis untuk mendeteksi komplikasi secara dini.
  - 2) Standar:
    - a) Durasi observasi minimal adalah 1–4 jam tergantung pada jenis tindakan dan respons pasien.
    - b) Pemantauan parameter vital sign dilakukan secara periodik, meliputi:
      - Tekanan darah
      - Denyut nadi
      - Laju pernapasan
      - Saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>)
      - Kesadaran (GCS atau AVPU scale)
    - c) Pengkajian terhadap tanda-tanda komplikasi tindakan seperti nyeri berlebih, pendarahan, mual, muntah, atau tanda syok harus dilakukan.
- d. Kriteria Kepulangan Pasien
- 1) Syarat medis minimum yang harus dipenuhi pasien sebelum diperbolehkan pulang setelah menjalani rawat sehari.
  - 2) Standar:
    - a) Pasien sadar penuh, mampu berkomunikasi dengan baik.
    - b) Tanda vital stabil dalam rentang normal tanpa kebutuhan dukungan alat medis intensif.
    - c) Tidak mengalami komplikasi serius yang memerlukan perawatan lebih lanjut.





- d) Mampu berjalan sendiri atau dengan bantuan minimal (jika sesuai kondisi awal).
- e) Mampu menerima dan memahami edukasi home treatment.
- e. Manajemen Komplikasi
  - 1) Sistem penanganan cepat terhadap pasien rawat sehari yang mengalami komplikasi akut selama observasi.
  - 2) Standar:
    - a) Harus tersedia protokol darurat untuk konversi pasien rawat sehari menjadi rawat inap bila dibutuhkan.
    - b) Proses alih rawat harus memenuhi prinsip "No Delay Policy," di mana pasien langsung dipindahkan ke ruang rawat inap/IGD/ICU tergantung kondisi klinis.
    - c) Petugas wajib melakukan komunikasi klinis cepat (handover) ke unit tujuan dengan dokumentasi lengkap.
  - 3) Persiapan Tambahan:
    - a) Setiap unit rawat sehari wajib memiliki emergency trolley yang lengkap dan rutin dicek.
    - b) Tim medis harus terlatih dalam resusitasi dasar (BLS) dan resusitasi lanjutan (ACLS jika diperlukan).
- f. Dokumentasi
  - 1) Proses pencatatan semua aktivitas pelayanan pasien dalam bentuk rekam medis, baik manual maupun elektronik.
  - 2) Standar:
    - a) Semua asesmen awal, tindakan medis, prosedur, hasil monitoring, komplikasi, terapi obat, edukasi, serta informasi discharge planning wajib dicatat.
    - b) Informed consent harus menjadi bagian tidak terpisahkan dari berkas rekam medis pasien.
    - c) Dokumentasi harus ditulis secara:
      - Lengkap
      - Jelas dan terbaca
      - Tepat waktu (real time atau segera setelah tindakan)
      - Sesuai dengan standar hukum dan etika kedokteran.





## 6. Sumber Daya

Pelayanan rawat sehari (One Day Care) yang aman, efektif, dan bermutu membutuhkan dukungan sumber daya yang lengkap dan optimal, meliputi sumber daya manusia (SDM), sarana prasarana, serta peralatan medis. Ketersediaan, kecukupan, dan kompetensi sumber daya ini sangat menentukan kelancaran alur pelayanan, keselamatan pasien, serta keberhasilan tindakan dalam waktu pelayanan singkat (<24 jam).

### a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pelayanan rawat sehari dilaksanakan oleh tim multidisiplin yang memiliki kualifikasi dan kompetensi sesuai standar rumah sakit dan regulasi pelayanan kesehatan. Adapun komposisi tenaga kesehatan yang diperlukan adalah:

#### 1) Dokter Spesialis/Dokter Umum

- a) Bertanggung jawab dalam asesmen, pelaksanaan tindakan, pengawasan pasca tindakan, serta evaluasi kelayakan pasien untuk dipulangkan.
- b) Dokter spesialis yang dibutuhkan antara lain: spesialis bedah, spesialis penyakit dalam, spesialis anestesi, spesialis onkologi, atau spesialis lainnya sesuai jenis tindakan.
- c) Dokter umum berpengalaman dapat melakukan tindakan sederhana di bawah supervisi spesialis.

#### 2) Perawat Terlatih

- a) Memiliki pelatihan khusus dalam pelayanan pra-tindakan (asesmen, persiapan pasien), intra-tindakan (pendampingan tindakan), dan pasca-tindakan (observasi, edukasi).
- b) Wajib memahami penggunaan alat monitoring vital sign dan memiliki kompetensi dasar kegawatdaruratan (BLS/BTCLS).

#### 3) Tenaga Penunjang Klinis

- a) Apoteker: Bertanggung jawab dalam pengelolaan obat tindakan, pemberian edukasi obat kepada pasien, serta pengawasan obat high alert.





- b) Ahli Gizi: Memberikan dukungan dalam kasus pasien dengan kebutuhan diet khusus atau kemoterapi.
- c) Fisioterapis/Rehabilitasi Medik: Memberikan terapi rehabilitasi ringan bagi pasien pasca tindakan tertentu, seperti pasca bedah minor atau endoskopi paru.
- 4) Staf Administrasi dan Case Manager
  - a) Bertugas mengelola pendaftaran, dokumentasi administratif, penyusunan jadwal layanan, serta memfasilitasi discharge planning.
  - b) Case manager bertanggung jawab mengkoordinasikan rujukan, edukasi pasien, dan tindak lanjut kontrol.

b. Sarana dan Prasarana

Fasilitas fisik untuk layanan rawat sehari harus dirancang khusus agar mendukung alur pelayanan cepat, aman, nyaman, dan memenuhi standar pelayanan medis singkat. Fasilitas yang diperlukan mencakup:

1) Ruang Tindakan

- a) Ruang khusus untuk pelaksanaan prosedur medis diagnostik atau bedah minor.
- b) Harus memenuhi standar ruang tindakan bedah minor, termasuk ventilasi, pencahayaan, sterilisasi, dan keamanan prosedural.
- c) Dilengkapi dengan alat tindakan, oksigen, suction, emergency button, dan akses jalur evakuasi.

2) Ruang Observasi dan Recovery Room

- a) Ruang khusus untuk monitoring pasien pasca tindakan hingga siap dipulangkan.
- b) Harus dilengkapi tempat tidur pasien yang ergonomis, sistem monitoring vital sign, oksigen portabel, dan fasilitas resusitasi emergensi.
- c) Tata letak memungkinkan pemantauan visual langsung oleh perawat.

3) Nurse Station dan Ruang Logistik





- a) Pusat koordinasi aktivitas keperawatan, dokumentasi, dan komunikasi antarprofesi.
- b) Dilengkapi komputer akses SIMRS, alat komunikasi internal, serta rak penyimpanan logistik medis harian.
- 4) Ruang Tunggu Keluarga
  - a) Lokasi nyaman, bersih, dan mudah diakses.
  - b) Dilengkapi fasilitas dasar seperti tempat duduk memadai, informasi pelayanan, papan pengumuman digital/manual, minuman ringan, dan toilet.
- 5) Ruang Edukasi/Edukasi Pasien

Tempat untuk pemberian penjelasan prosedur, informed consent, dan edukasi pemulangan, baik melalui media cetak, video edukasi, maupun konseling langsung.
- 6) Sarana Pendukung Tambahan
  - a) Toilet pasien dengan akses ramah difabel.
  - b) Ruang penyimpanan linen bersih dan limbah medis yang terpisah sesuai standar K3.
- c. Peralatan Medis

Pelayanan rawat sehari harus didukung oleh ketersediaan peralatan medis yang memadai untuk menjamin keamanan tindakan dan observasi, meliputi:

  - 1) Alat Monitoring dan Penunjang Observasi
    - a) Monitor tanda vital (multiparameter monitor) untuk memantau tekanan darah, denyut jantung, saturasi oksigen, dan suhu tubuh.
    - b) Defibrillator otomatis/manual untuk antisipasi kegawatdaruratan jantung.
    - c) Alat suction portable dan central suction system.
    - d) Emergency trolley lengkap (obat emergensi, airway kit, infus set, peralatan intubasi).
  - 2) Alat Tindakan Sesuai Jenis Prosedur
    - a) Endoskopi: Endoskopi saluran cerna, bronkoskopi, cystoscopy, sesuai layanan diagnostik.





- b) Alat Bedah Minor: Set alat operasi kecil untuk eksisi, biopsi, debridement ringan, dll.
  - c) Infus Pump dan Syringe Pump: Untuk pemberian cairan dan obat intravena secara presisi.
  - d) Alat transfusi: Standar transfusi darah dan produk darah, termasuk crossmatch kit.
- 3) Peralatan Pendukung
- a) Tabung oksigen portable.
  - b) Nebulizer unit untuk pasien pasca bronkoskopi atau tindakan saluran napas.
  - c) Brankar dorong ergonomis dan kursi roda pasien.
  - d) Alat ukur antropometri (tinggi badan, berat badan) untuk asesmen awal.
- 4) Sistem Informasi dan Komunikasi
- a) Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk pendaftaran, dokumentasi, dan pencatatan tindakan serta kontrol tindak lanjut pasien.
  - b) Komunikasi antarunit menggunakan HT (handy talkie), telepon rumah sakit, atau aplikasi digital resmi.
  - c) Sistem whiteboard atau dashboard informasi pasien untuk pemantauan progres harian.

## 7. Fokus Utama Dalam Implementasi Layanan

Pelaksanaan layanan rawat sehari (One Day Care) membutuhkan perhatian khusus pada beberapa aspek kunci agar tercapai standar mutu, keselamatan pasien, serta efisiensi operasional. Fokus utama ini menjadi landasan praktik harian bagi seluruh tim medis, keperawatan, dan manajerial untuk menjaga keberhasilan layanan.

### a. Seleksi Pasien Ketat

- 1) Kriteria Seleksi: Hanya pasien yang memenuhi kriteria klinis tertentu yang dapat diterima untuk layanan rawat sehari. Pasien harus memiliki:
  - a) Kondisi umum stabil.





- b) Risiko rendah terhadap komplikasi pasca tindakan.
- c) Dukungan keluarga atau caregiver untuk perawatan di rumah.
- 2) Screening Pre-Admisi: Wajib dilakukan asesmen medis terstruktur sebelum tindakan untuk menilai faktor risiko anestesi, penyakit penyerta, dan kemungkinan kebutuhan monitoring intensif dengan tujuan untuk mengurangi angka konversi darurat ke rawat inap, menjaga efisiensi alur pelayanan, dan meminimalkan kejadian tidak diharapkan.
- b. Standarisasi Asesmen dan Tindakan
  - 1) Checklist Asesmen Pra-Tindakan:
    - a) Anamnesis terstruktur (riwayat penyakit, alergi, obat rutin).
    - b) Pemeriksaan fisik standar.
    - c) Penilaian status fungsional pasien.
    - d) Skrining anestesi bila tindakan membutuhkan sedasi.
  - 2) Standarisasi Prosedur:

Semua tindakan (bedah minor, endoskopi, kemoterapi, transfusi) dilaksanakan berdasarkan panduan klinis, protokol medis, dan prosedur baku operasional.
- c. Observasi Pasca Tindakan yang Ketat
  - 1) Protokol Monitoring:
    - a) Observasi vital sign setiap 15–30 menit pada jam pertama pasca tindakan.
    - b) Dilanjutkan observasi tiap 1–2 jam hingga kriteria pulang terpenuhi.
  - 2) Parameter yang Dimonitor:

Kesadaran, tekanan darah, frekuensi nadi, frekuensi napas, saturasi oksigen, keluhan nyeri, dan tanda komplikasi.
  - 3) Dokumentasi Observasi:

Semua hasil pemantauan dicatat real-time dalam rekam medis untuk memudahkan deteksi dini perubahan kondisi.
- d. Edukasi Pasien Berbasis Teach-Back
  - 1) Metode Edukasi:





Menggunakan pendekatan teach-back: pasien diminta mengulang kembali dengan kata-kata sendiri apa yang telah dijelaskan tentang perawatan pasca tindakan, penggunaan obat, tanda-tanda bahaya, dan kapan harus kembali ke rumah sakit.

2) Materi Edukasi:

- a) Penjelasan prosedur yang telah dilakukan.
- b) Instruksi penggunaan obat di rumah.
- c) Tanda bahaya yang harus diwaspadai.
- d) Jadwal kontrol dan rencana tindak lanjut.

e. Sistem Rujukan Darurat

1) Jalur Cepat Konversi ke Rawat Inap:

SOP wajib tersedia untuk konversi pasien dari rawat sehari ke rawat inap bila terjadi komplikasi medis.

2) Persiapan Rujukan:

- a) Ruang rawat inap cadangan untuk pasien konversi.
- b) Jalur komunikasi cepat dengan ruang rawat inap, ICU, kamar operasi, atau IGD.

3) Monitoring Rujukan:

Semua kejadian konversi harus dicatat, dianalisis penyebabnya, dan dilaporkan dalam rapat mutu rutin.

f. Manajemen Waktu Efisien

1) Target Durasi Layanan:

- a) Waktu tunggu pendaftaran hingga tindakan: maksimal 2 jam.
- b) Durasi total pelayanan (dari pendaftaran hingga pulang): idealnya <8–10 jam.

2) Sistem Monitoring Waktu:

- a) Setiap unit mencatat dan memantau waktu tunggu real-time menggunakan sistem manual atau elektronik (SIMRS).
- b) Analisis mingguan terhadap bottleneck alur (misalnya keterlambatan tindakan, lambatnya discharge).

g. Penerapan Prinsip Keselamatan Pasien

1) Verifikasi Identitas:





Dua identifikasi wajib sebelum tindakan (nama lengkap dan tanggal lahir).

2) Keselamatan Obat:

Penerapan standar LASA (Look-Alike Sound-Alike) untuk obat-obat yang serupa nama atau kemasan.

3) Pencegahan Infeksi:

- a) Kepatuhan terhadap 5 momen dan 6 langkah cuci tangan WHO.
- b) Protokol dekontaminasi alat dan sterilisasi ruang tindakan.

4) Monitoring Efek Obat:

5) Pemantauan ketat pasca pemberian sedasi, anestesi ringan, atau transfusi.



# **BAB 3**

## **MUTU PELAYANAN MEDIK**





## BAB 3

### MUTU PELAYANAN MEDIK

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang kompleks harus menjamin mutu pelayanan medis serta keselamatan pasien. Pelayanan medis yang bermutu merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada keselamatan, efektivitas, efisiensi, dan responsif terhadap kebutuhan pasien. Mutu layanan yang selalu ditingkatkan dari waktu ke waktu adalah tuntutan dan kebutuhan seluruh stake holder suatu fasilitas pelayanan kesehatan.

Salah satu pendekatan untuk menjamin mutu pelayanan medis tersebut adalah dengan penerapan sistem pemantauan berbasis indikator klinis. Indikator klinis adalah alat ukur kuantitatif yang digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan pelayanan medis, efektivitas, dan hasil pelayanan terhadap pasien. Secara praktis indikator klinis di RS dapat dikategorikan dalam indikator: proses klinis, tata laksana klinis, dan hasil (outcome) klinis.

#### **A. Indikator Proses Klinis**

##### **1. Definisi:**

Tolak ukur yang digunakan untuk menilai dan mengevaluasi kinerja layanan kesehatan, terutama pada proses pelayanan medis di fasilitas kesehatan, seperti klinik dan rumah sakit. Indikator ini membantu mengukur efektivitas dan efisiensi proses klinis, serta membantu dalam upaya peningkatan mutu pelayanan.

##### **2. Tujuan:**

- a. Menilai efektivitas pelayanan klinis di RS.
- b. Menilai efisiensi proses pelayanan klinis di RS.

##### **3. Contoh:**

- a. Waktu Pelayanan Pasien Di IGD  $\leq 4$  Jam.
- b. Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi  $\leq 30$  menit.
- c. Prosentase Penundaan Operasi Elektif  $\leq 5\%$





## B. Indikator Tata Laksana Klinis

### 1. Definisi:

Rangkaian prosedur atau intervensi medis berbasis bukti (evidence-based) untuk menangani suatu diagnosis atau kondisi klinis.

### 2. Tujuan:

- Memberikan layanan yang aman, cepat, tepat, dan efisien.
- Mengurangi variasi praktik klinik yang tidak berdasar.

### 3. Bentuk: SOP, Clinical Pathway, Panduan Praktik Klinis, Algoritma.

### 4. Contoh:

- Prosentase kesesuaian tata laksana pneumonia: diagnosis klinis → rontgen → antibiotik → evaluasi klinis.
- Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam

## C. Indikator hasil (Outcome) Klinis

### 1. Definisi:

Hasil akhir dari intervensi medis terhadap kondisi kesehatan pasien, baik secara fisik, fungsional, maupun psikologis.

### 2. Tujuan:

- Menilai efektivitas pelayanan dan pengobatan.
- Memberikan gambaran mutu pelayanan klinis berdasarkan hasil yang dicapai.

### 3. Contoh:

- Angka mortalitas penyakit tertentu dalam 30 hari.
- Tingkat kesembuhan TB.
- Prosentase (%) pasien DM yang mencapai HbA1c < 7.

## Ringkasan Perbandingan Indikator Kinis

| Aspek  | Proses Klinis                                      | Tata Laksana Klinis                               | Outcome Klinis                                 |
|--------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Fungsi | Menilai dan mengevaluasi kinerja layanan kesehatan | Mengukur dan menilai kualitas pelayanan kesehatan | mengukur hasil atau dampak dari perawatan atau |





| Aspek  | Proses Klinis                              | Tata Laksana Klinis                                                | Outcome Klinis                                              |
|--------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
|        |                                            |                                                                    | pengo terhadap pasien                                       |
| Fokus  | Kepatuhan terhadap prosedur                | efektivitas dan efisiensi proses perawatan                         | Dampak atau hasil terhadap kesehatan pasien                 |
| Bentuk | Persentase, rasio                          | SOP, <i>clinical pathway</i> , algoritma                           | Data mortalitas, morbiditas, kesembuhan, dll                |
| Contoh | Waktu Pelayanan Pasien di IGD $\leq$ 4 Jam | Prosentase “Door to Balloon” Time $\leq$ 90 menit pada kasus STEMI | Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia/ eklampsia di RS |

Tabel 3.1. Ringkasan Perbandingan Indikator Klinis

#### D. Strategi Pemilihan Indikator Klinis

Strategi RS dalam memilih indikator klinis perlu dilakukan dengan cermat dan terarah untuk mengidentifikasi dan mengukur aspek-aspek pelayanan klinis setempat yang penting. Pemilihan indikator harus didasarkan pada tujuan strategis rumah sakit, standar keselamatan pasien, dan standar pelayanan klinis.

##### 1. Tujuan Strategis Rumah Sakit.

Rumah sakit secara spesifik perlu menetapkan tujuan strategisnya, seperti meningkatkan mutu layanan, mengurangi risiko infeksi, atau meningkatkan kepuasan pasien yang feasible tetapi memberikan tantangan pencapaian yang terus lebih baik.

Indikator yang dipilih harus sejalan dengan tujuan strategis tersebut. Misalnya, jika tujuan strategis adalah meningkatkan keselamatan pasien, indikator seperti kejadian infeksi nosokomial (HAI), kejadian adverse, atau kejadian kesalahan obat harus bisa menjadi pilihan utama.

##### 2. Standar Keselamatan Pasien.

Indikator keselamatan pasien (PSI) merupakan indikator yang mengukur potensi kejadian buruk yang dapat dicegah melalui perbaikan sistem atau layanan. Contohnya adalah indikator yang terkait dengan infeksi nosokomial, kejadian alergi obat, atau kesalahan pemberian obat.





Rumah sakit perlu memprioritaskan indikator keselamatan yang paling relevan dan berdampak luas pada keselamatan pasien di institusi masing-masing.

### 3. Standar Pelayanan dan Praktik Klinis di tiap Rumah Sakit

Rumah sakit perlu memilih indikator pelayanan klinis yang paling relevan dengan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sesuai sumber daya yang bisa disediakan, serta indikator yang dapat diukur dengan akurat.

Indikator klinis yang dipilih oleh tiap RS harus memiliki definisi operasional yang jelas dan mudah diukur, sehingga data yang dikumpulkan dapat diandalkan dan diinterpretasikan dengan tepat. Rumah sakit perlu mempertimbangkan ketersediaan data dan kemampuan untuk mengumpulkan data dengan akurat dan tepat waktu. Indikator yang dipilih harus relevan dengan praktik klinis sehari-hari di rumah sakit dan dapat digunakan untuk mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan.

Dengan mengikuti strategi ini, rumah sakit dapat memilih indikator klinis yang tepat, sehingga dapat mengukur dan meningkatkan mutu pelayanan klinis secara efektif sebagai bagian dari mutu pelayanan medis secara keseluruhan. Pada lampiran bab ini dapat dilihat sejumlah contoh standar klinis yang umumnya dipakai di RS Kemenkes dan lainnya, sesuai referensi yang banyak dipakai di berbagai RS di dunia. Selanjutnya dapat dipilih untuk diimplementasikan sesuai strategi perbaikan kinerja dan mutu pelayanan medis RS setempat.



# **BAB 4**

## **PEDOMAN PELAYANAN PENUNJANG**





## BAB 4

### PEDOMAN PELAYANAN PENUNJANG

#### **A. Pedoman Pelayanan Laboratorium Medis Rumah Sakit**

Pelayanan laboratorium medis Rumah Sakit adalah salah satu pelayanan yang krusial di rumah sakit, karena hasil pemeriksaan laboratorium sangat dibutuhkan untuk menegaskan diagnosis, penatalaksanaan suatu penyakit, pemantauan terapi yang telah diberikan, serta perkiraan prognosis.

##### **1. Ruang Lingkup Pelayanan**

###### **a. Ruang Lingkup Pelayanan**

Pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit dapat merujuk pada Permenkes Nomor 43 Tahun 2013 Tentang Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik. Pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit yang dijalankan sesuai dengan Visi dan Misi rumah sakit masing-masing serta memenuhi kebutuhan masyarakat atas layanan kesehatan, meliputi gawat darurat, rawat inap, dan rawat jalan, serta selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. Layanan laboratorium Medis Rumah Sakit juga harus mendukung pelaksanaan strategi nasional dalam Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, serta Pengendalian Resistensi Antimikroba. Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian dalam layanan laboratorium Medis Rumah Sakit diantaranya meliputi ketenagaan, fasilitas, tata laksana pelayanan, pelaporan nilai kritis, logistik, keselamatan pasien, keselamatan kerja dan pengendalian mutu

###### **b. Batasan Operasional**

Dalam rangka memberikan pelayanan yang optimal bagi pelanggan maka laboratorium medis rumah sakit memberikan pelayanan 24 jam selama 7 hari kerja.

##### **2. Tatalaksana**

###### **a. Ketenagaan**

Kualifikasi Sumber Daya Manusia





- 1) Kepala Instalasi: Dokter Spesialis Patologi Klinik/Spesialis Patologi Anatomi/Spesialis Mikrobiologi Klinik/Spesialis Parasitologi Klinik, yang memiliki kemampuan manajerial mengelola laboratorium Medis Rumah Sakit.
- 2) Staf Medik Fungsional: Dokter Spesialis Patologi Klinik/Spesialis Patologi Anatomi/Spesialis Mikrobiologi Klinik/Spesialis Parasitologi Klinik
- 3) Analis: Diploma III Tenaga Teknis Laboratorium Medis, Diploma IV Tenaga Teknis Laboratorium
- 4) Administrasi: S1/ Diploma III Tenaga Teknis Laboratorium Medis, Diploma IV Tenaga Teknis Laboratorium Medis
- 5) Pekarya: SMA atau sederajat

Pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit tersedia 24 jam 7 hari seminggu termasuk pelayanan darurat, pelayanan yang diberikan di dalam rumah sakit dan rujukan. Petugas dapat dibagi dalam 2 kelompok. Kelompok tidak shift yang masuk pada jam kerja umum (pukul 07.30- 16.00) dan kelompok shift.

b. Fasilitas

Standar fasilitas mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang baik diantaranya meliputi ruangan, konstruksi ruang laboratorium Medis Rumah Sakit dan fasilitas penunjang

c. Pengambilan dan Pengelolaan Spesimen

Spesimen klinik adalah bahan yang berasal dan/atau diambil dari tubuh manusia untuk tujuan diagnostik, penelitian, pengembangan, pendidikan dan/atau analisis lainnya. Pengambilan spesimen pemeriksaan harus memenuhi standard kualitas spesimen sesuai persyaratan pemeriksaan. Pengelolaan spesimen merupakan tindakan untuk menerima, memperlakukan dan menyimpan sampel pemeriksaan sesuai dengan jenis sampel tersebut, serta penanganan setelah pemeriksaan dilaksanakan. Semua sampel pemeriksaan dianggap sebagai biohazard dan ditangani secara hati-hati.

d. Pemeriksaan Laboratorium Medis Rumah Sakit





Pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit dapat dikerjakan dengan teknik sederhana ataupun menggunakan teknik otomatis menggunakan alat otomatis. Pemeriksaan laboratorium harus memenuhi standar sesuai ketentuan yang berlaku mulai tahap melakukan pemeriksaan sampel, pembacaan sampai dengan pelaporan hasil.

Laboratorium Medis Rumah Sakit dapat mengintegrasikan pelayanan:

- 1) Pemeriksaan Patologi Klinik/ Mikrobiologi Klinik/Patologi Anatomi/Parasitologi Klinik
- 2) Penyimpanan Darah
- 3) Test di Ruang Rawat / Point of Care Testing (TRR / POCT)
- 4) Biologi Molekuler/PCR

Untuk parameter pemeriksaan yang belum dikerjakan secara mandiri di laboratorium Medis Rumah Sakit, dapat dirujuk ke laboratorium Medis Rumah Sakit lain (yang memiliki kerja sama). Tempat rujukan yang dipilih telah memenuhi peraturan perundangan dan mempunyai sertifikat mutu. Laboratorium Medis Rumah Sakit juga dapat mengusulkan kepada pimpinan rumah sakit untuk menunjuk dan menghubungi para spesialis di bidang diagnostik khusus, seperti parasitologi, virologi, atau toksikologi dan lain lain, sesuai kebutuhan.

Laboratorium Medis Rumah Sakit turut serta dalam peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dengan menetapkan waktu pelaporan hasil pemeriksaan laboratorium:

- 1) Waktu pelaporan pemeriksaan gawat darurat / pemeriksaan cito
- 2) Waktu pelaporan hasil pemeriksaan yang memenuhi kriteria nilai kritis waktu  $\leq 30$  menit
- 3) Waktu pelaporan pemeriksaan secara umum (rawat jalan dan rawat inap)
- 4) Pemeriksaan yang dilakukan melalui laboratorium medis rujukan, hasil pemeriksaan juga mengikuti ketentuan rumah sakit dan MoU dengan laboratorium medis rujukan.





Target capaian dan definisi operasional untuk setiap indikator peningkatan mutu tersebut dapat ditentukan bersama dengan manajemen dan komite mutu di rumah sakit.

Setiap hasil pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit mencantumkan rentang nilai rujukan yang diambil dari:

- 1) Konsensus Nasional/Internasional
- 2) Nilai yang ditentukan sendiri berdasarkan populasi rumah sakit apabila telah tersedia
- 3) Nilai yang digunakan oleh laboratorium Medis Rumah Sakit lain dengan populasi pasien yang sama dengan pasien di Instalasi Laboratorium Medis Rumah Sakit dan Penyimpanan Darah.
- 4) Leaflet reagen/buku manual/laboratorium Medis Rumah Sakit lain yang telah divalidasi
- 5) Laboratorium medis rujukan, bila pemeriksaan dilakukan oleh laboratorium rujukan.

Nilai rujukan tersebut dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan perubahan metode pemeriksaan, instrument pemeriksaan, reagensia, dan konsensus terbaru yang digunakan.

e. Pemeriksaan Rujukan

Parameter pemeriksaan yang belum dikerjakan secara mandiri di laboratorium Medis Rumah Sakit, dapat dirujuk ke Laboratorium Medis Rumah Sakit lain yang memiliki kerja sama. Tempat rujukan yang dipilih telah memenuhi peraturan perundangan dan mempunyai sertifikat mutu dan dilakukan evaluasi berkala minimal setiap 1 tahun sekali.

Hal yang dapat menjadi pertimbangan dalam memilih laboratorium medis rujukan, antara lain:

- 1) Profil perusahaan atau rumah sakit
- 2) Harga pemeriksaan dapat bersaing dengan laboratorium kompetitor
- 3) Jarak rumah sakit dengan laboratorium medis rujukan tidak terlalu jauh
- 4) Metode pemeriksaan yang digunakan





- 5) Target waktu penyelesaian pemeriksaan yang kita butuhkan
  - 6) Terakreditasi, baik dalam maupun luar negeri
  - 7) Bersedia memberikan laporan tahunan dan/atau hasil pemantapan mutu internal/QC secara berkala
  - 8) Bersedia memberikan hasil pemantapan mutu eksternal (foto kopi sertifikat akreditasi dan hasil PME dengan predikat baik)
  - 9) Bersedia untuk dikunjungi sewaktu-waktu
- f. Pelaporan Nilai Kritis

Nilai kritis adalah hasil pemeriksaan yang nilainya secara signifikan diluar batas nilai normal yang memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam kehidupan pasien, termasuk parameter mikrobiologi. Sesuai kebijakan pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit bahwa setiap nilai kritis akan ditindaklanjuti dengan melaporkan ke ruangan atau dokter yang merawat pasien sesuai SOP.

g. Logistik

Untuk menunjang kelancaran pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit maka kebutuhan logistik harus terpenuhi. Logistik ini meliputi alat kesehatan, reagensia, Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) dan air. Proses seleksi dan pengadaan logistik dilakukan secara berkala, dalam hal ini laboratorium Medis Rumah Sakit berkoordinasi dengan Unit Lelang dan Pengadaan. Laboratorium Medis Rumah Sakit mengembangkan, menerapkan, mendokumentasikan dan mengelola peralatan laboratorium.

Pengelolaan reagen dan BHP meliputi pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pemakaian dan pelaporan.

h. Pemeliharaan dan Kalibrasi Alat

Untuk menjamin bahwa semua peralatan di laboratorium Medis Rumah Sakit berfungsi dengan baik dan aman, laboratorium Medis Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan program pengelolaan peralatan laboratorium Medis Rumah Sakit termasuk peralatan yang merupakan kerjasama dengan pihak ketiga yang meliputi uji fungsi dilakukan pada saat alat pertama kali diterima di laboratorium,





inspeksi berkala sesuai dengan rekomendasi pabrik, pemeliharaan berkala dengan melakukan maintenance harian, mingguan, bulanan dan pada saat terjadi perbaikan alat, kalibrasi berkala sesuai dengan rekomendasi pabrik, kalibrasi reagen, identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium, monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat dan prosedur back up, proses penarikan (*recall*) serta pendokumentasian terkait proses-proses tersebut baik berupa sertifikat, ceklist, kartu, bukti QC dan kalibrasi.

i. Pengelolaan Limbah

Limbah di laboratorium Medis Rumah Sakit terdiri dari limbah umum dan limbah khusus. Limbah khusus terdiri atas limbah khusus padat dan limbah khusus cair. Pengelolaan limbah ini mengikuti SPO yang telah ditetapkan.

Limbah umum adalah limbah yang berasal dari sampah umum misalnya kertas dan bekas bungkus makanan. Limbah umum dibuang dengan dimasukkan ke dalam kantong plastik hitam yang kemudian oleh petugas kebersihan akan dibawa ke tempat penampungan limbah secara berkala.

Limbah khusus padat yaitu peralatan habis pakai, limbah khusus cairan yaitu peralut organik, bahan kimia untuk tes, air bekas pencucian alat, sisa sampel cairan (urin) dialirkan ketempat penampungan limbah (IPAL) selanjutnya akan diolah (*water treatment*) sebelum dialirkan ke pembuangan umum yang dikelola oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana (IPS).

j. Keselamatan Kerja dan Pengelolaan Infeksi

Rumah sakit menyusun dan menetapkan program manajemen risiko dan bahaya di laboratorium Medis Rumah Sakit untuk dilaksanakan, dilakukan evaluasi, dan didokumentasikan. Program tersebut dikoordinasikan dengan program manajemen risiko fasilitas dan program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) rumah sakit, serta praktik kerja yang aman.

Untuk menjamin keamanan kerja maka laboratorium Medis Rumah Sakit menjalankan suatu program kesehatan dan





keselamatan kerja (K3). Program ini bertujuan untuk mengurangi risiko akibat paparan bahan-bahan dan infeksi akibat paparan limbah biologis berbahaya. Bila terjadi kejadian kecelakaan kerja termasuk infeksi yang didapat di laboratorium Medis Rumah Sakit maka akan dicatat dan dilaporkan secara internal sesuai regulasi PPI dan bila diperlukan dilaporkan ke dinas kesehatan setempat / Kemenkes sesuai Panduan pengelolaan PPI dan peraturan perundang-undangan. Bila masalah telah diidentifikasi, atau bila terjadi kecelakaan, tindakan koreksi segera dilakukan, didokumentasikan, dan ditinjau.

k. Pengendalian Mutu

Pelayanan laboratorium Medis Rumah Sakit untuk mendapatkan hasil pemeriksaan yang berkualitas dan memenuhi prinsip keselamatan pasien membutuhkan suatu proses pemantauan mutu internal maupun eksternal yang dilaksanakan terhadap semua tahap pelayanan oleh laboratorium.

Peningkatan mutu adalah proses yang terus menerus dilakukan oleh laboratorium Medis Rumah Sakit dengan cara menganalisis setiap aspek teknis dalam pelayanan laboratorium, mulai dari persiapan, kemampuan pemeriksaan, sarana prasarana, Sumber Daya Manusia (SDM) sampai dengan pencatatan dan pelaporan hasil.

Apabila dalam pelaksanaan quality control (QC) didapatkan hasil yang tidak sesuai dengan persyaratan (*Westgard Rules*), maka akan dilakukan tindakan penelusuran dan tindakan perbaikan serta dilakukan QC ulang.

3. Dokumentasi

a. Sistem Pencatatan

Sistem pencatatan dan pelaporan di laboratorium Medis Rumah Sakit dapat dilakukan secara manual ataupun menggunakan sistem teknologi informasi SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) dan/atau LIS (*Laboratory information system*). Apabila sudah menggunakan sistem teknologi informasi, maka seluruh hasil pemeriksaan





laboratorium yang telah selesai, secara otomatis dapat dilihat melalui computer disetiap ruangan rawat jalan/inap.

b. Fomulir permintaan pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit

Semua permintaan pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit harus menggunakan formulir permintaan laboratorium, formulir dapat berupa hardkopi atau apabila tersedia system teknologi informasi yang memadai dapat dilakukan order secara online melalui EMR. Formulir permintaan akan disimpan selama 3 bulan, setelah itu dapat dimusnahkan sesuai dengan kebijakan rumah sakit.

c. Hasil pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit

Hasil pemeriksaan laboratorium Medis Rumah Sakit diharapkan dapat otomatis masuk dan tersimpan dalam sistem informasi yang digunakan. Hasil tersebut dapat dilihat melalui komputer atau diberikan kepada pasien secara *hardcopy*, atau dikirimkan secara daring via WA/email pada nomor telp/alamat email yang diberikan oleh pasien. Hal ini harus sesuai dengan kebijakan yang berlaku dirumah sakit dan semua informasi hasil terjamin kerahasiannya.

Hasil pelaporan nilai kritis dapat didokumentasikan secara manual ataupun dalam sistem teknologi informasi laboratorium.

d. Pelaporan dan Pengarsipan

Data yang tersimpan di sistem teknologi informasi laboratorium tersebut dilakukan sistem *back up* secara berkala. Laboratorium Medis Rumah Sakit juga diharapkan secara rutin melaporkan pola kuman dan antibiogram untuk kebutuhan internal di RS dan data surveilans Penatagunaan Antimikroba nasional setiap 6 – 12 bulan.

## **B. Pedoman Pelayanan Radiologi**

Pelayanan Instalasi Radiologi merupakan bagian integral dari pelayanan penunjang medik yang memerlukan perhatian khusus. Unit Radiologi sebagai salah satu penunjang diagnostik medik memiliki peranan yang besar dalam menentukan diagnosa suatu penyakit, disamping adanya risiko bahaya karena





penggunaan sumber radiasi peng-ion dan atau sumber radiasi aktif lainnya, baik terhadap pekerja pasien maupun lingkungan.

## 1. Ruang Lingkup

### Ruang Lingkup Pelayanan

Pelayanan di Instalasi Radiologi merujuk pada Permenkes Nomor 24 Tahun 2020 Tentang Pelayanan Radiologi Klinik. Radiologi adalah pelayanan untuk melakukan diagnosa dan terapi dengan menggunakan modalitas yang menggunakan radiasi pengion dan non pengion, meliputi antara lain pelayanan x-ray Digital Radiography, Computed Tomography (CT Scan), Magnetic Resonance Imaging (MRI), Ultra Sonography (USG), Gamma Kamera, Radiologi Intervensional.

Beberapa hal yang perlu menjadi perhatian dalam layanan radiologi diantaranya meliputi ketenagaan, fasilitas, logistik, tata laksana pelayanan, manajemen risiko, proteksi radiasi dan pengendalian mutu.

Pelayanan Radiologi Rumah Sakit beroperasi non-stop selama 24 jam/hari dalam 7 hari seminggu, termasuk pelayanan gawat darurat.

## 2. Tatalaksana

### a. Ketenagaan

Pelayanan radiologi harus dilakukan oleh petugas yang memiliki kualifikasi pendidikan dan pengalaman yang memadai serta memperoleh/memiliki kewenangan untuk melaksanakan kegiatan di bidang yang sudah menjadi tugas atau tanggung jawabnya.

Secara fungsional, sumber daya manusia di Instalasi Radiologi dibagi dalam enam kelompok profesi dengan masing-masing tugas dan tanggung jawabnya sebagai berikut :

| No | Jenis Tenaga        | Tanggung Jawab Fungsional                                                           |
|----|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Spesialis Radiologi | Bertanggung jawab atas tindakan medis dan penilaian foto radiologi (ekspertise).    |
| 2. | Radiografer         | Bertanggung jawab atas pelaksanaan pemeriksaan radiografi dan Pencitraan            |
| 3. | Perawat Radiologi   | Bertanggung jawab atas penyediaan obat-obatan dan alat kesehatan, sterilisasi alat- |



alat, serta perawatan pasien pra dan pasca tindakan radiologi.

|    |                        |                                                                                                                         |
|----|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Fisikawan Medik        | Bertanggung jawab prosedur QA/QC atas peralatan Radiologi Diagnostik sesuai dengan keselamatan Radiasi dan kendali mutu |
| 5. | Administrasi Radiologi | Bertanggung jawab atas kelancaran system administrasi, arsip dan distribusi hasil pemeriksaan radiologi.                |
| 6. | Pekarya                | Bertanggung jawab atas kelancaran dan ketersediaan barang habis pakai di Instalasi Radiologi                            |

Tabel 4.1. Tugas dan Tanggung Jawab SDM Instalasi Radiologi

Jumlah tenaga dapat berubah sesuai dengan analisis kebutuhan tenaga yang disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan.

Pengaturan dinas di Radiologi terdiri atas pekerja harian/non shift dan pekerja shift (3 shift), untuk dokter spesialis Radiologi, Radiografer, dan staf lainnya.

#### b. Fasilitas

Rumah sakit menyediakan fasilitas meliputi ruangan, konstruksi ruang, pencahayaan dan sistem penyediaan listrik (PLN, generator set, UPS atau NBS) serta fasilitas penunjang yang diperlukan untuk memberikan mutu pelayanan radiologi yang optimal. Mengatur pelaksanaan uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan dan kalibrasi serta uji kesesuaian untuk peralatan yang digunakan untuk pelayanan Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional (RIR) dilakukan secara tetap dan terdokumentasi.

Untuk menjamin mutu layanan yang optimal dan terpercaya, peralatan tetap terjaga dan terpelihara secara aman dan pasti. Pelayanan radiologi yang cepat, tepat, teliti, aman dan dapat dipercaya merupakan tuntutan dan harapan masyarakat. Pelayanan radiologi klinik yang rasional dan aman dengan akibat tanpa kesalahan dalam pemeriksaan dan interpretasi hasil, terverifikasi dan validasi secara nyaman.

##### 1) Pengelolaan peralatan





Kesalahan dalam pengoperasian suatu peralatan medis dapat mengakibatkan kerusakan peralatan, hasil pemeriksaan tidak seperti yang diharapkan bahkan terkadang dikarenakan kesalahan pengoperasian, harus dilakukan pemeriksaan ulang yang berakibat adanya inefisiensi dan ketidakpuasan pelanggan.

a) Uji Fungsi Alat

Uji fungsi dilakukan untuk mengetahui kinerja alat sesuai dengan yang diharapkan atau sesuai dengan standard keamanan dan standard dari pabrikan, dilanjutkan dengan Uji Coba. Uji coba adalah kegiatan pengujian peralatan dengan melakukan penggunaan langsung pada pasien yang dilaksanakan setelah melalui proses uji fungsi dengan baik.

b) Inspeksi dan Pemeliharaan Berkala

Pemeliharaan peralatan medis dapat dibagi menjadi dua kategori utama yaitu :

- Inspeksi dan pemeliharaan preventif (IPM) oleh teknisi dari Instalasi Sarana Medik dan fisikawan medik untuk memastikan fungsi peralatan dan mencegah kerusakan atau kegagalan, bersamaan dengan kegiatan pemeliharaan preventif, pemeliharaan korektif, atau kalibrasi, memperpanjang umur peralatan dan mencegah kegagalan (yaitu dengan kalibrasi, penggantian bagian, pelumasan, pembersihan, dll).
- pemeliharaan korektif/ *Corrective-Maintenance* (CM) yaitu kegiatan perbaikan terhadap peralatan dengan tujuan mengembalikan fungsi peralatan sesuai dengan kondisi awalnya. Pemeliharaan korektif bisa dilakukan dengan memanggil teknisi yang berasal dari vendor dengan di dampingi oleh staf teknisi Sarana Medis

Jadwal pemeliharaan peralatan kesehatan yang sistematis menjamin peralatan tersebut aman digunakan dan memperoleh pemanfaatan maksimal dengan biaya yang wajar. Keuntungan lain adalah meminimalkan risiko klinis dan fisik.





c) Identifikasi dan Inventarisasi Peralatan

Inventori peralatan medis merupakan data detil peralatan medis yang berkaitan dengan aspek teknis maupun administrasi setiap tipe/model peralatan medis. Inventori harus selalu dikelola/ update sehingga data yang terdapat dalam inventori merupakan kondisi terkini.

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan mungkin memiliki kebutuhan inventori yang berbeda-beda.

Inventori dapat terdiri dari beberapa form yaitu berupa:

- Daftar data peralatan medis,
- Daftar pabrikan, suplier atau penyedia
- Daftar bahan habis pakai dan suku cadang

Inventarisasi dari data tersebut bersifat relasional antar data/ form sehingga lebih mudah dalam melakukan penelusuran data.

d) Proses Penarikan (Recall)

*Recall* adalah suatu tindakan yang dilakukan untuk mengatasi masalah pada suatu peralatan medis, bila tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku atau dapat menyebabkan suatu bahaya pada penggunaannya.

Mekanisme pelaksanaan recall peralatan medis di rumah sakit ditentukan oleh Prosedur Operasional Standar yang ditetapkan oleh masing-masing rumah sakit.

c. Logistik

Untuk menjamin agar barang habis pakai radiologi tetap sesuai dengan standar pelayanan, salah satu caranya adalah dengan adanya pelaksanaan pengelolaan logistik dan perbekalan radiologi. Kegiatan logistik diantaranya meliputi perencanaan kebutuhan, permintaan, penyimpanan sesuai FIFO (*first in first out*) atau FEFO (*first expired first out*), distribusi, pencatatan dan pelaporan serta evaluasi logistik

d. Tatalaksana Pelayanan

Untuk tertib penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Radiologi Rumah Sakit menetapkan ketentuan umum dan rutin maupun



ketentuan yang bersifat khusus misal berdasarkan usia, kondisi klinis tertentu dll.

Atas permintaan khusus dari dokter yang mempertimbangkan kondisi medis tertentu dari pasien, pengerjaan permintaan bisa disegerakan atau diprioritaskan tanpa mengikuti urutan. Kondisi tersebut disebut dengan “CITO”.

Untuk permintaan radiologi dalam kategori “CITO”, ketetapan pelaporan hasil pemeriksaan kasus cito

| Deskripsi                                       | Cito pada jam kerja | Cito diluar jam kerja |
|-------------------------------------------------|---------------------|-----------------------|
| Digital Radiography tanpa kontras di Radiologi  | 60 menit            | 120 menit             |
| Digital Radiography dengan kontras di Radiologi | 60 menit            | -                     |
| MRI tanpa kontras di Radiologi                  | 60 menit            | -                     |
| MRI dengan kontras di Radiologi                 | 60 menit            | -                     |
| CT-Scan tanpa kontras di Radiologi              | 60 menit            | 120 menit             |
| CT-Scan dengan kontras di Radiologi             | 60 menit            | 120 menit             |
| USG Rutin                                       | 60                  | 61 menit              |

Tabel 4.2. Permintaan CITO Layanan Radiologi

Beberapa contoh indikator Waktu Pelaporan Hasil Pemeriksaan Di Instalasi Radiologi yang dapat disesuaikan dengan ketentuan RS maupun Dinkes/Kementrian Kesehatan

| Deskripsi                                      | Rawat Jalan | Rawat Inap | Cito pada jam kerja | Cito diluar jam kerja |
|------------------------------------------------|-------------|------------|---------------------|-----------------------|
| Digital Radiography tanpa kontras di Radiologi | 180 Menit   | 180 Menit  | 60 Menit            | 120 Menit             |



|                                                 |           |           |          |           |
|-------------------------------------------------|-----------|-----------|----------|-----------|
| Digital Radiography dengan kontras di Radiologi | 180 Menit | 180 Menit | 60 Menit | -         |
| MRI tanpa kontras di Radiologi                  | 1 Hari    | 1 Hari    | 60 Menit | -         |
| MRI dengan kontras di Radiologi                 | 1 Hari    | 1 Hari    | 60 Menit | -         |
| CT-Scan tanpa kontras di Radiologi              | 1 Hari    | 1 Hari    | 60 Menit | 120 Menit |
| CT-Scan dengan kontras di Radiologi             | 1 Hari    | 1 Hari    | 60 Menit | 120 menit |
| USG Rutin                                       | 180 Menit | 180 Menit | 60 Menit | -         |

Tabel 4.3. Indikator Waktu Pelaporan Hasil Pemeriksaan Di Instalasi Radiologi

e. Manajemen Risiko

Manajemen risiko adalah pendekatan proaktif untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan memprioritaskan risiko untuk mengurangi risiko cedera dan kerugian pada pasien, karyawan rumah sakit, pengunjung dan organisasi sendiri.

1) Keselamatan Pasien

Risiko keselamatan pasien (*patient safety*) di Instalasi Radiologi masuk ke dalam program manajemen Risiko Instalasi Radiologi, antara lain :

- a) Proteksi Radiasi terhadap pasien dan staf.
- b) Pengendalian infeksi nosokomial
- c) Risiko terjadinya kebakaran

2) Keselamatan Kerja

Panduan kesehatan dan keselamatan kerja, antara lain meliputi; K3 (Kesehatan Keselamatan Kerja) Nosokomial, K3 Limbah kimia, dan K3 Penanggulangan Kebakaran.

f. Proteksi Radiasi

Di dalam setiap kegiatan pelaksanaan pelayanan radiologi, diperlukan panduan proteksi radiasi dengan menggunakan prinsip proteksi radiasi yaitu mengupayakan penerimaan dosis radiasi yang seminimal mungkin yang dapat diterima oleh pasien dan operator



tetapi tetap menghasilkan gambar radiografi yang baik dan bernilai diagnostik yang tinggi atau biasa juga disebut ALARA (As Low As Reasonable Achievable).

Keselamatan kerja terhadap akibat paparan radiasi, antara lain meliputi pemantauan dan pengukuran radiasi terhadap sumber radiasi / pesawat sinar-x. yang dikenal dengan istilah Uji kesesuaian atau kalibrasi. Pelaksanaan dari uji kesesuaian ini adalah dilakukan oleh suatu badan yang telah di tunjuk oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN). Melakukan pemantauan dan perawatan terhadap alat Proteksi Radiasi (APD). Menggunakan peralatan pemantauan dosis radiasi per orang diantaranya menggunakan Thermo Luminisence Detektor (TLD), Pen Dose (Pen Dosimetri). Melakukan pemantauan kesehatan terhadap pekerja radiasi, serta melakukan Penanggulangan Keadaan Darurat atau kecelakaan misal karena kerusakan alat atau kebocoran radiasi.

Setiap terjadi kecelakaan dibuat laporan kejadian untuk dilaporkan ke Petugas Proteksi Radiasi dan ke Direktur Rumah Sakit kemudian laporkan juga ke:

DIREKTORAT KETEKNIKAN DAN KESIAPSIAGAAN NUKLIR,  
BAPETEN

Jl. Gajah Mada No.8 Jakarta Pusat 10120, TelP.: (021)63856518

Fax.: (021)6302187 Free call: 08001227383 Email: sosbapeten.go.id

g. Pengendalian Mutu

Pengendalian mutu di Instalasi Radiologi suatu upaya untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan serta mengukur kepuasan pelanggan berdasarkan masukan melalui kuisioner, evaluasi dan analisis langsung secara teknis maupun administrasi.

Berikut adalah beberapa contoh Indikator mutu di pelayanan Radiologi:

- 1) Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)  $\leq$  60 menit
- 2) Pelaporan Hasil Kritis Radiologi  $\leq$  60 menit
- 3) Reject Film Analysis  $\leq$  2%





Dibawah ini adalah kamus indikator mutu pelayanan radiologi.

1) Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)  $\leq$  60 menit

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Area                       | Manajerial                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Kategori Indikator         | Ketepatan Waktu Pelayanan                                                                                                                                                                                                                                          |
| Perspektif                 | Proses bisnis internal                                                                                                                                                                                                                                             |
| Sasaran Strategis          | Terwujudnya Ketepatan Waktu Pelayanan                                                                                                                                                                                                                              |
| Dimensi Mutu               | Efektifitas, efisiensi dan kesinambungan pelayanan                                                                                                                                                                                                                 |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi.                                                                                                                                                                                                                        |
| Definisi operasional       | Waktu tunggu pelayanan radiologi adalah rata-rata waktu yang dibutuhkan pasien mulai mendaftar di loket radiologi dilanjutkan dengan pemeriksaan oleh radiografer sampai dengan keluarnya hasil yang sudah di ekspertise dan divalidasi dokter spesialis radiologi |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator                  | Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil yang sudah diekspertise                                                                                                                                         |
| Denominator                | Jumlah seluruh sampel atau jumlah seluruh pemeriksaan radiologi konvensional                                                                                                                                                                                       |
| Inklusi                    | pemeriksaan radiologi konvensional                                                                                                                                                                                                                                 |
| Eksklusi                   |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Formula                    | Jumlah kumulatif waktu tunggu mulai pasien mendaftar di loket radiologi sampai dengan keluar hasil ekpertise dibagi Jumlah seluruh sampel atau jumlah seleuruh pemeriksaan radiologi konvensional                                                                  |
| Bobot                      | <i>Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator</i>                                                                                                                                                                                                                       |
| Sumber Data                | Instalasi Radiologi<br>Catatan : Sampling bila jumlah pasien > 50 pasien per bulan                                                                                                                                                                                 |
| Standar                    | $\leq$ 3 Jam                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Kriteria Penilaian         | WTPR (jam) :<br>WTPR $\leq$ 3 --> skor = 100<br>3 < WTPR $\leq$ 4 --> skor = 75<br>4 < WTPR $\leq$ 5 --> skor = 50<br>5 < WTPR $\leq$ 6 --> skor = 25<br>WTPR > 6 --> skor = 0                                                                                     |
| PIC                        | Kepala Instalasi Radiodiagnostik                                                                                                                                                                                                                                   |

Tabel 4.4. Kamus Indikator Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi (WTPR)  $\leq$  60 menit



2) Pelaporan Hasil Kritis Radiologi  $\leq 60$  menit

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Area                       | Klinis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kategori Indikator         | Capaian Indikator Medik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Perspektif                 | Proses Bisnis Internal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Sasaran Strategis          | Terwujudnya penyelenggaraan sistem pelayanan radiologi rumah sakit berbasis mutu dan keselamatan pasien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Dimensi Mutu               | Efisiensi, efektivitas dan kesinambungan pelayanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Tujuan                     | Tergambarnya kecepatan pelayanan radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Definisi operasional       | <p>Waktu lapor hasil tes kritis radiologi adalah Waktu yang diperlukan untuk memberikan jawaban kepada dokter yang mengirim setelah keluar hasil pemeriksaan dan mulai dibaca oleh dokter spesialis radiologi sampai hasilnya diterima oleh dokter yang mengirim (lisan atau tulisan).</p> <p>Standar : harus diterima oleh dokter yang mengirim dalam waktu kurang dari 60 (enam puluh) menit baik secara lisan maupun tulisan Untuk lisan harus ada bukti TBaK (Tulis, Baca, Konfirmasi) yang dituliskan di rekam medik</p> <p>Yang dimaksud dengan kritis adalah adalah hasil pemeriksaan yang termasuk dalam kategori kritis yang ditetapkan dengan kebijakan RS.</p> <p>RED Category Condition adalah keadaan yang masuk dalam kondisi kategori kritis atau yang memerlukan penatalaksanaan segera Waktu tunggu yang memanjang dapat berakibat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menurunkan kepercayaan terhadap layanan radiologi</li> <li>- Memperpanjang diagnosa dan terapi penderita</li> </ul> |
| Frekuensi Pengumpulan Data | Bulanan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Numerator                  | Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan $< 60$ menit                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Denominator                | Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Inklusi                    | Semua hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sesuai dengan RED Category Condition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Eksklusi                   | Semua pemeriksaan dan hasil pemeriksaan radiologi yang bukan Kritis dan tidak termasuk RED Category Condition ; hasil pemeriksaan radiologi kritis yang sudah dapat dilihat oleh DPJP/perujuk melalui sistem informasi dan sudah ditindaklanjuti.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Formula                    | $(\text{Jumlah pemeriksaan radiologi kritis yang dilaporkan} < 60 \text{ menit} / \text{Jumlah seluruh pemeriksaan radiologi kritis}) \times 100$                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Bobot                      | Lihat pada Daftar dan Bobot Indikator                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sumber Data                | Catatan data Instalasi Radiologi ; Rekam Medik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Standar                    | 100%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Kriteria Penilaian         | <p>Hasil = 100% <math>\rightarrow</math> skor = 100</p> <p>90% <math>\leq</math> Hasil <math>&lt;</math> 100% <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p>80% <math>\leq</math> Hasil <math>&lt;</math> 90% <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p>70% <math>\leq</math> Hasil <math>&lt;</math> 80% <math>\rightarrow</math> skor = 75</p> <p>Hasil <math>&lt;</math> 70% <math>\rightarrow</math> skor = 0</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| PIC                        | Ka. Instalasi radiologi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

Tabel 4.5. Kamus Indikator Pelaporan Hasil Kritis Radiologi  $\leq 60$  menit



### 3) Reject Film Analysis $\leq 2\%$

| Judul Indikator                     | Reject Film Analysis                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dasar Pemikiran                     | <ul style="list-style-type: none"><li>- Merupakan indikator yang termasuk dalam penilaian BINWASDAL DINKES Jakarta Barat</li><li>- KMK No.129/Menkes/SK/II/2008 tentang standar pelayanan minimal radiologi</li></ul> |
| Dimensi Mutu                        | Efektifitas, efisiensi                                                                                                                                                                                                |
| Tujuan                              | Tergambarnya efektifitas dan efisiensi pelayanan, dengan berkurangnya kerusakan foto / film                                                                                                                           |
| Definisi Operasional                | Banyaknya angka kejadian penolakan film/film gagal dengan beberapa alasan yang mengakibatkan kegagalan pelayanan radiologi atau foto tidak dapat dibaca                                                               |
| Jenis Indikator                     | Proses-Outcome                                                                                                                                                                                                        |
| Satuan Pengukuran                   | Presentase                                                                                                                                                                                                            |
| Numerator (pembilang)               | Jumlah film rusak / gagal dalam 1 bulan                                                                                                                                                                               |
| Denominator (penyebut)              | Jumlah seluruh film yang dicetak dalam 1 bulan                                                                                                                                                                        |
| Target Pencapaian                   | 2 %                                                                                                                                                                                                                   |
| Kriteria Inklusi dan Eksklusi       | -                                                                                                                                                                                                                     |
| Formula                             | Reject rate = (Jumlah film yang rusak/Jumlah seluruh pemeriksaan) X 100%                                                                                                                                              |
| Metode Pengumpulan Data             | Retrospektif                                                                                                                                                                                                          |
| Sumber Data                         | Banyaknya film yang rusak                                                                                                                                                                                             |
| Instrumen Pengambilan Data          | Excell                                                                                                                                                                                                                |
| Populasi/ Besar Sampel              | Jumlah film rusak / gagal dalam 1 bulan                                                                                                                                                                               |
| Cara Pengambilan Sampel             | Non Probability Sampling                                                                                                                                                                                              |
| Periode Pengumpulan Data            | Bulanan                                                                                                                                                                                                               |
| Penyajian Data                      | run chart                                                                                                                                                                                                             |
| Periode Analisis Dan Pelaporan Data | triwulan                                                                                                                                                                                                              |
| Penanggung Jawab                    | Kepala Instalasi Radiologi                                                                                                                                                                                            |

Tabel 4.6. Kamus Indikator Reject Film Analysis  $\leq 2\%$

Selain indikator mutu diatas, masih banyak indikator lainnya yang bisa digunakan. Indikator mutu sebaiknya merupakan permasalahan yang ditemui di pelayanan sehingga dapat di perbaiki dan di evaluasi.





### 3. Dokumentasi

Pelaporan dan dokumentasi dilakukan sebagai tolak ukur untuk menjamin pelayanan Radiologi yang prima dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan, pelaporan dan dokumentasi yang dimaksud meliputi ketenagaan, fasilitas, logistik, tatalaksana pelayanan, manajemen risiko, proteksi radiasi dan pengendalian mutu.

### **C. Pedoman Pelayanan Kefarmasian**

Pelayanan kefarmasian merupakan pelayanan penunjang yang penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dari sisi medis maupun dari sisi ekonomi. Pelayanan kefarmasian harus dilaksanakan secara aman, efektif dan efisien sehingga dapat memberikan daya ungkit yang bermakna terhadap mutu pelayanan kesehatan, keselamatan pasien dan pendapatan rumah sakit.

#### **Tujuan**

Pengaturan Tata Kelola Pelayanan Kefarmasian di rumah sakit bertujuan untuk:

- a. Memberikan acuan bagi tenaga kefarmasian, tenaga medis, dan tenaga kesehatan lain dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian yang bermutu;
- b. Menjamin akses yang mudah, kualitas yang baik, dan harga yang terjangkau terhadap Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau Perbekalan Kesehatan lain bagi Masyarakat;
- c. Melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (*patient safety*); dan
- d. Menjaga keamanan, khasiat/manfaat, dan mutu Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau Perbekalan Kesehatan lain.

#### **Ruang Lingkup**

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit meliputi pengelolaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain; serta Pelayanan farmasi klinis.

Pengelolaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain, meliputi:





- a. Perencanaan;
- b. Pemilihan;
- c. Pengadaan;
- d. Penyimpanan;
- e. Dispensing;
- f. Pengendalian;
- g. Penarikan;
- h. Pemusnahan.

Pelayanan Farmasi Klinis, meliputi :

- a. Rekonsiliasi obat;
- b. Asesmen penggunaan obat;
- c. Monitoring kadar obat dalam darah untuk obat dengan risiko tinggi;
- d. Pengendalian resistensi antimikroba;
- e. Farmakovigilans;
- f. Pelayanan Informasi Obat; dan
- g. Konseling.

Standar pelayanan kefarmasian di Rumah Sakit mengacu kepada Peraturan Menteri dan Petunjuk Teknis/ Pedoman Pelayanan yang berlaku.

1. Pengelolaan Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai dan/atau Perbekalan Kesehatan Lain

Kegiatan pengelolaan meliputi seluruh siklus rantai suplai sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain di fasilitas pelayanan kefarmasian mulai dari perencanaan hingga penggunaan obat yang seluruhnya merupakan rangkaian kegiatan yang kompleks dan saling terkait satu dengan yang lainnya. Pengelolaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain dilakukan secara terintegrasi di bawah pengawasan dan pengendalian Instalasi Farmasi.





Pengelolaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain harus dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir dan menggunakan proses yang efektif untuk menjamin kendali mutu dan kendali biaya.

Strategi untuk menjamin ketersediaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain, antara lain :

a. Perencanaan

Kegiatan perencanaan dilakukan untuk menentukan jenis dan jumlah sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain untuk menjamin ketersediaannya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan selama periode tertentu dengan terpenuhi kriteria tepat jenis, tepat jumlah dan tepat waktu dengan prinsip efisien dan akuntabel.

Perencanaan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan, antara lain metode konsumsi, metode morbiditas, metode kombinasi (proxy consumption), serta disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.

Untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu, dan efisien dalam perencanaan harus mempertimbangkan:

- 1) Formularium dan Daftar Alat Kesehatan Rumah Sakit;
- 2) Anggaran yang tersedia;
- 3) Penetapan prioritas;
- 4) Sisa persediaan;
- 5) Waktu kedaluwarsa;
- 6) Data pemakaian periode sebelumnya;
- 7) Data pola penyakit/morbiditas;
- 8) Waktu tunggu pemesanan; dan/atau
- 9) Rencana pengembangan pelayanan.

b. Pemilihan

Pemilihan merupakan proses kerja sama yang mempertimbangkan kebutuhan dan keselamatan pasien sekaligus mempertimbangkan kendali mutu dan kendali biaya pelayanan





kesehatan khususnya pemilihan/seleksi sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain yang digunakan untuk menunjang pelayanan kesehatan. Pemilihan dilakukan oleh apoteker dan/atau apoteker spesialis serta dapat dibantu oleh tenaga vokasi farmasi.

Pemilihan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain berdasarkan pada:

- 1) Formularium Nasional, Formularium Fitofarmaka, dan Daftar Alat Kesehatan Esensial;
- 2) Standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi/panduan praktik klinik dan/atau PNPk;
- 3) Pola penyakit;
- 4) Pengobatan berbasis bukti;
- 5) Mutu;
- 6) Harga; dan/atau
- 7) Ketersediaan di pasaran.

c. Pengadaan

Pengadaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari pemilihan metode pengadaan, pemilihan pemasok, penentuan spesifikasi barang, pemantauan proses pengadaan, serah terima dan pembayaran. Pengadaan bertujuan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan, menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau serta sesuai dengan standar sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain yang dibutuhkan. Pengadaan melibatkan Apoteker dan/atau apoteker spesialis serta dapat dibantu oleh tenaga vokasi farmasi untuk memastikan proses pengadaan sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengadaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain antara lain:

- 1) Bahan baku Obat harus disertai Sertifikat Analisis.





- 2) Bahan berbahaya harus menyertakan Lembar Data Keselamatan (LDK).
- 3) Sediaan Farmasi, dan/atau Bahan Medis Habis Pakai tertentu harus mempunyai Nomor Izin Edar/Izin Mekanisme Jalur Khusus/memiliki Persetujuan Penggunaan Darurat.
- 4) Masa kedaluwarsa minimal 2 (dua) tahun kecuali untuk Sediaan Farmasi, dan/atau Bahan Medis Habis Pakai tertentu (vaksin, obat program, reagensia, dan lain-lain), atau pada kondisi tertentu yang dapat dipertanggungjawabkan.

Pengadaan dapat dilakukan melalui :

1) Pembelian

Rumah Sakit melakukan proses pembelian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain sesuai dengan Peraturan Pengadaan Barang/ Jasa yang berlaku. Untuk mendapatkan harga yang lebih efisien dapat dilakukan strategi pengadaan melalui proses konsolidasi, yaitu Konsolidasi Pengadaan dengan beberapa rumah sakit untuk pengadaan obat kelas terapi tertentu atau kelompok BMHP tertentu sesuai dengan kebutuhan.

2) Sumbangan/Dropping/Hibah

Seluruh kegiatan penerimaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain dengan cara sumbangan/dropping/hibah harus disertai dokumen administrasi yang lengkap dan jelas. Instalasi Farmasi dapat memberikan rekomendasi kepada pimpinan rumah sakit untuk mengembalikan/menolak sumbangan/dropping/hibah sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain yang tidak bermanfaat bagi kepentingan pasien rumah sakit.

3) Produksi Terbatas Sediaan Farmasi

Instalasi Farmasi dapat memproduksi sediaan tertentu sesuai dengan kebutuhan dengan tetap berpedoman pada peraturan yang berlaku dan harus memenuhi persyaratan mutu.





Kegiatan lain yang menunjang proses pengadaan adalah :

1) Pemesanan

Pemesanan adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk meminta kepada penyedia barang agar mengirim sejumlah barang sesuai dengan kebutuhan, jumlah, kualitas dan waktu yang ditentukan atas Perjanjian Kerjasama yang disepakati.

Pemesanan dilakukan dengan tahapan :

a) Menyusun rencana pemesanan dengan mempertimbangkan :

- Daftar barang dalam kontrak;
- Data penggunaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain;
- Data distribusi sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain;
- Data sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain *fast moving* dan *slow moving*;
- Data sediaan farmasi berupa obat generik;
- Data stock di Gudang dan di satelit;
- Informasi ketersediaan stok distributor/ principal.
- Pemesanan dilakukan juga dengan mempertimbangkan :
  - Kapasitas pelayanan;
  - Kapasitas Gudang Farmasi dan Satelit Farmasi;

b) Membuat Surat Pesanan dan mengirimkan ke Penyedia

c) Memonitor pemenuhan barang sesuai surat pesanan dan menindaklanjuti masalah terkait surat pesanan yang tidak dikirimkan oleh distributor, terutama melakukan upaya antisipasi agar kebutuhan barang tersebut tetap dapat dipenuhi.

2) Penerimaan

Penerimaan merupakan proses menerima sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain sesuai dengan proses pengadaan yang dilakukan.

Penerimaan bertujuan untuk menjamin kesesuaian kontrak atau surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima meliputi jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang





tertera. Pemeriksaan label dan kemasan meliputi pemeriksaan terhadap tanggal kedaluwarsa, dan nomor bets sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain yang diterima. Penerimaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain dilakukan oleh Apoteker serta dapat dibantu oleh Tenaga Vokasi Farmasi.

d. Penyimpanan

Penyimpanan bertujuan untuk menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu, menjamin kelangsungan persediaan, menghindari penyalahgunaan dan penggunaan yang salah, memudahkan dalam melakukan pencarian dan pengawasan sehingga terhindar dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat mempengaruhi mutu sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain. Penyimpanan dilakukan oleh apoteker dan/atau apoteker spesialis dan dapat dibantu tenaga vokasi farmasi.

Ruang penyimpanan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain harus disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan penyimpanan serta memenuhi persyaratan kefarmasian. Ruang penyimpanan dan peralatan yang dibutuhkan akan diatur lebih lanjut pada Petunjuk Teknis yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Metode penyimpanan dapat dilakukan berdasarkan bentuk sediaan, kelas terapi, dan disusun secara alfabetis dengan menerapkan prinsip First Expired First Out (FEFO) dan First In First Out (FIFO), dan prinsip lainnya terkait penyimpanan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain disertai sistem informasi manajemen. Instalasi Farmasi harus dapat memastikan bahwa sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain disimpan secara benar dan diinspeksi secara periodik.

e. Dispensing





Dispensing merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah, dan ketepatan waktu. Rumah Sakit harus menentukan sistem distribusi yang dapat menjamin terlaksananya pengawasan dan pengendalian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain di unit pelayanan.

Sistem distribusi di unit pelayanan dapat dilakukan dengan cara:

1) Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (floor stock)

Pendistribusian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain untuk persediaan di ruang rawat disiapkan dan dikelola oleh Instalasi Farmasi.

2) Sistem Resep Perorangan

Pendistribusian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain berdasarkan Resep perorangan/pasien rawat jalan dan rawat inap melalui Instalasi Farmasi.

3) Sistem Unit Dosis

Pendistribusian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain berdasarkan resep perorangan yang disiapkan dalam unit dosis tunggal atau ganda, untuk penggunaan satu kali dosis/pasien. Sistem unit dosis ini digunakan untuk pasien rawat inap.

4) Sistem Kombinasi

Sistem pendistribusian sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain bagi pasien rawat inap dengan menggunakan kombinasi.

5) Sistem distribusi Unit Dose Dispensing (UDD) sangat dianjurkan untuk pasien Rawat Inap mengingat dengan sistem ini meminimalkan kesalahan pemberian Obat dan efisiensi biaya





dibandingkan dengan sistem floor stock atau resep individu. Sistem Persediaan Lengkap di Ruangan (floor stock)

f. Pengendalian Persediaan (*Inventory Control*)

Pengendalian persediaan adalah seluruh rangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis untuk menjamin ketersediaan, ketepatan jumlah, mutu, dan efisiensi penggunaan sediaan farmasi, BMHP dan perbekalan kesehatan lain di rumah sakit, melalui pemantauan, evaluasi, serta pengambilan keputusan berbasis data terhadap persediaan barang, agar terhindar dari kekurangan (stock-out), kelebihan (overstock), kadaluwarsa, maupun kehilangan.

Pengendalian dilakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain. Pengendalian penggunaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain dilakukan oleh Instalasi Farmasi bersama dengan Komite/Tim Farmasi dan Terapi di Rumah Sakit dan unit kerja terkait.

Tujuan pengendalian persediaan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain adalah untuk :

- 1) Penggunaan Obat sesuai dengan Formularium Rumah Sakit;
- 2) Penggunaan Obat sesuai dengan diagnosis dan terapi; dan
- 3) Memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain.

Cara untuk mengendalikan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain adalah:

- 1) Menentukan prioritas pengendalian menggunakan metode kombinasi ABC (pareto) - VEN
- 2) Menetapkan parameter stock :
  - Safety Stock : stock cadangan untuk menghadapi ketidakpastian permintaan/pengadaan
  - Reorder Point (ROP) : Titik pemesanan ulang (berdasarkan waktu tunggu pengadaan



- Maximum -Minimum stock level : Batas atas dan bawah stok ideal.

3) Mencatat dan memantau Stock :

- Menggunakan kartu stok manual atau sistem komputerisasi (e-logistic, SIMRS);
- Meng-update setiap kali ada penerimaan atau pengeluaran;
- Memastikan kesesuaian antara stok fisik dan di catatan.

4) Menata Stock :

- Menerapkan prinsip FEFO (First Expired, First Out) dan FIFO (First In, First Out);
- Memisahkan obat kedaluwarsa dan obat rusak;
- Menata berdasarkan abjad, bentuk sediaan, atau klasifikasi risiko.

5) Stock Opname berkala

6) Analisis dan Evaluasi

g. Penarikan

Merupakan proses penarikan sediaan farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau perbekalan kesehatan lain yang telah diedarkan namun kemudian diketahui tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat/manfaat, mutu dan label. Penarikan dilakukan sebagai upaya pengendalian kualitas Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau perbekalan kesehatan lain untuk menjamin keamanan, khasiat/manfaat, mutu sebagai salah satu upaya perlindungan terhadap keselamatan pasien. Sediaan Farmasi dan perbekalan kesehatan lain yang tidak memenuhi standar/ketentuan peraturan perundang-undangan dilakukan oleh pemilik izin edar berdasarkan perintah penarikan oleh BPOM (mandatory recall) atau berdasarkan inisiatif sukarela oleh pemilik izin edar (voluntary recall) dengan tetap memberikan laporan kepada Kepala BPOM. Penarikan Bahan Medis Habis Pakai dilakukan terhadap produk yang izin edarnya dicabut oleh Menteri.

h. Pemusnahan





Merupakan pemusnahan Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau perbekalan kesehatan lain beserta label dan kemasan yang tidak memenuhi standar dan/atau persyaratan keamanan, khasiat/manfaat dan mutu.

Pemusnahan dilakukan untuk sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain bila :

- 1) Produk tidak memenuhi persyaratan mutu;
- 2) Telah kadaluwarsa;
- 3) Tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan/atau
- 4) dicabut izin edarnya.

Pemusnahan narkotika, psikotropika dan prekursor mengacu pada ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

## 2. Pelayanan Farmasi Klinis

Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan langsung yang diberikan Apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena Obat, untuk tujuan keselamatan pasien (*patient safety*) sehingga kualitas hidup pasien (*quality of life*) terjamin.

Secara umum pelayanan farmasi klinis terbagi menjadi beberapa kegiatan, antara lain :

- a. Rekonsiliasi Obat





Rekonsiliasi obat merupakan kegiatan untuk mengidentifikasi daftar obat pasien ketika masuk rumah sakit, perpindahan ruangan perawatan dan keluar rumah sakit yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kesalahan Obat (medication error) seperti Obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi Obat. Kesalahan Obat (medication error) rentan terjadi pada perpindahan pasien dari satu Fasilitas Pelayanan Kesehatan ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari pelayanan kesehatan rujukan ke pelayanan kesehatan primer dan sebaliknya. Kegiatan Rekonsiliasi meliputi penelusuran riwayat penggunaan obat dan penyelarasan informasi penggunaan obat pada saat berpindah perawatan.

b. Asesmen penggunaan obat

Asesmen penggunaan obat merupakan kegiatan mengevaluasi regimen pengobatan pasien untuk mengoptimalkan terapi dan meminimalkan masalah terkait obat.

c. Monitoring kadar obat dalam darah untuk obat dengan risiko tinggi

Monitoring kadar obat dalam darah merupakan proses pengukuran kadar obat dalam darah pasien untuk memantau kadar obat berada dalam rentang terapeutik

Tujuan Monitoring Kadar Obat dalam Darah

- 1) menjamin efektivitas kadar obat pada rentang terapeutik
- 2) mencegah toksisitas
- 3) menyesuaikan dosis
- 4) menilai kepatuhan pasien

d. Pengendalian resistensi antimikroba

Pengendalian resistensi antimikroba merupakan kegiatan yang ditujukan untuk mencegah dan/atau menurunkan adanya mikroba resisten. Penyerahan antimikroba harus berdasarkan resep dari tenaga medis sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Strategi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba dilakukan dengan cara:





- 1) mengendalikan berkembangnya mikroba resisten akibat tekanan seleksi oleh antibiotik, melalui penggunaan antibiotik secara bijak; dan
- 2) mencegah penyebaran mikroba resisten melalui peningkatan ketaatan terhadap prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi.

e. Farmakovigilans

Merupakan seluruh kegiatan pendeteksian, penilaian, pemahaman, komunikasi, pengendalian dan pencegahan efek samping atau masalah lainnya terkait dengan penggunaan obat.

Farmakovigilans bertujuan antara lain untuk :

- 1) Menemukan Efek Samping Obat sedini mungkin terutama yang berat, tidak dikenal, frekuensinya jarang;
- 2) Menentukan frekuensi dan insidensi yang sudah dikenal dan yang baru saja ditemukan;
- 3) Mengenal semua faktor yang mungkin dapat menimbulkan/mempengaruhi angka kejadian dan hebatnya efek samping obat;
- 4) Meminimalkan risiko kejadian yang tidak diharapkan;
- 5) Mencegah terulangnya kejadian yang tidak diharapkan;

f. Pelayanan Informasi Obat

Pelayanan informasi obat merupakan kegiatan penyampaian informasi obat dan terapi secara komprehensif berbasis bukti kepada pasien, tenaga medis, tenaga kesehatan lain, dan masyarakat.

Pelayanan Informasi bertujuan untuk:

- 1) menyediakan informasi mengenai Obat kepada pasien, masyarakat dan tenaga kesehatan di lingkungan Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan pihak lain di luar Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- 2) menyediakan informasi untuk membuat kebijakan yang berhubungan dengan sediaan farmasi, bahan medis habis pakai dan/atau perbekalan kesehatan lain, misalnya kepada Komite/Tim Farmasi dan Terapi atau Tim Penyusun Formularium; dan
- 3) menunjang penggunaan Obat yang rasional.

g. Konseling





Konseling merupakan kegiatan menilai kebutuhan dan kepatuhan pasien terhadap terapi obat.

Konseling untuk pasien di semua Fasilitas Pelayanan Kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif Apoteker dan/atau Apoteker Spesialis, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarga terhadap Apoteker dan/atau Apoteker Spesialis.

Pemberian konseling bertujuan untuk mengoptimalkan hasil terapi, meminimalkan risiko kejadian yang tidak diharapkan, dan meningkatkan cost effectiveness yang pada akhirnya meningkatkan keamanan penggunaan Obat bagi pasien (keselamatan pasien).

### 3. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan merupakan kegiatan pendokumentasian proses pengelolaan dan pelayanan farmasi klinis yang bertujuan untuk:

- a. Memastikan data atau informasi penting tersimpan dengan baik, dapat dilacak, dan mudah diakses ketika diperlukan.
- b. Bukti bahwa kegiatan pelayanan kefarmasian telah dilakukan;
- c. Sumber data untuk melakukan monitoring dan evaluasi; dan
- d. Sumber data untuk pembuatan laporan.

Pelaporan merupakan merupakan kumpulan catatan dan pendataan kegiatan administrasi pengelolaan dan pelayanan farmasi klinis sumber daya manusia kesehatan yang disajikan kepada pihak yang berkepentingan. Pelaporan terhadap kegiatan pengelolaan Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau perbekalan kesehatan lain yang meliputi pemilihan, perencanaan, pengadaan, produksi terbatas, penerimaan, penyimpanan, penyiapan, pendistribusian, penarikan, pemusnahan, pengendalian, pencatatan, pelaporan, dan monitoring dan evaluasi Sediaan Farmasi, Bahan Medis Habis Pakai, dan/atau perbekalan kesehatan lain.

Pelaporan dilakukan sebagai:

- a. Komunikasi antar level manajemen;
- b. Penyiapan laporan tahunan yang komprehensif mengenai kegiatan di Instalasi Farmasi;
- c. Laporan tahunan.





#### 4. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan Evaluasi pengelolaan dan pelayanan farmasi klinis dilakukan secara periodik dengan tujuan untuk :

- a. mengendalikan dan menghindari terjadinya kesalahan;
- b. memperbaiki secara terus-menerus untuk meningkatkan pelayanan kefarmasian; dan
- c. memberikan penilaian terhadap capaian kinerja.

Setiap kegiatan pengelolaan dan pelayanan farmasi klinis harus dilaksanakan sesuai standar prosedur operasional.

#### **D. Pedoman Pemulasaran Jenazah**

Kematian memang bukan tujuan dari setiap pasien yang datang ke rumah sakit. Apabila keadaan ini terjadi, penghormatan harkat dan martabat manusia secara utuh tetap diperhatikan dan menjadi dasar pelayanan jenazah di rumah sakit.

Kamar jenazah adalah tempat untuk jenazah sebelum keluar dari rumah sakit. Secara umum, pelayanan yang dapat diberikan di kamar jenazah adalah perawatan jenazah, pemulasaraan jenazah, penyimpanan jenazah, pengawetan jenazah, pengantaran jenazah dan pencatatan / penginputan identitas jenazah sebelum jenazah diserahkan kepada keluarga.

Kamar jenazah melayani perawatan dan pemulasaraan jenazah dari ruang rawat inap, ICU dan UGD. Semua jenazah yang meninggal di dalam internal rumah sakit harus ditempatkan terlebih dahulu di kamar jenazah sebelum diserahkan kepada keluarga.

Pemulasaraan jenazah adalah perawatan pasien setelah meninggal, termasuk menyiapkan jenazah untuk diperlihatkan pada keluarga, transportasi ke kamar jenazah dan melakukan disposisi (penyerahan) barang-barang milik pasien. Pemulasaraan jenazah dimulai setelah dokter menyatakan kematian pasien.

##### 1. Ruang Lingkup

Pemulasaraan jenazah adalah melalui perawatan kebersihan sesuai kepercayaan atau adat yang di anut, perlakuan sopan dan tidak merusak badan / wajahnya tanpa indikasi atau kepentingan kemanusiaan termasuk





penghormatan atas kerahasiaannya. Pemulasaraan jenazah juga harus memperhatikan kemungkinan kontaminasi silang antara jenazah kepada petugas kesehatan atau sebaliknya, lingkungan kamar jenazah yang kurang baik dapat menimbulkan kontaminasi dari kamar jenazah ke orang lain melalui jenazah yang ada di dalam kamar jenazah tersebut.

Pelayanan Unit Pemulasaraan Jenazah meliputi : Penjemputan, pengurusan administrasi dan pembiayaan, pemulasaraan, pengawetan, penyediaan peti, penyimpanan (freezer) dan pengantaran jenazah. Dilakukan dalam 24 jam, sesuai dengan agama, kepercayaan dan budaya yang dianut oleh jenazah.

## 2. Tatalaksana

### d. Fasilitas

#### 1) Lokasi Unit Pemulasaraan Jenazah

Setiap rumah sakit diharuskan ada unit kamar jenazah untuk perawatan pasien yang meninggal. Unit Pemulasaraan Jenazah berada ditempat yang jauh dari lalu lintas perawatan pasien untuk menghindari terjadinya kontaminasi dan sesuai dengan alur kerja.

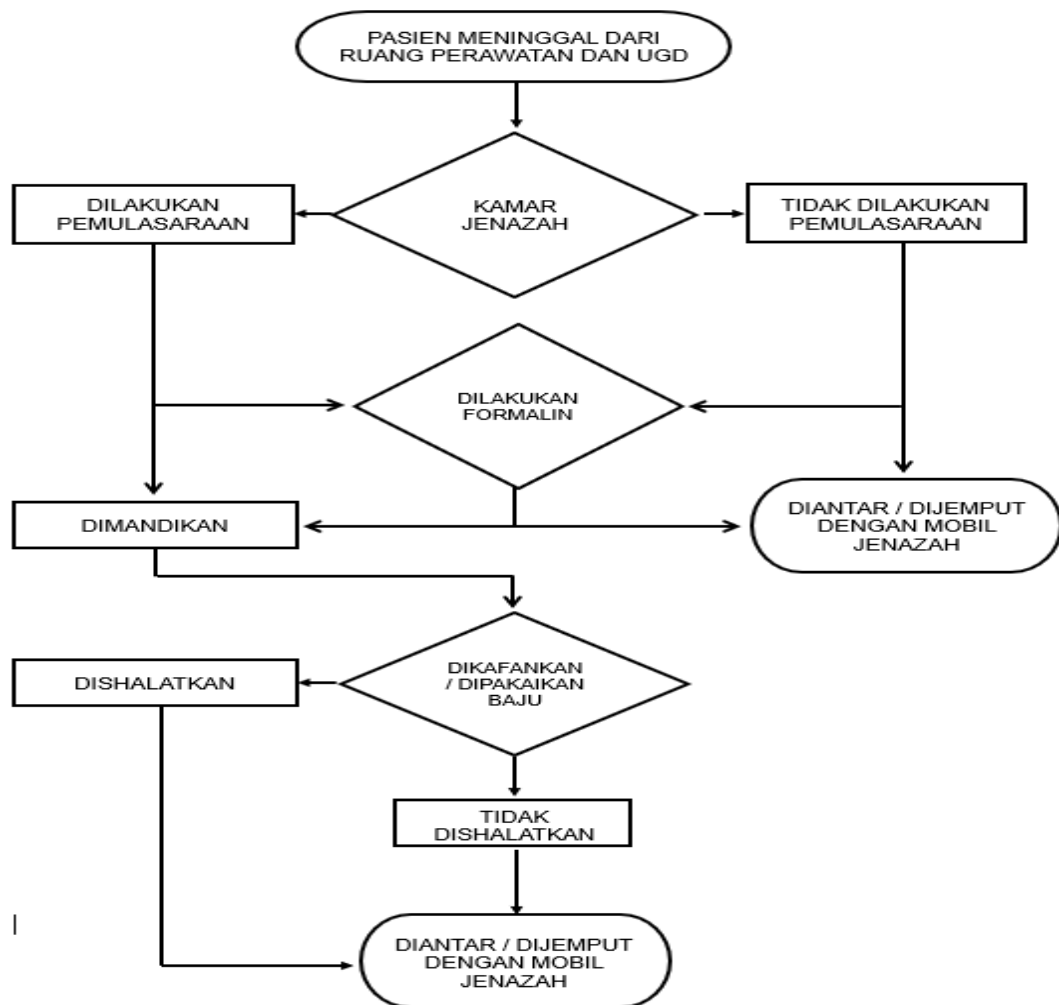
#### 2) Kebersihan Sarana dan Prasarana

Setiap hari peralatan dan ruangan serta permukaan dibersihkan, secara teratur dilakukan pembersihan besar yang disesuaikan dengan jadwal pembersihan Unit Pemulasaraan Jenazah, secara rutin dilakukan *foging* untuk membasmi nyamuk dan serangga lainnya. Pengecekan stok ATK, BHP dan APD rutin dilakukan setiap hari.

### e. Standar Pelayanan

Untuk memberikan pelayanan yang lebih baik pada pasien meninggal, maka diperlukan alur penanganan jenazah yang jelas. Tersedianya kamar jenazah yang standar dapat dipakai sebagai acuan oleh petugas kamar jenazah dalam memberikan mutu pelayanan yang baik bagi keluarga pasien.





#### f. Standar Logistik

Untuk menunjang pelayanan Unit Pemulasaraan Jenazah baik berupa BHP, ATK, APD, Alkes dan barang logistik lainnya diusulkan berdasarkan keperluan dan akan disimpan dalam stok barang di unit. Sistem logistik yang digunakan mengacu pada panduan logistik yang dibuat oleh bagian Logistik dan Inventaris dengan mengacu pada sistem rumah sakit.

#### g. Perlindungan Kesehatan Petugas

Proteksi untuk keselamatan kerja tidak hanya APD, alat proteksi kebakaran seperti APAR dan lemari khusus B3 serta tes Kesehatan dan tindak lanjut bila ada Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) dan Penyakit Akibat Kerja (PAK), namun juga pelatihan tentang proteksi dan keselamatan.



## **E. Pedoman Pelayanan Gizi**

Pelayanan gizi di rumah sakit merupakan proses pelayanan yang dilaksanakan secara komprehensif dalam pemenuhan kebutuhan makanan dan gizi pasien yang disesuaikan dengan kondisi kesehatan dan status gizi dalam bagian integrasi pelayanan kesehatan dalam lingkup promotive, preventif, kuratif, rehabilitative dan paliatif. Pelayanan gizi pada pasien berperan penting pada pencegahan, perlambatan progresivitas, pengelolaan dan pengobatan penyakit, yang diberikan secara terintegrasi.

Masalah malnutrisi di Rumah Sakit harus ditangani secara serius melalui pelayanan gizi yang tepat. Malnutrisi dapat terjadi akibat beberapa penyebab. Pelayanan gizi di rumah sakit kepada pasien dapat menghasilkan outcome status gizi yang optimal dan juga mempengaruhi efisiensi biaya perawatan.

### **1. Ruang Lingkup**

Pelayanan gizi rumah sakit terdiri dari pelayanan di rawat jalan, rawat inap dan penyelenggaraan makanan yang saling terintegrasi.

Asuhan gizi rawat jalan pada umumnya disebut kegiatan konseling gizi dan dietetik atau edukasi/penyuluhan gizi.

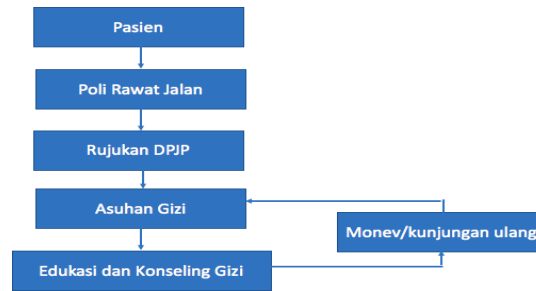
### **2. Tatalaksana**

Pelayanan gizi di rumah sakit adalah pelayanan yang diberikan dan disesuaikan dengan keadaan pasien berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuh. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien. Pelayanan gizi dilakukan dari pasien masuk dilakukan assesmen gizi hingga pemberian makanan sesuai diet yang ditetapkan.

#### **a. Pelayanan Gizi Rawat Jalan**

Pelayanan edukasi dan konseling gizi dan dietetik diberikan kepada pasien dengan penyakit degeneratif dan malnutrisi yang membutuhkan edukasi dari dietisien untuk memperbaiki pola makan dan status gizi.

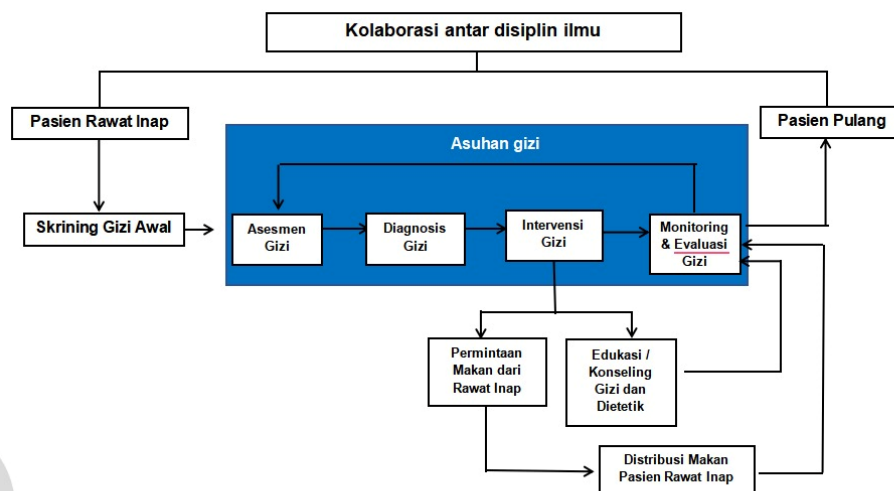




Gambar Alur Pelayanan Gizi Rawat Jalan

#### b. Pelayanan Gizi Rawat Inap

Pelayanan gizi rawat inap meliputi asuhan gizi dan pelayanan makanan pasien. Pelayanan gizi dimulai dari proses pengkajian, diagnosis gizi, intervensi meliputi perencanaan, penyediaan makanan, penyuluhan/edukasi, dan konseling, serta monitoring dan evaluasi gizi.



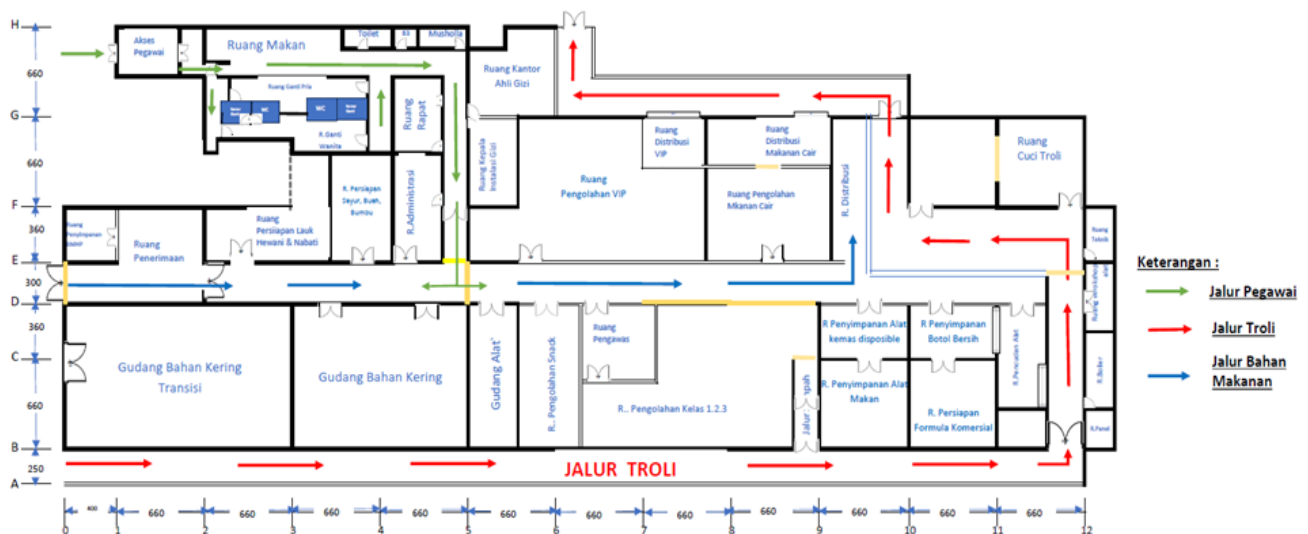
Gambar Alur Pelayanan Gizi Rawat Inap

Gambar Alur Pelayanan Gizi Rawat Inap

Koordinasi dan komunikasi antar disiplin ilmu sangat diperlukan dalam proses pelaksanaan pelayanan asuhan gizi rawat jalan maupun rawat inap. Sebagai bagian dari tim pelayanan kesehatan, dietisien harus berkolaborasi dengan dokter, perawat, pramusaji dan tenaga kesehatan lain dalam memberikan pelayanan

### c. Penyelenggaraan Makanan

Penyelenggaraan makanan rumah sakit merupakan rangkaian kegiatan mulai dari perencanaan menu, perencanaan kebutuhan bahan makanan, perencanaan anggaran belanja, pengadaan bahan makanan, penerimaan dan penyimpanan, pemasakan bahan makanan, distribusi dan pencatatan, pelaporan serta evaluasi.



Gambar 4.2. Contoh Layout Dapur

#### d. Keamanan Makanan

Pelayanan makanan rumah sakit harus mengimplementasikan Sistem Manajemen Keamanan Pangan untuk menciptakan layanan yang berkualitas dan aman. Dalam penerapan keamanan pangan prinsip yang digunakan adalah kemampuan dalam pengendalian bahaya pada setiap proses pangan sehingga aman dikonsumsi pasien.

Keamanan pangan di rumah sakit penting untuk mencegah kontaminasi makanan yang dapat memperparah penyakit pasien. Makanan yang tidak aman dapat menyebabkan wabah penyakit bahkan kematian.

Aspek keamanan pangan mencakup persiapan makanan, penjamah makanan, peralatan masak dan makan, sanitasi, kendali



suhu, bahan baku, pemisahan bahan makanan dan pelatihan keamanan pangan

e. Pengawasan dan Pengendalian Mutu

Pelayanan gizi di rumah sakit dikatakan bermutu jika memenuhi 3 (tiga) komponen mutu, yaitu :

- 1) Pengawasan dan pengendalian mutu untuk menjamin bahwa produk yang dihasilkan aman;
- 2) Menjamin kepuasan konsumen
- 3) Assesment yang berkualitas.

Pengembangan beberapa indikator mutu pelayanan sebagai salah satu bentuk pengawasan, pengendalian dan evaluasi terhadap pelayanan gizi. Indikator mutu pelayanan gizi dapat mencakup hal-hal sebagai berikut:

- 1) Pengukuran indikator nasional mutu (INM).
- 2) Pengukuran indikator mutu prioritas rumah sakit (IMP-RS) yang berdampak luas dan menyeluruh di rumah sakit.
- 3) Pengukuran indikator mutu prioritas unit (IMP-unit) untuk mengurangi variasi, meningkatkan keselamatan pada prosedur/tindakan berisiko tinggi dan meningkatkan kepuasan pasien serta efisiensi sumber daya.

Dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dapat meliputi:

- 1) Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien (100 %)
- 2) Sisa makanan yang tidak dihabiskan oleh pasien ( $\leq$  20 %)
- 3) Tidak ada kesalahan pemberian diet (100 %).
- 4) Kepuasan Pasien terhadap Pelayanan dan Produksi Makanan

3. Dokumentasi

Pencatatan dan pelaporan merupakan bentuk pengawasan dan pengendalian. Pencatatan dilakukan pada setiap langkah kegiatan sedangkan pelaporan dilakukan berkala sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit (bulanan/triwulan/tahunan).

**F. Pedoman Pengelolaan atau Penyimpanan Darah**





Pelayanan pengelolaan atau penyimpanan darah adalah upaya pelayanan kesehatan yang terdiri dari rangkaian kegiatan mulai dari proses pengadaan darah, pengelolaan atau penyimpanan darah, permintaan darah, pendistribusian darah, pemeriksaan serologi golongan darah dan uji silang serasi, serta tindakan medis pemberian darah kepada pasien untuk tujuan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Pelayanan Pengelolaan atau penyimpanan darah mengikuti Panduan pelayanan transfusi darah rumah sakit dan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan

Pengelolaan atau penyimpanan darah yang berkualitas, aman, dan efektif dapat dicapai apabila pelayanan dijalankan sesuai standar dan menggunakan sistem distribusi tertutup, untuk menjamin keselamatan pasien, donor dan petugas kesehatan. Sistem distribusi secara tertutup dapat dijalankan apabila rumah sakit sebagai pengguna darah transfusi, mempunyai Pengelolaan atau penyimpanan darah Rumah Sakit sebagai unit pelaksana pelayanan transfusi darah yang bekerja sama melalui ikatan kerja sama dengan Unit Pengelola Darah (UPD) Propinsi setempat, sesuai dengan peraturan dan standar yang telah ditetapkan.

Ketersediaan darah aman di rumah sakit merupakan salah satu Standar Pelayanan Minimal rumah sakit yang berarti setiap rumah sakit harus memiliki manajemen pengelolaan atau penyimpanan darah yang menjamin ketersediaan stok darah aman 24 jam di Pengelolaan atau penyimpanan Darah Rumah Sakit. Agar Pengelolaan atau penyimpanan Darah Rumah Sakit dapat berjalan dengan baik dan terstandar maka dibutuhkan panduan pengelolaan atau penyimpanan darah yang dipakai sebagai acuan di rumah sakit dalam melaksanakan pelayanan darah yang berkualitas, aman dan bermutu.

#### 1. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengelolaan atau penyimpanan darah meliputi proses pemberian persetujuan (informed consent), Permintaan darah, Tes kecocokan, Pengadaan darah, Pengelolaan atau penyimpanan darah, Identifikasi pasien, Distribusi dan pemberian darah, Monitoring pasien dan respons, Identifikasi dan respon terhadap reaksi transfusi.





Proses tersebut melibatkan petugas Penyimpanan Darah, dokter dan perawat di ruang perawatan, UPD Rumah Sakit dan UPD PMI. Semua petugas di unit bank darah wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku, mematuhi peraturan K3 dan bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien.

Pengelolaan atau Penyimpanan Darah merupakan bagian dari Pengelolaan atau penyimpanan darah Laboratorium Medis Rumah Sakit dan Pengelolaan atau Penyimpanan Darah, dipimpin oleh yang telah dilatih atau memiliki kompetensi pada bidang Tranfusi Darah. Untuk memenuhi kebutuhan persediaan darah (pengadaan darah) di rumah sakit, Pengelolaan atau penyimpanan Darah bekerja sama dengan dan UPD Rumah Sakit dan Unit Pengelola Darah (UPD) PMI.

## 2. Tatalaksana

### a. Penyimpanan dan Indikasi Pemberian Darah/Komponen Darah

Untuk mempertahankan kualitas, darah/komponen darah harus disimpan pada suhu yang optimal. Suhu tempat penyimpanan harus selalu terpantau, darah/komponen darah yang dikelola meliputi

#### 1) Darah Lengkap (Whole Blood)

- Penyimpanan : 2 – 6 °C di dalam *blood bank refrigerator*.
- Masa simpan : 28 hari sejak pengambilan darah donor (tertulis pada kantong darah)

#### 2) Packed Red Cell (PRC)

- Penyimpanan : 2 – 6 °C di dalam *blood bank refrigerator*.
- Masa simpan : 21 hari sejak pengambilan darah donor (tertulis pada kantong darah)

#### 3) Washed Red Cell (WRC)

- Penyimpanan : 2 – 6 °C di dalam *blood bank refrigerator*.
- Masa simpan : 4 jam setelah proses pencucian di PMI (tertulis pada kantong darah)





4) Trombosit (Platelet Concentrates)

- Penyimpanan : 20 – 24 °C dalam agitator
- Masa simpan : 5 hari (tertulis pada kantong darah)

5) Fresh Frozen Plasma (FFP)

- Penyimpanan :  $\leq -25^{\circ}\text{C}$
- Masa simpan : 1 tahun

Sebelum digunakan, dicairkan dalam *plasma thawed* 30° – 37°C.

Setelah dicairkan, harus digunakan dalam waktu 3 jam.

6) Cryoprecipitate

- Penyimpanan :  $\leq -25^{\circ}\text{C}$
- Masa simpan : 1 tahun

Sebelum digunakan, dicairkan dalam *plasma thawed* 30° – 37°C.

Setelah dicairkan, harus digunakan dalam waktu 3 jam.

Darah yang sudah kadaluarsa atau rusak akan dimusnahkan dengan cara dibuang ke kantong kuning (limbah infeksius) untuk dimusnahkan sesuai prosedur dirumah sakit

b. Reaksi Transfusi Darah

WHO mengklasifikasikan reaksi transfusi dalam 2 kelompok.

1) Reaksi transfusi akut : terjadi segera atau dalam 24 jam sejak transfusi dilaksanakan.

Berdasarkan gejala kliniknya, reaksi transfusi akut dapat dibedakan menjadi ringan, sedang dan berat.

2) Reaksi transfusi lambat

c. Mutu Bank Darah

Dalam Rangka pengendalian mutu dalam pelayanan darah untuk pasien maka di unit bank darah RS dikerjakan program pengendalian mutu bank darah.

Program Pengendalian Mutu meliputi:

- 1) Permintaan darah
- 2) Tes kecocokan (imunohematologi)
- 3) Pengadaan darah
- 4) Penyimpanan Darah





- 5) Identifikasi pasien
- 6) Distribusi darah
- 7) Monitoring pasien, identifikasi dan respons terhadap reaksi transfusi
- 8) Survey berkala
- 9) PME Crossmatch dan ABO dari UPD RS yang sudah mendapatkan sertifikat CPOB, BB Binomika, dan/atau UPD PMI

### 3. Dokumentasi

Pengelolaan atau penyimpanan darah Rumah Sakit harus melakukan pencatatan dan pelaporan yang mencakup seluruh kegiatan dalam penyelenggaraan pelayanan transfusi darah di rumah sakit. Tim melaksanakan pertemuan setiap bulan untuk mendiskusikan masalah dalam pengelolaan atau penyimpanan darah dan melaksanakan kegiatan lain untuk meningkatkan kualitas pelayanan transfusi darah di rumah sakit.



# **BAB 5**

## **TATA KELOLA TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN**





## BAB 5

### TATA KELOLA TENAGA MEDIS DAN TENAGA KESEHATAN

#### **A. Panduan Pembentukan Dan Penyelenggaraan Departemen Di Rumah Sakit**

Transformasi pelayanan kesehatan menuntut rumah sakit di Indonesia untuk semakin adaptif dan responsif terhadap dinamika kebutuhan masyarakat. Dalam konteks ini, penguatan tata kelola internal rumah sakit menjadi sebuah keniscayaan, terutama melalui pengorganisasian yang lebih baik terhadap sumber daya dan layanan. Salah satu langkah strategis yang kini mulai diterapkan secara luas adalah pembentukan departemen sebagai unit kerja fungsional non-struktural yang memiliki peran besar dalam mendukung pelayanan klinis, pendidikan, dan penelitian. Panduan ini disusun sebagai acuan praktis bagi seluruh rumah sakit untuk dapat mengembangkan dan menyelenggarakan departemen secara sistematis dan berkelanjutan.

##### **1. Tujuan Pembentukan Departemen**

Departemen dibentuk bukan untuk memisahkan bidang keilmuan, melainkan sebagai langkah konsolidasi layanan, peningkatan mutu, dan penguatan koordinasi. Dengan adanya departemen, rumah sakit diharapkan mampu mengintegrasikan proses pelayanan medis dengan kegiatan pendidikan dan penelitian dalam satu wadah yang terorganisasi, serta memastikan pelayanan berjalan berdasarkan orientasi kebutuhan pasien. Tujuan utama pembentukan departemen meliputi peningkatan efisiensi layanan, konsistensi penerapan standar, optimalisasi kompetensi SDM, serta memperkuat identitas layanan unggulan yang menjadi daya saing rumah sakit di tingkat regional maupun nasional.

##### **2. Kriteria Pembentukan Departemen**

Tidak semua layanan di rumah sakit harus atau dapat langsung dibentuk sebagai departemen. Perlu dilakukan kajian terlebih dahulu terhadap tiga aspek utama yang menjadi penilaian dasar kelayakan, yakni:

###### **a. Layanan Unggulan**





Setiap rumah sakit pasti memiliki satu atau beberapa layanan yang menjadi kekuatannya. Layanan ini biasanya tercantum dalam dokumen perencanaan strategis seperti RENSTRA atau RSB. Jika layanan tersebut menjadi pusat rujukan, baik regional maupun nasional, maka besar kemungkinan dapat dikembangkan menjadi departemen. Layanan unggulan mencerminkan potensi rumah sakit dalam menjawab kebutuhan pasien secara spesifik dan mendalam.

b. Kontribusi terhadap Pendapatan Rumah Sakit

Aspek finansial menjadi indikator penting dalam melihat keberlanjutan operasional sebuah departemen. Rumah sakit perlu menilai sejauh mana pendapatan dari dokter-dokter spesialis di bidang tertentu berkontribusi terhadap total pendapatan rumah sakit.

c. Tingkat Integrasi Pelayanan

Kekuatan suatu departemen tidak hanya ditentukan oleh popularitas layanannya, tetapi juga oleh kualitas kerja sama antarstaf medis. Integrasi yang baik—dalam artian adanya keterpaduan proses diagnosis, terapi, dan rujukan internal—menjadi fondasi penting agar departemen dapat berjalan harmonis dan efektif.

Untuk memudahkan proses pengambilan keputusan, rumah sakit dapat menggunakan sistem penilaian berbasis skor dengan bobot tertentu untuk menentukan kelayakan suatu layanan menjadi departemen. Komponen-komponen yang dinilai meliputi:

| Kategori                 | Bobot | Skor | Kriteria Skor                                                            |
|--------------------------|-------|------|--------------------------------------------------------------------------|
| Layanan Unggulan         | 0,4   | 5    | Layanan tercantum di RSB/RENSTRA dan/atau merupakan pengampu nasional    |
|                          |       | 3    | Tercantum di RSB/RENSTRA dan/atau merupakan pengampu regional            |
|                          |       | 1    | Tidak tercantum di RSB/RENSTRA dan/atau bukan pengampu nasional/regional |
| Kontribusi Pendapatan RS | 0,3   | 5    | Pendapatan >20% dari total pendapatan RS                                 |
|                          |       | 3    | Pendapatan 5–19% dari total pendapatan RS                                |
|                          |       | 1    | Pendapatan <5% dari total pendapatan RS                                  |





|                           |     |   |                                                                                             |
|---------------------------|-----|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Integrasi dalam Pelayanan | 0,3 | 5 | Integrasi kuat (misalnya dalam satu sistem organ: Jantung dan Pembuluh Darah, Sistem Saraf) |
|                           |     | 3 | Integrasi moderat (dukungan tidak langsung, seperti penunjang diagnosis)                    |
|                           |     | 1 | Tidak ada integrasi yang jelas                                                              |

Tabel 5.1. Skoring Kelayakan Departemen

Interpretasi hasil skor:

- Skor  $\geq 0,6$ : Layak dijadikan departemen, bisa diprioritaskan.
- Skor  $< 0,6$ : Perlu perbaikan, penggabungan, atau perencanaan ulang.

Contoh perhitungan skor di sebuah rumah sakit pengampu regional yang hendak membentuk Departemen Kardiologi adalah sebagai berikut:

| Kategori                  | Bobot | Skor yang Diberikan | Perhitungan Skor Berbobot |
|---------------------------|-------|---------------------|---------------------------|
| Layanan Unggulan          | 0,4   | 3                   | $3 \times 0,4 = 1,2$      |
| Kontribusi Pendapatan RS  | 0,3   | 3                   | $3 \times 0,3 = 0,9$      |
| Integrasi dalam Pelayanan | 0,3   | 5                   | $5 \times 0,3 = 1,5$      |
| Total Skor Berbobot       |       |                     | 3,6                       |
| Skor Final (dibagi 5)     |       |                     | 0,72                      |

Tabel 5.2. Contoh Perhitungan Skor Departemen

Skor final 0,72 menunjukkan bahwa Departemen Kardiologi di rumah sakit tersebut layak untuk dibentuk dan direkomendasikan untuk segera dikembangkan.

### 3. Tugas dan Fungsi Departemen

Departemen memikul tanggung jawab yang tidak ringan, namun strategis. Ia menjadi jembatan antara kebijakan manajerial dan praktik medis harian. Tugas-tugas yang dijalankan mencakup penyusunan dan evaluasi standar pelayanan, pengusulan pelatihan untuk tenaga medis, serta penyampaian masukan berkala kepada pimpinan rumah sakit mengenai tata kelola klinis. Selain itu, departemen juga menjadi tempat



berlangsungnya proses pendidikan dan penelitian secara terkoordinasi, yang menjamin bahwa rumah sakit tidak hanya menjadi tempat layanan, tetapi juga pusat pengembangan ilmu dan keterampilan.

#### 4. Kewenangan dan Kewajiban Departemen

Untuk menjalankan fungsinya dengan maksimal, departemen diberikan sejumlah kewenangan operasional. Mereka berhak mengatur jadwal pendidikan, memberikan rekomendasi kewenangan klinis staf kepada Komite Medik dan Komite Tenaga Kesehatan, mengevaluasi kinerja staf internal, serta menyelenggarakan kolaborasi layanan lintas unit. Di sisi lain, departemen juga wajib melaporkan hasil kegiatan pendidikan dan penelitian secara periodik, memastikan mutu pelayanan stafnya tetap terjaga, serta bertanggung jawab penuh atas unit layanan mandiri yang dikelolanya. Pengelolaan anggaran dan sumber daya juga menjadi bagian dari kewajiban yang harus dijalankan secara efisien dan transparan.

#### 5. Langkah-Langkah Pembentukan Departemen

Proses pembentukan departemen idealnya dilakukan secara bertahap dan berbasis data. Berikut adalah alur yang dapat dijadikan pedoman oleh rumah sakit:

##### a. Identifikasi Layanan Prioritas

Rumah sakit mulai dengan mengidentifikasi layanan unggulan yang memiliki potensi besar, baik dari sisi klinis maupun finansial.

##### b. Penilaian Kelayakan

Menggunakan instrumen penilaian skor untuk menilai kelayakan pembentukan departemen.

##### c. Penyusunan Rencana Operasional

Rencana ini mencakup struktur internal departemen, rencana kerja tahunan, proyeksi kebutuhan SDM, serta strategi pendidikan dan riset.

##### d. Penunjukan Kepala Departemen



Kepala departemen dipilih berdasarkan kombinasi kompetensi klinis, pengalaman manajerial, dan integritas profesional.

e. Pengesahan oleh Direksi

Setelah semua dokumen siap, direksi rumah sakit mengesahkan pembentukan departemen melalui SK atau dokumen administratif lainnya.

## 6. Kesimpulan

Pembentukan dan penyelenggaraan departemen di rumah sakit bukanlah sekadar pembagian administratif, melainkan strategi penguatan mutu layanan dan tata kelola institusi. Dengan departemen yang berjalan secara terorganisasi, rumah sakit akan lebih siap menghadapi tantangan pelayanan kesehatan masa kini, sekaligus menjadi tempat berkembangnya ilmu, keterampilan, dan inovasi. Panduan ini diharapkan dapat menjadi acuan fleksibel bagi berbagai tipe rumah sakit di Indonesia dalam menyusun struktur layanan yang profesional dan berkelanjutan, serta memastikan layanan berjalan berdasarkan orientasi kebutuhan pasien.

## **B. Panduan Pelaksanaan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)**

Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) memegang peranan krusial dalam sistem pelayanan kesehatan, khususnya dalam menjamin kontinuitas, efektivitas, dan kualitas perawatan yang diterima pasien. Untuk mendukung pelaksanaan tugas ini secara optimal, diperlukan panduan yang jelas dan terstruktur mengenai tanggung jawab, wewenang, serta mekanisme kerja DPJP di berbagai fasilitas pelayanan Kesehatan. DPJP adalah dokter yang ditetapkan oleh rumah sakit untuk bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pelayanan medis pasien, baik selama masa rawat inap maupun rawat jalan. DPJP terdiri dari:

1. DPJP Utama: dokter yang bertanggung jawab penuh terhadap penatalaksanaan pasien.
2. DPJP Pendamping: dokter yang membantu DPJP utama sesuai dengan bidang keahlian spesifik, baik dalam bentuk konsultasi sewaktu atau ikut terlibat dalam rawat bersama.





## 1. Penetapan DPJP dan Hak Pasien Memilih

Pasien memiliki hak untuk memilih DPJP sepanjang pilihan tersebut sesuai dengan kompetensi yang dibutuhkan dan dokter bersangkutan tersedia di fasilitas pelayanan. Namun, dalam kondisi darurat atau keterbatasan sumber daya, rumah sakit berwenang menetapkan DPJP yang tersedia demi kelangsungan dan keselamatan pelayanan.

## 2. Tugas dan Tanggung Jawab

### a. DPJP Utama

- 1) Menyusun rencana pelayanan medis dan evaluasi berkala.
- 2) Bertanggung jawab atas semua tindakan medis utama.
- 3) Melakukan visitasi rutin harian, minimal sekali sehari atau sesuai kebutuhan klinis.
- 4) Mengoordinasikan seluruh tim pelayanan, termasuk DPJP pendamping.
- 5) Menjamin dokumentasi dan rekam medis yang lengkap dan akurat.
- 6) Memberi informasi yang jujur dan jelas kepada pasien/keluarga.

### b. DPJP Pendamping

- 1) Melaksanakan rawat bersama sesuai bidang keahlian yang dibutuhkan pasien.
- 2) Memberikan pelayanan konsultatif atau intervensi berdasarkan permintaan DPJP utama.
- 3) Melakukan visitasi sesuai kebutuhan, terutama jika ada perkembangan klinis yang relevan dengan bidangnya.
- 4) Wajib menulis catatan medis setiap kali melakukan:
  - a) Visitasi
  - b) Tindakan/intervensi medis
  - c) Konsultasi atau pemberian pendapat medisCatatan dalam rekam medis harus mencakup tanggal, jam, temuan klinis, diagnosis kerja, rencana terapi, serta tanda tangan/nama jelas.





### 3. Rawat Bersama

Konsep rawat bersama (co-management) terjadi ketika pasien membutuhkan intervensi dari lebih dari satu dokter dengan bidang keahlian berbeda secara bersamaan. Dalam hal ini:

- a. DPJP utama tetap menjadi koordinator dan pengambil keputusan akhir.
- b. DPJP pendamping memiliki kewenangan terbatas dalam menangani permasalahan medis yang berada di luar kompetensi DPJP utama.
- c. Komunikasi dan dokumentasi harus intensif dan transparan, baik antarprofesi maupun dengan pasien.
- d. Visitasi pasien rawat inap: DPJP utama wajib melakukan visitasi setiap hari, bahkan lebih dari sekali jika kondisi pasien kritis atau tidak stabil. DPJP pendamping melakukan visitasi sesuai indikasi medis, tidak wajib setiap hari, tetapi harus hadir saat diminta konsultasi atau saat mengambil tindakan sesuai kompetensinya.

### 4. Rekam Medis dan Dokumentasi

- a. Setiap DPJP, baik utama maupun pendamping, memiliki kewajiban mencatat seluruh tindakan medis atau kunjungan klinis dalam rekam medis pasien.
- b. Dokumentasi harus dilakukan secara real-time, lengkap, dan akurat, serta memenuhi standar rumah sakit dan hukum kedokteran.
- c. Ketidaktertiban pencatatan oleh DPJP dapat dinilai sebagai bentuk pelanggaran administratif dan profesional.

### 5. Pendelegasian Instruksi dan Penetapan DPJP dalam Kondisi Khusus

- a. A. Pendelegasian Instruksi oleh DPJP





DPJP memiliki tanggung jawab utama terhadap penatalaksanaan pasien, namun dalam pelaksanaannya, DPJP dapat mendelegasikan tugas atau instruksi tertentu kepada tenaga medis atau tenaga kesehatan lain, dengan tetap mempertahankan tanggung jawab koordinatif dan supervisinya. Bentuk pendelegasian yang dimungkinkan antara lain:

- 1) Kepada Dokter Lain (Dokter Umum atau Dokter Ruangan):
  - a) DPJP dapat memberikan instruksi klinis kepada dokter umum atau dokter ruangan untuk pelaksanaan monitoring, evaluasi lanjutan, atau tindakan medis dasar.
  - b) Instruksi tersebut harus jelas, tertulis atau terdokumentasi dalam rekam medis dengan menyebut bahwa tindakan merupakan hasil pendelegasian.
- 2) Dari DPJP Subspesialis ke Spesialis:
  - a) Dalam situasi tertentu, DPJP yang merupakan dokter subspesialis dapat mendelegasikan sebagian tugas pelaksanaan harian atau pemantauan kepada dokter spesialis (non-subspesialis) dalam bentuk asistensi, terutama untuk tindakan yang bersifat rutin, monitoring stabilitas pasien, atau bila subspesialis tidak dapat hadir secara langsung.
  - b) Delegasi ini tidak didasarkan pada tumpang tindih kompetensi (shared competency), melainkan sebagai bentuk kolaborasi pelayanan dengan tetap mempertahankan DPJP subspesialis sebagai penanggung jawab utama.
  - c) Lingkup tugas yang didelegasikan harus ditentukan secara jelas, dicatat dalam rekam medis, dan dilakukan dalam pengawasan serta komunikasi aktif antara DPJP dan dokter yang menerima delegasi.
- 3) Kepada Perawat atau Tenaga Kesehatan Lain:
  - a) Instruksi seperti pemberian obat oral, pemantauan tanda vital, edukasi pasien, atau mobilisasi dapat didelegasikan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan kewenangan profesi.





- b) Tindakan invasif atau yang berisiko tinggi hanya dapat dilakukan jika tenaga tersebut memiliki sertifikasi pelatihan/kompetensi, serta kewenangan klinis yang ditetapkan rumah sakit.

4) Kepada Peserta Didik:

- a) Tindakan klinis oleh peserta didik harus mempertimbangkan jenjang pendidikan dan level supervisi yang diwajibkan.
- b) Pendelegasian kepada peserta didik hanya dapat dilakukan dalam sistem pendidikan klinis yang terstruktur dan di bawah supervisi langsung atau tidak langsung oleh DPJP atau dokter pendidik klinis sesuai dengan level supervisi yang telah ditetapkan bagi peserta didik tersebut.

6. Penetapan DPJP dalam Kondisi Kompetensi Tumpang Tindih (Shared Competency)

Pada rumah sakit yang memiliki lebih dari satu disiplin keahlian dengan cakupan kompetensi yang saling beririsan, perlu ada pedoman yang disepakati untuk penetapan DPJP utama. Contoh situasi umum yang sering terjadi di rumah sakit adalah *shared competency* antara penyakit dalam dan kardiologi, bedah umum dan bedah digestif, neurologi dan psikiatri. Berikut ini adalah beberapa prinsip penetapan DPJP yang dapat dijadikan panduan oleh rumah sakit dalam menetapkan DPJP:

- a. Dominasi Klinis: DPJP ditetapkan dari disiplin yang paling dominan secara klinis dalam masalah utama pasien.
- b. Ketersediaan Dokter: Jika tidak terdapat dominasi klinis yang jelas, maka DPJP dapat ditetapkan berdasarkan ketersediaan dokter pada saat itu, demi menjamin pelayanan cepat dan kesinambungan perawatan
- c. Antrian Pelayanan: Dalam rangka efisiensi waktu tunggu pasien dan optimalisasi distribusi kasus, DPJP dapat ditentukan dari keahlian dengan dengan antrian atau beban kerja yang lebih rendah.
- d. Kesepakatan Internal: Jika kasus cukup kompleks dan kompetensi setara, penetapan DPJP dilakukan melalui musyawarah antarstaf





medis, difasilitasi oleh koordinator departemen atau kelompok staf medis (KSM).

- e. Dokumentasi Formal: Penetapan DPJP dalam situasi ini harus dicatat secara administratif dan dibuat panduan yang sah oleh rumah sakit.

## 7. Kesimpulan

Panduan pelaksanaan DPJP merupakan landasan penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang terintegrasi, profesional, dan berorientasi pada keselamatan serta kepuasan pasien. Dengan adanya panduan yang jelas, diharapkan setiap DPJP dapat menjalankan tugas dan tanggung jawabnya secara optimal, mulai dari tahap awal perawatan hingga pemulangan pasien. Implementasi panduan ini juga menjadi bagian dari upaya peningkatan mutu layanan rumah sakit dan penguatan sistem koordinasi antar tenaga kesehatan. Oleh karena itu, komitmen dari seluruh pihak dalam menerapkan dan melakukan evaluasi terhadap regulasi secara konsisten sangat diperlukan.

## C. Tata Kelola Tenaga Medis

Bagian ini memfokuskan pada dokter, dokter gigi, dan profesional medis lainnya yang secara langsung melakukan tindakan klinis. Sistem tata kelola yang diterapkan mencakup verifikasi legalitas, evaluasi kompetensi, serta penjaminan mutu melalui proses kredensial dan rekredensial.

### 1. Proses Kredensial dan Rekredensial

#### a. Kredensial

Tenaga medis diwajibkan menyerahkan dokumen-dokumen penting seperti Surat Tanda Registrasi (STR), Surat Izin Praktik (SIP), ijazah, dan sertifikat pelatihan. Proses kredensial bertujuan untuk:

- 1) Memastikan legalitas dan keabsahan dokumen administrasi.
- 2) Mengevaluasi kompetensi klinis melalui audit rekam medis dan penilaian peer review.
- 3) Menetapkan kewenangan klinis, termasuk batasan jenis tindakan medis yang dapat dilakukan.

#### b. Rekredensial





Dilakukan secara berkala (umumnya setiap dua tahun) guna memastikan tenaga medis tetap memenuhi standar mutu dan kompetensi klinis terkini. Proses ini mencakup:

- 1) Evaluasi partisipasi dalam pendidikan berkelanjutan (continuing medical education/CME).
- 2) Audit dan evaluasi kinerja berdasarkan praktek klinis serta update terhadap perkembangan ilmu kedokteran.
- 3) Penyesuaian kewenangan klinis sesuai dengan temuan evaluasi.

## 2. Proses Verifikasi dan Evaluasi Kompetensi

### a. Verifikasi Dokumen

Basis data terintegrasi digunakan untuk memeriksa keabsahan STR, SIP, ijazah, dan sertifikat pelatihan. Data yang valid dan terbaru merupakan dasar penting sebelum tenaga medis diberikan wewenang melakukan tindakan klinis.

### b. Evaluasi Klinis dan Non-Klinis

Melalui audit rekam medis, tinjauan langsung terhadap proses perawatan, dan penilaian peer review, evaluasi dilakukan tidak hanya terhadap keterampilan teknis tetapi juga aspek komunikasi, etika, dan profesionalisme. Hal ini penting untuk memastikan bahwa pelayanan yang diberikan memenuhi standar keselamatan pasien dan mutu layanan.

## 3. Peran Komite Medik

Komite medik merupakan bagian penting dalam struktur organisasi rumah sakit yang bertanggung jawab dalam menjamin mutu pelayanan medis melalui pengawasan dan evaluasi terhadap praktik tenaga medis. Sebagai bagian dari sistem tata kelola klinis, komite medik memiliki peran strategis dalam proses kredensial, penegakan disiplin profesi, serta peningkatan keselamatan dan kualitas layanan pasien. Kegiatan komite medik mencakup:

- a. Membuat, menetapkan, dan meninjau ulang aturan/protokol klinis.



- 
- b. Melakukan kredensial dan rekredensial terhadap staf medis (menilai kualifikasi dan kewenangan klinis tenaga medis).
  - c. Melakukan evaluasi kinerja profesional staf medis secara berkesinambungan (ongoing professional practice evaluation/OPPE dan focused professional practice evaluation/FPPE).
  - d. Memberikan rekomendasi kepada direktur rumah sakit tentang kelayakan staf medis dalam melaksanakan praktik klinis.
  - e. Menangani masalah etik dan disiplin staf medis.
  - f. Mendukung peningkatan mutu dan keselamatan pasien melalui pengawasan praktik klinis.
  - g. Memberikan pertimbangan medis dalam pengembangan layanan klinis rumah sakit.

Tenaga medis wajib mematuhi Kode Etik Kedokteran Indonesia (KEKI) dan regulasi terkait yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan, seperti Permenkes No. 2052/Menkes/Per/X/2011 dan Permenkes No. 971/Menkes/Per/XI/2009. Kepatuhan terhadap regulasi ini merupakan bagian integral dari tata kelola yang menjamin kepercayaan pasien dan masyarakat, serta dapat dijadikan pedoman Komite Medik pada saat melakukan pemantauan serta evaluasi kinerja tenaga medis di suatu rumah sakit.

#### 4. Tantangan dan Strategi Peningkatan Kapasitas

##### a. Tantangan:

- 1) Beban administrasi yang tinggi dalam proses verifikasi dan evaluasi.
- 2) Keterbatasan sistem integrasi data antar-unit kerja serta antar-instansi.
- 3) Perkembangan ilmu kedokteran yang dinamis sehingga membutuhkan penyesuaian standar secara cepat.

##### b. Strategi Peningkatan Kapasitas:

- 1) Pengembangan sistem informasi manajemen terintegrasi agar verifikasi dan evaluasi dokumen lebih efisien.



- 2) Peningkatan kapasitas dan pelatihan anggota komite melalui workshop serta seminar.
- 3) Penyusunan dan implementasi standar operasional prosedur (SOP) yang adaptif serta berbasis bukti untuk evaluasi kinerja.

## 5. Kesimpulan

Sistem tata kelola tenaga medis meliputi proses verifikasi dokumen, evaluasi kompetensi, dan pengawasan melalui komite medik untuk memastikan bahwa dokter dan tenaga medis sejenis memberikan layanan sesuai standar mutu dan etika. Pengelolaan tenaga medis yang terintegrasi tidak hanya menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu, tetapi juga adaptif terhadap perubahan dan tantangan yang terus berkembang di dunia kesehatan. Implementasi teknologi, inovasi pendidikan, serta sistem insentif yang efektif merupakan kunci utama dalam mencapai tujuan tersebut

## D. Tata Kelola Tenaga Kesehatan

Bagian ini membahas tata kelola bagi tenaga kesehatan yang bukan tenaga medis secara langsung (misalnya perawat, bidan, farmasis, ahli gizi, dan tenaga penunjang lainnya). Fokus utamanya adalah pengelolaan operasional, pengembangan profesional, serta evaluasi kinerja guna memastikan pelayanan pendukung yang optimal.

### 1. Rekrutmen, Penempatan, dan Pengembangan

#### a. Rekrutmen dan Penempatan

Proses seleksi dilakukan dengan prosedur yang transparan, termasuk uji kompetensi yang objektif untuk memastikan setiap calon tenaga kesehatan memiliki kemampuan sesuai kebutuhan unit kerja. Penempatan dilakukan secara strategis agar distribusi tenaga kesehatan memenuhi kesenjangan layanan di masing-masing wilayah.

#### b. Pengembangan Profesional





Program pendidikan dan pelatihan lanjutan (misalnya workshop, seminar, dan kursus) disediakan untuk meningkatkan kompetensi. Pendekatan mentoring dan coaching juga diimplementasikan untuk membimbing tenaga kesehatan baru atau yang sedang dalam proses pengembangan keahlian.

c. Sertifikasi dan Pengakuan Kompetensi

Pengakuan berupa sertifikat atau penghargaan diberikan berdasarkan hasil evaluasi kinerja dan partisipasi dalam kegiatan pendidikan berkelanjutan. Hal ini juga dapat menjadi dasar proses rekredensial internal.

2. Evaluasi Kinerja dan Pengawasan Internal

a. Evaluasi Berkala

Dilakukan melalui penilaian kinerja, yang meliputi aspek teknis, layanan kepada pasien, dan kepuasan stakeholder. Evaluasi dilakukan secara triwulanan atau tahunan sebagai dasar untuk perbaikan dan pemberian insentif.

b. Audit Internal

Tim audit internal memonitor kepatuhan terhadap SOP, standar operasional, dan kebijakan internal. Audit ini mengidentifikasi adanya potensi penyimpangan dan mengarahkan langkah-langkah perbaikan.

c. Sistem Reward dan Insentif

Penghargaan dan insentif berbasis kinerja diberikan sebagai motivasi untuk mencapai standar pelayanan yang lebih baik. Sistem reward ini membantu meningkatkan semangat kerja dan retensi tenaga kesehatan di unit-unit pelayanan.

3. Implementasi Teknologi dan Inovasi

a. Sistem Informasi SDM

Pemanfaatan platform digital untuk pendataan dan pemantauan tenaga kesehatan memungkinkan akses data secara real-time





sehingga proses evaluasi dan administrasi dapat dilakukan lebih efisien.

b. Aplikasi E-Learning

Menyediakan akses pelatihan jarak jauh yang memungkinkan tenaga kesehatan terus meningkatkan kompetensi mereka meskipun berada di daerah terpencil.

c. Telemonitoring dan Supervisi Digital

Memungkinkan pengawasan dan evaluasi kinerja secara virtual, yang membantu mengurangi beban administratif sekaligus meningkatkan kecepatan respon terhadap permasalahan di lapangan.

4. Peran Komite Tenaga Kesehatan

Selain komite medik, rumah sakit juga memiliki komite tenaga kesehatan yang berperan dalam pembinaan, pengawasan, dan pengembangan tenaga kesehatan non-medis seperti perawat, bidan, apoteker, ahli gizi, dan tenaga penunjang lainnya. Komite ini bertanggung jawab memastikan tenaga kesehatan bekerja sesuai dengan standar kompetensi, etika, dan regulasi profesi yang berlaku. Kegiatan komite tenaga kesehatan mencakup:

- a. Menyusun dan meninjau ulang aturan/protokol kerja tenaga kesehatan.
- b. Melakukan kredensial dan rekredensial untuk menilai dan memperbarui kewenangan praktik klinis tenaga kesehatan sesuai kompetensi dan kebutuhan layanan.
- c. Melakukan evaluasi kinerja berkala berdasarkan indikator mutu layanan dan kepuasan pasien.
- d. Mendukung program pendidikan dan pelatihan berkelanjutan (continuing professional development/CPD).
- e. Melakukan verifikasi administratif dan pengakuan sertifikasi kompetensi tenaga kesehatan.
- f. Memberikan rekomendasi penempatan dan pengembangan karier berdasarkan hasil evaluasi dan kebutuhan unit pelayanan.





- g. Menangani isu-isu etik profesi serta memberikan pembinaan terhadap pelanggaran disiplin.
- h. Memberikan masukan strategis kepada pimpinan rumah sakit terkait pengelolaan sumber daya tenaga kesehatan.

## 5. Tantangan dan Strategi Peningkatan

### a. Tantangan:

- 1) Distribusi tenaga kesehatan yang belum merata di beberapa wilayah.
- 2) Beban kerja administratif yang tinggi.
- 3) Variabilitas standar operasional antar unit pelayanan.

### b. Strategi Peningkatan:

- 1) Optimalisasi penggunaan teknologi informasi untuk mempermudah administrasi dan evaluasi.
- 2) Penyusunan kebijakan insentif yang menarik untuk mempertahankan tenaga kesehatan di daerah kurang terlayani.
- 3) Penyesuaian SOP berdasarkan hasil evaluasi rutin dan umpan balik dari lapangan untuk meningkatkan keseragaman standar operasional.

## 6. Kesimpulan

Sistem tata kelola tenaga kesehatan meliputi perawat, bidan, farmasis, ahli gizi, serta tenaga penunjang lainnya. Penekanan pada pengelolaan operasional, pengembangan profesional, dan evaluasi kinerja oleh komite profesi masing-masing merupakan upaya meningkatkan mutu layanan dan retensi SDM. Pengelolaan yang baik mencakup perencanaan kebutuhan, rekrutmen, distribusi, pengembangan kompetensi, serta evaluasi kinerja tenaga medis secara berkelanjutan. Sistem tata kelola yang efektif tidak hanya meningkatkan efisiensi operasional rumah sakit, tetapi juga menjamin keselamatan dan kepuasan pasien. Oleh karena itu, rumah sakit perlu menerapkan prinsip-prinsip manajemen sumber daya manusia yang profesional dan berbasis standar untuk menciptakan lingkungan kerja yang





kondusif bagi tenaga kesehatan sekaligus mendukung pencapaian tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.



# **BAB 6**

## **LAYANAN UNGGULAN**





## BAB 6

### LAYANAN UNGGULAN

Dalam era globalisasi dan perkembangan teknologi informasi, masyarakat semakin kritis dalam memilih layanan kesehatan yang berkualitas. Rumah sakit dituntut untuk tidak hanya menyediakan pelayanan dasar, tetapi juga menghadirkan layanan yang unggul, profesional, dan sesuai dengan kebutuhan spesifik pasien. Persaingan antar fasilitas pelayanan kesehatan juga semakin ketat, sehingga inovasi dan diferensiasi layanan menjadi kebutuhan strategis.

Layanan unggulan menjadi salah satu strategi penting bagi rumah sakit untuk memperkuat posisi kompetitif, meningkatkan kepercayaan masyarakat, serta mendukung pencapaian visi dan misi institusi. Layanan ini biasanya difokuskan pada bidang-bidang tertentu yang telah terbukti memberikan hasil klinis yang baik, didukung oleh teknologi medis modern, dan dikelola oleh tenaga kesehatan yang kompeten.

#### **A. Definisi Operasional**

Layanan unggulan di rumah sakit adalah layanan medis atau kesehatan yang menjadi prioritas utama suatu rumah sakit karena memiliki keunggulan dalam hal kualitas pelayanan, fasilitas, teknologi, tenaga ahli, serta memberikan nilai tambah dan kepuasan tinggi bagi pasien, serta berkontribusi signifikan terhadap citra dan daya saing rumah sakit.

#### **Penjabaran Definisi Operasional:**

##### **1. Layanan Medis Tertentu**

Fokus pada jenis layanan spesifik yang menjadi kekuatan atau prioritas utama rumah sakit, misal layanan jantung, kanker, bedah saraf, NICU, dll.

##### **2. Keunggulan Kompetitif**

Dibandingkan dengan rumah sakit lain, layanan ini memiliki kelebihan dalam:

- a. Teknologi dan alat medis canggih
- b. Tenaga medis ahli bersertifikat
- c. Prosedur terkini berbasis evidence-based medicine





### 3. Mutu Pelayanan Tinggi

Layanan ini menerapkan standar tinggi terhadap mutu dan keselamatan pasien (patient safety), serta memenuhi akreditasi nasional/internasional. Didukung oleh tenaga medis profesional dan bersertifikat, teknologi kesehatan modern, serta penerapan standar pelayanan yang sesuai dengan pedoman nasional maupun internasional.

### 4. Efektivitas Layanan dan Kepuasan Pasien:

Memberikan hasil klinis yang unggul, waktu layanan yang efisien, serta pengalaman pasien yang positif melalui pendekatan patient-centered care.

### 5. Kontribusi terhadap Reputasi dan Daya Saing:

Menjadi ikon atau identitas rumah sakit, menarik pasien rujukan, dan meningkatkan posisi kompetitif rumah sakit di tingkat regional maupun nasional.

### 6. Dampak Finansial dan Strategis:

Memberikan kontribusi signifikan terhadap pendapatan rumah sakit serta mendukung keberlanjutan operasional dan pengembangan layanan lainnya.

## **B. Kriteria Layanan Unggulan**

Kriteria Penentuan Layanan Unggulan Rumah Sakit:

### 1. Ketersediaan Sumber Daya Manusia (SDM) Unggul

- a. Terdapat dokter spesialis dan subspesialis yang berkompeten di bidang tersebut.
- b. Didukung oleh tenaga medis dan paramedis yang bersertifikat dan berpengalaman.
- c. Tim layanan memiliki kapasitas untuk bekerja secara multidisiplin.

### 2. Dukungan Sarana dan Prasarana

- a. Tersedianya peralatan medis modern dan sesuai standar (misalnya: cath lab, MRI, NICU).
- b. Adanya ruang layanan khusus yang representatif dan sesuai kebutuhan (misalnya: ruang ICU, OK khusus, rawat inap khusus).





- c. Infrastruktur pendukung teknologi informasi (HIS, PACS, telemedicine, dll).
3. Kebutuhan dan Permintaan Pasien Tinggi (Market Demand)
  - a. Jumlah pasien yang membutuhkan layanan tersebut relatif besar.
  - b. Layanan tersebut sering menjadi alasan utama pasien datang atau dirujuk ke rumah sakit.
  - c. Terdapat potensi pertumbuhan layanan secara berkelanjutan.
4. Tingkat Kompleksitas dan Nilai Tambah Layanan
  - a. Layanan memerlukan teknologi tinggi atau prosedur kompleks yang tidak disediakan oleh banyak rumah sakit lain.
  - b. Memberikan nilai tambah klinis dan ekonomis baik bagi pasien maupun rumah sakit.
  - c. Layanan mendorong pengembangan ilmu dan praktik kedokteran yang lebih maju.
5. Reputasi dan Prestasi Layanan
  - a. Layanan sudah dikenal masyarakat atau instansi lain sebagai unggulan (dikenal sebagai rujukan).
  - b. Pernah mendapatkan penghargaan, sertifikasi khusus, atau publikasi ilmiah terkait.
6. Kontribusi Finansial
  - a. Layanan memberikan kontribusi signifikan terhadap pendapatan rumah sakit (high revenue generator).
  - b. Efisien dalam pembiayaan operasional dan memiliki potensi investasi jangka panjang.
7. Dampak Sosial dan Citra Institusi
  - a. Layanan mendukung misi sosial rumah sakit dan meningkatkan kepercayaan masyarakat.
  - b. Layanan mencerminkan visi, misi, dan nilai utama rumah sakit.
8. Keunggulan Kompetitif
  - a. Rumah sakit memiliki kelebihan dibandingkan fasilitas lain dalam layanan ini (baik dalam cakupan, kualitas, atau kecepatan).
  - b. Layanan sulit ditiru oleh pesaing dalam waktu singkat.





Metode lain yang dapat digunakan untuk menetapkan layanan unggulan, antara lain:

1. SWOT Analysis (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)
2. Benchmarking terhadap rumah sakit sejenis atau rumah sakit rujukan nasional
3. Skoring internal berdasarkan indikator mutu, jumlah pasien, outcome klinis, dan efisiensi biaya

Contoh alat bantu penilaian penetapan layanan unggulan secara kuantitatif.

| No           | Kriteria Penilaian                | Bobot (%)   | Skala Nilai (1–5) | Skor (Bobot × Nilai) | Keterangan                                                          |
|--------------|-----------------------------------|-------------|-------------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------|
| 1            | Ketersediaan SDM Unggul           | 20%         |                   |                      | Spesialis/Subspesialis lengkap, berpengalaman, dan tersedia penuh   |
| 2            | Sarana & Prasarana Mendukung      | 15%         |                   |                      | Tersedia alat dan ruang khusus yang sesuai standar dan modern       |
| 3            | Permintaan Pasien Tinggi          | 15%         |                   |                      | Tingginya volume pasien dan tren permintaan meningkat               |
| 4            | Kompleksitas dan Nilai Tambah     | 10%         |                   |                      | Layanan dengan prosedur kompleks, inovatif, dan berteknologi tinggi |
| 5            | Reputasi & Prestasi Layanan       | 10%         |                   |                      | Diakui oleh masyarakat, institusi, atau pernah meraih penghargaan   |
| 6            | Kontribusi Finansial              | 10%         |                   |                      | Memberikan kontribusi signifikan pada pendapatan rumah sakit        |
| 7            | Dampak Sosial & Peningkatan Citra | 10%         |                   |                      | Menjadi ikon RS dan memberikan dampak sosial positif                |
| 8            | Keunggulan Kompetitif             | 10%         |                   |                      | Tidak banyak pesaing yang memiliki layanan sejenis                  |
| <b>Total</b> |                                   | <b>100%</b> |                   |                      |                                                                     |

Tabel 6.1. Penilaian Layanan Unggulan Rumah Sakit

Tatacara pengisian tabel:





A. Beri nilai 1–5 untuk masing-masing kriteria:

- 1 = Sangat Kurang
- 2 = Kurang
- 3 = Cukup
- 4 = Baik
- 5 = Sangat Baik

B. Kalikan skor dengan bobot untuk mendapatkan nilai total.

C. Layanan dengan nilai total tertinggi dapat diprioritaskan sebagai layanan unggulan.

### C. Indikator Keberhasilan

Indikator keberhasilan layanan unggulan dalam meningkatkan mutu pelayanan dan kepuasan pasien antara lain sebagai berikut:

| No | Indikator                         | Deskripsi                                                                                   |
|----|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | <b>Tingkat Kepuasan Pasien</b>    | Persentase pasien yang puas atau sangat puas terhadap layanan yang diberikan (>90%)         |
| 2  | <b>Tingkat Keberhasilan Medis</b> | Outcome klinis positif sesuai target (misal: keberhasilan operasi, angka survival, dll)     |
| 3  | <b>Waktu Tanggap Pelayanan</b>    | Rata-rata waktu tunggu atau waktu respon IGD, rawat jalan, atau tindakan ( $\leq 30$ menit) |
| 4  | <b>Tingkat Infeksi Nosokomial</b> | Rendahnya kejadian infeksi akibat pelayanan di rumah sakit (<1%)                            |
| 5  | <b>Jumlah Keluhan Pasien</b>      | Penurunan jumlah keluhan atau komplain pasien yang signifikan                               |

Tabel 6.2. Indikator Mutu Pelayanan





| No | Indikator                                | Deskripsi                                                                           |
|----|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 6  | <b>Jumlah Pasien Rujukan</b>             | Meningkatnya jumlah pasien yang dirujuk dari fasilitas lain karena reputasi layanan |
| 7  | <b>Tingkat Hunian Tempat Tidur (BOR)</b> | BOR tinggi tapi tetap dalam batas ideal (70–85%) pada ruang rawat unggulan          |
| 8  | <b>Utilisasi Teknologi &amp; SDM</b>     | Efisiensi penggunaan alat medis & kompetensi SDM di layanan unggulan                |
| 9  | <b>Pertumbuhan Volume Layanan</b>        | Terjadi peningkatan tahunan jumlah kunjungan/tindakan layanan unggulan              |
| 10 | <b>Kontribusi Pendapatan</b>             | Layanan unggulan menyumbang persentase signifikan terhadap pendapatan rumah sakit   |

Tabel 6.3. Indikator Kinerja Operasional

| No | Indikator                             | Deskripsi                                                                        |
|----|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 11 | <b>Akreditasi atau Sertifikasi</b>    | Layanan memiliki sertifikasi khusus nasional/internasional (KARS, JCI, ISO, dll) |
| 12 | <b>Publikasi &amp; Inovasi Klinis</b> | Terdapat output ilmiah, inovasi medis, atau kerjasama pendidikan dari layanan    |
| 13 | <b>Reputasi &amp; Brand Awareness</b> | Layanan dikenal luas di masyarakat dan menjadi ikon rumah sakit                  |

Tabel 6.4. Indikator Pengakuan Eksternal

# **BAB 7**

## **KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA**





## BAB 7

### KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

Dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, khususnya di rumah sakit, terdapat dua komponen penting yang harus dijaga secara seimbang, yaitu mutu pelayanan dan efisiensi biaya. Untuk menjamin kedua hal ini berjalan optimal, diterapkan sistem Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB). Di Indonesia, sistem ini diterapkan oleh berbagai institusi penjamin kesehatan, baik pemerintah maupun swasta, sebagai bagian dari upaya peningkatan kualitas dan keberlanjutan layanan kesehatan.

#### **A. Pengertian dan Tujuan KMKB**

Kendali Mutu adalah upaya sistematis untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan standar mutu yang telah ditetapkan. Hal ini mencakup aspek sumber daya, pelaksanaan layanan, hingga hasil atau luaran kesehatan pasien. Di sisi lain, Kendali Biaya bertujuan untuk mengelola sumber daya kesehatan secara efisien, agar pembiayaan layanan tidak melebihi kebutuhan medis yang sebenarnya, tanpa mengurangi kualitas pelayanan.

Tujuan utama KMKB antara lain:

1. Menjamin mutu pelayanan medis yang tepat, aman, dan sesuai kebutuhan klinis.
2. Mencegah pemborosan serta penyalahgunaan sumber daya kesehatan.
3. Meningkatkan efektivitas dan efisiensi penyelenggaraan layanan kesehatan.
4. Menyelaraskan kepentingan pasien, tenaga kesehatan, rumah sakit, dan institusi penjamin layanan kesehatan seperti asuransi atau lembaga pembiayaan lainnya.

#### **B. Struktur Pelaksanaan KMKB di Rumah Sakit**

Dalam pelaksanaannya, KMKB biasanya dijalankan melalui dua tim utama di rumah sakit:

1. Tim Koordinasi KMKB





Tim ini terdiri dari unsur akademisi, organisasi profesi, dan pakar klinis. Mereka bertugas mengevaluasi kebijakan klinis, melakukan audit medis, serta menyusun pedoman pelaksanaan mutu dan biaya. Tim ini juga melakukan kajian terhadap efektivitas pelayanan serta memberikan rekomendasi perbaikan kebijakan.

## 2. Tim Teknis KMKB

Terdiri dari tenaga klinis seperti dokter yang tergabung dalam komite medis rumah sakit. Tim teknis melaksanakan pemantauan penggunaan obat, alat kesehatan, serta bahan medis habis pakai. Selain itu, tim ini juga bertugas mengevaluasi pelaksanaan layanan, termasuk dalam hal audit medis dan penyelesaian masalah teknis pelayanan klinis.

### **C. Strategi Penerapan KMKB di Rumah Sakit**

Beberapa strategi yang diterapkan rumah sakit dalam melaksanakan KMKB antara lain:

1. Pembentukan Tim KMKB Internal: Setiap rumah sakit wajib memiliki tim khusus yang secara berkala melakukan evaluasi dan pengawasan mutu serta biaya pelayanan.
2. Audit Medis dan Evaluasi Penggunaan Layanan: Untuk menilai kesesuaian tindakan medis dengan kebutuhan pasien serta efisiensi pemanfaatan sumber daya.
3. Pembayaran Berbasis Kinerja: Mendorong rumah sakit memberikan layanan yang berorientasi pada hasil kesehatan pasien, bukan hanya jumlah tindakan.
4. Pelatihan dan Pembinaan: Pihak manajemen rumah sakit bekerja sama dengan organisasi profesi untuk memberikan pelatihan dan evaluasi etika profesi serta mutu klinis.

### **D. Tantangan dan Solusi**

Penerapan KMKB tidak terlepas dari berbagai tantangan, seperti:

1. Kurangnya pemahaman tenaga medis terhadap prinsip kendali mutu dan biaya.



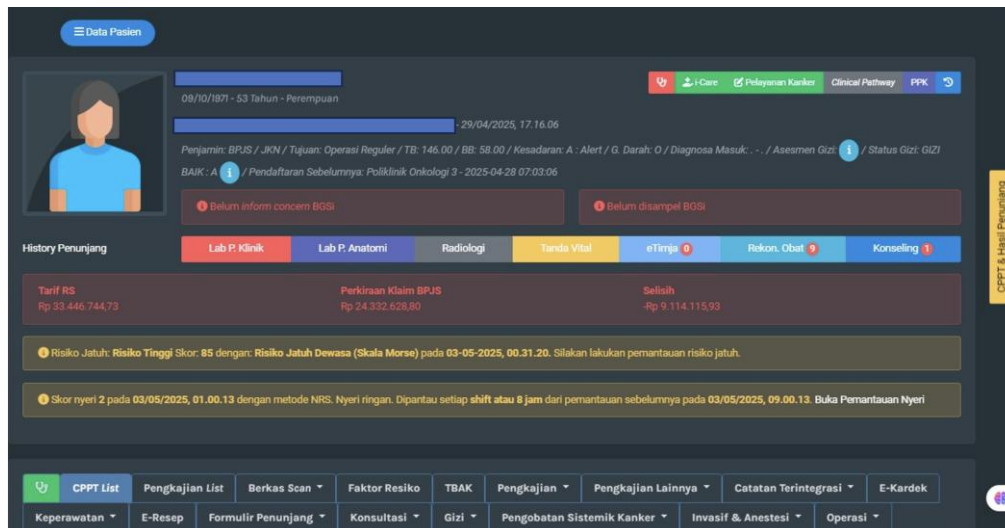


2. Ketidakseimbangan antara tuntutan efisiensi biaya dengan kebutuhan klinis.
3. Keterbatasan sistem informasi dan data untuk mendukung evaluasi layanan.

Beberapa solusi yang dapat dilakukan antara lain:

1. Menyelenggarakan pelatihan dan workshop rutin untuk staf medis dan manajemen rumah sakit.
2. Memastikan audit medis/klinis berjalan rutin sebagai bagian dari evaluasi kepatuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan terhadap alur klinis/clinical pathway yang telah ditetapkan oleh rumah sakit.
3. Mengembangkan sistem informasi kesehatan yang terintegrasi untuk mempermudah pemantauan dan evaluasi. Contoh informasi estimasi klaim pembayaran dengan sistem paket (misalnya dengan sistem klaim INA-CBG) bila dibandingkan dengan tarif rumah sakit yang berjalan dapat dilihat pada Gambar 1. Sementara Gambar 2 memperlihatkan dashboard pemantauan manajemen rumah sakit terhadap estimasi klaim dibandingkan dengan klaim yang berjalan, yang dapat digunakan sebagai bahan pemilihan prioritas ronde manajemen.
4. Membuat sistem kontrol pemakaian alat kesehatan, bahan medis habis pakai, dan obat-obatan agar sesuai dengan panduan praktik klinis rumah sakit
5. Membangun kolaborasi antara rumah sakit, organisasi profesi, dan lembaga penjamin kesehatan, baik publik maupun swasta.





Gambar 7.1. Estimasi klaim dibandingkan tarif yang berjalan tampak pada *electronic medical record* sehingga dapat dilihat dan menjadi evaluasi tenaga kesehatan yang menangani pasien.

| NO. | NAMA    | NO.RM  | DIAGNOSIS UTAMA | DPJP UTAMA | JUMLAH HARI RAWAT | TOTAL TARIF RS | ESTIMASI KLAIM | PENJAMIN        | DP            | SISA PEMBAYARAN/ SELISIH TARIF |
|-----|---------|--------|-----------------|------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------|---------------|--------------------------------|
| 1.  | Tn. XXX | 123456 | Sepsis          | Dr. XXX    | 12 hari           | Rp. 25.000.000 | Rp. 18.000.000 | JKN             | 0             | Rp. 7.000.000                  |
| 2.  | An. XXX | 123459 | Diare akut      | Dr. XXX    | 5 hari            | Rp. 6.500.000  | Rp. 6.500.000  | Umum            | Rp. 3.000.000 | Rp. 3.500.000                  |
| 3.  | Ny. XXX | 123457 | Apendisitis     | Dr. XXX    | 4 hari            | Rp. 9.000.000  | Rp. 9.000.000  | Asuransi swasta | 0             | 0                              |
| 4.  | Ny. XXX | 123458 | Demam tifoid    | Dr. XXX    | 6 hari            | Rp. 7.500.000  | Rp. 7.500.000  | Perusahaan      | 0             | 0                              |
| 5.  | ...     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |
| 6.  | ...     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |
| 7.  | ...     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |
| 8.  | ...     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |
| 9.  | ...     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |
| 10. | dst     |        |                 |            |                   |                |                |                 |               |                                |

Gambar 7.2. Dashboard pemantauan manajemen rumah sakit terhadap estimasi klaim dibandingkan dengan klaim yang berjalan

## E. Pengaturan Jumlah DPJP dalam Rawat Bersama sebagai Bagian dari KMKB

Salah satu aspek penting dalam pengendalian mutu dan biaya pelayanan medis di rumah sakit adalah pengaturan jumlah dokter penanggung jawab pasien (DPJP) yang terlibat dalam rawat bersama. Dalam praktik klinis, rawat bersama melibatkan lebih dari satu dokter spesialis/subspesialis dalam penatalaksanaan satu pasien yang sama. Meskipun pendekatan ini dapat meningkatkan kualitas pelayanan, namun tanpa pengaturan yang tepat, hal ini juga berisiko menimbulkan pemborosan biaya dan tumpang tindih kewenangan klinis.



Untuk itu, rumah sakit memiliki peran strategis dalam mengatur jumlah DPJP yang diperbolehkan dalam satu episode perawatan, sesuai dengan prinsip kendali mutu dan kendali biaya (KMKB). Beberapa langkah pengaturan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Menetapkan batas jumlah maksimal DPJP dalam satu kasus rawat inap berdasarkan kompleksitas klinis, panduan praktik klinis, dan clinical pathway.
2. Menyusun kebijakan internal yang mensyaratkan justifikasi medis dan persetujuan tertulis dari DPJP utama (atau Komite Medik pada kasus sulit/kompleks) untuk menambah DPJP pendamping.
3. Melakukan evaluasi berkala terhadap pola rawat bersama melalui audit medis, untuk memastikan kesesuaian klinis dan efisiensi pelayanan.
4. Mengintegrasikan pemantauan jumlah DPJP per pasien dalam sistem informasi rumah sakit sebagai bagian dari dashboard KMKB dan estimasi klaim.

Dengan pengaturan ini, rumah sakit dapat menjamin bahwa kolaborasi antar DPJP tetap berjalan optimal tanpa mengorbankan efisiensi penggunaan sumber daya, serta mencegah duplikasi tindakan medis dan klaim berlebih kepada penjamin layanan kesehatan.

## **F. Kesimpulan**

Kendali Mutu dan Kendali Biaya merupakan fondasi penting dalam sistem pelayanan rumah sakit yang berkelanjutan dan berkualitas. Dengan penerapan yang tepat, rumah sakit dapat memastikan bahwa layanan yang diberikan tidak hanya berkualitas tinggi, tetapi juga efisien dalam penggunaan sumber daya. Kesuksesan implementasi KMKB sangat bergantung pada keterlibatan aktif seluruh pihak, mulai dari tenaga medis, manajemen rumah sakit, hingga lembaga penjamin layanan kesehatan.

Selain menjamin mutu dan efisiensi pelayanan, rumah sakit juga bertanggung jawab dalam mengatur praktik rawat bersama secara proporsional. Penetapan jumlah DPJP dalam satu episode perawatan harus memperhatikan kebutuhan klinis yang rasional dan prinsip kendali biaya. Dengan pengaturan yang tepat, kolaborasi antar dokter dapat tetap berjalan





secara optimal tanpa menimbulkan pemborosan atau tumpang tindih kewenangan. Oleh karena itu, pengawasan terhadap jumlah dan peran DPJP dalam rawat bersama perlu menjadi bagian integral dari kebijakan KMKB di setiap rumah sakit.



## DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI. *Standar Pelayanan Medik Rumah Sakit*.
2. WHO. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. 2006.
3. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. *Clinical Governance Framework*. 2017.
4. Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Science of Improvement*.
5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
6. Lucile Packard Children's Hospital and Stanford Health Care hospital boards of directors: Laboratory Critical/Panic Value List. Diunduh dari: <http://stanfordhealthcare.org/programs-services/laboratory-critical-value-list.html>
7. Critical Values/Critical Results List Summary [CL 041647.005] diunduh dari: <http://www.mayomedicallaboratories.com/articles/criticalvalues/view>, diakses 20/1/2014
8. Alberta Health Services. Laboratory Bulletine. Diunduh dari: [http://www.albertahealthservices.ca/LabServices/wf-lab-lactate-reference-range-and\\_critical-value-standardization.pdf](http://www.albertahealthservices.ca/LabServices/wf-lab-lactate-reference-range-and_critical-value-standardization.pdf)
9. Roche Diagnostics GmbH Sandhofer Strasse 116, D68305 Mannheim. Leaflet Troponin T hs STAT Cobas. 2014-10,V2
10. Abbott laboratories. Diagnostics Division. Abbott Park, IL 60064 USA. Package insert STAT Troponin-I Architect. Maret 2010.
11. Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.  
Link PMK No. 24/2020 – [jdih.kemkes.go.id](http://jdih.kemkes.go.id)
12. Kementerian Kesehatan RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 410/Menkes/SK/IV/2010 tentang Standar Pelayanan Radiologi*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
13. Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN). (2013). *Peraturan Kepala BAPETEN Nomor 4 Tahun 2013 tentang Proteksi dan Keselamatan Radiasi*



*dalam Penggunaan Pesawat Sinar-X Radiologi Diagnostik dan Intervensional.*

Jakarta:

BAPETEN.

bapeten.go.id

14. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.
15. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
16. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
17. KARS. (2022). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 (SNARS)*. Komite Akreditasi Rumah Sakit.
18. International Atomic Energy Agency (IAEA). (2018). *Radiological Protection of Patients in Diagnostic and Interventional Radiology, Nuclear Medicine and Radiotherapy*. Vienna: IAEA.
19. World Health Organization. (2022). *Medical Radiation Exposure Guidelines*. Geneva: WHO.
20. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
21. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit
23. Sandingan Draft Pedoman Tata Kelola Pelayanan Medik Rumah Sakit dan Rancangan Permenkes terkait Standar Pelayanan Kefarmasian disusun oleh Direktorat Pengelolaan dan Pelayanan Farmasi Dirjen Farmalkes, Mei 2025
24. Peraturan Menteri Kesehatan No 78 tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi di Rumah Sakit
25. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.HK/01.07/Menkes/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
26. Standar Akreditasi *Joint Comission International (JCI)* Edisi ke-7 Tahun 2021
27. Permenkes No 1096/Menkes/PER/2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga





28. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit
29. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 26 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Praktik Tenaga Gizi



## LAMPIRAN

Lampiran 3.1. Contoh Indikator Mutu Layanan Kesehatan

| No | INDIKATOR MUTU                                                      | TARGET | KLASIFIKASI      |
|----|---------------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| 1  | Kepatuhan Kebersihan Tangan                                         | ≥ 85%  | Indikator Proses |
| 2  | Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)                      | 100%   | Indikator Proses |
| 3  | Kepatuhan Identifikasi Pasien                                       | 100%   | Indikator Proses |
| 4  | Waktu Tanggap Operasi Seksio Sesarea Emergensi                      | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 5  | Waktu Tunggu Rawat Jalan                                            | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 6  | Penundaan Operasi Elektif                                           | ≤ 5%   | Indikator Proses |
| 7  | Kepatuhan Waktu Visite Dokter                                       | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 8  | Pelaporan Hasil Kritis Laboratorium                                 | 100%   | Indikator Proses |
| 9  | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional                           | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 10 | Kepatuhan Terhadap Alur Klinis (Clinical Pathway)                   | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 11 | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Pasien Jatuh                      | 100%   | Indikator Proses |
| 12 | Kecepatan Waktu Tanggap Komplain                                    | ≥ 80%  | Indikator Proses |
| 13 | Waktu Pelayanan Rawat Jalan Tanpa Pemeriksaan Penunjang ≤ 120 menit | > 80%  | Indikator Proses |
| 14 | Waktu Pemeriksaan Laboratorium ≤ 60 menit                           | > 80%  | Indikator Proses |
| 15 | Waktu Tunggu Pelayanan Radiologi ≤ 60 menit                         | > 80%  | Indikator Proses |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                                    | TARGET | KLASIFIKASI      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------|
| 16 | Waktu Pelayanan Pasien Di IGD<br>≤ 4 Jam                                                                          | > 90%  | Indikator Proses |
| 17 | Waktu Masuk Rawat Inap ≤ 60<br>menit                                                                              | > 90%  | Indikator Proses |
| 18 | Integrasi Rekam Medis<br>Elektronik dan Kesesuaian<br>Pengiriman Data ke SATU<br>SEHAT                            | 100%   | Indikator Proses |
| 19 | Kelengkapan identitas pasien<br>pada setiap lembar rekam<br>medis manual                                          | 100%   | Indikator Proses |
| 20 | Response time tindak lanjut<br>dokter terhadap hasil kritis                                                       | 100%   | Indikator Proses |
| 21 | Kepatuhan pelaksanaan<br>handover pasien dari IGD ke<br>rawat inap                                                | 100%   | Indikator Proses |
| 22 | Kepatuhan penerapan SBAR<br>saat handover pasien antar<br>dokter                                                  | 100%   | Indikator Proses |
| 23 | Ketidakpatuhan pengelolaan<br>multidose vial (MDV) high alert<br>medicine (HAM) di satelit<br>farmasi dan ruangan | 0%     | Indikator Proses |
| 24 | Ketidaksesuaian pemberian<br>obat LASA                                                                            | 0      | Indikator Proses |
| 25 | Kepatuhan penyimpanan obat<br>LASA                                                                                | 100%   | Indikator Proses |
| 26 | Pelaksanaan time out sesuai<br>standar                                                                            | 100%   | Indikator Proses |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                    | TARGET               | KLASIFIKASI      |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------|
| 27 | Ketersediaan sarana dan prasarana kebersihan tangan di toilet, janitor, dan spoolhock             | 100%                 | Indikator Proses |
| 28 | Kesesuaian suhu makanan saat pengantaran                                                          | 100%                 | Indikator Proses |
| 29 | Persentase keberfungsian tata udara                                                               | 100%                 | Indikator Proses |
| 30 | Pemeliharaan instalasi air bersih sesuai standar                                                  | 100%                 | Indikator Proses |
| 31 | Supervisi peserta didik spesialis dan sub-spesialis                                               | 100%                 | Indikator Proses |
| 32 | Pengendalian sediaan farmasi kadaluarsa                                                           | 20%                  | Indikator Proses |
| 33 | Waktu Tunggu Rawat Jalan < 60 Menit                                                               | ≥ 80%                | Indikator Proses |
| 34 | Kepatuhan registrasi penelitian yang menggunakan pasien melalui HIS (Hospital Information System) | 100%                 | Indikator Proses |
| 35 | Kelengkapan dan kesesuaian resume medis bebas singkatan                                           | Sesuai kontrak kerja | Indikator Proses |
| 36 | Persentase pencapaian lokasi (lokus) yang dikelola/diampu sesuai target                           | 50%                  | Indikator Proses |
| 37 | Persentase Pemenuhan persyaratan administratif wisata medis                                       | 100%                 | Indikator Proses |
| 38 | Persentase penerapan Standar baru JCI                                                             | 100%                 | Indikator Proses |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                                  | TARGET | KLASIFIKASI            |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------|
| 39 | Pengembangan layanan baru sesuai rencana bisnis                                                                 | 4      | Indikator Proses       |
| 40 | Pencapaian Program Inovasi                                                                                      | 1      | Indikator Proses       |
| 41 | Pasien Stroke Hiperakut (<4.5jam) dilakukan Pemeriksaan CT Scan Kepala Non Kontras ≤ 30 Menit                   | > 80%  | Indikator proses       |
| 42 | Skrining Komplikasi Mikrovaskular                                                                               | ↑ 50%  | Indikator proses       |
| 43 | Skrining Komplikasi Makrovaskular pada pasien DM                                                                | ↑ 20%  | Indikator proses       |
| 44 | Kecepatan penanganan gawat darurat (Emergency Respond Time) Severe Acute Respiratory Infection (SARI) <15 menit | > 80%  | Indikator proses       |
| 45 | Pasien fraktur terbuka dengan emergency respon time 2 < 120 menit                                               | > 60%  | Indikator Proses       |
| 46 | Waktu tunggu operasi urgent                                                                                     | > 80%  | Indikator proses       |
| 47 | Persentase penandaan lokasi operasi sesuai standar                                                              | 100%   | Indikator Proses       |
| 48 | Kesesuaian tata laksana pemberian elektrolit pekat                                                              | 100%   | Indikator Tata Laksana |
| 49 | Persentase tatalaksana pencegahan jatuh sesuai faktor risiko pasien                                             | 90%    | Indikator Tata Laksana |
| 50 | Kejadian hipotermia pada pasien perioperatif                                                                    | < 20%  | Indikator Tata Laksana |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                          | TARGET | KLASIFIKASI            |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|------------------------|
| 51 | Angka kejadian desaturasi pasca pemberian anestesi dan sedasi                                           | 0      | Indikator Tata Laksana |
| 52 | Pasien Stroke Iskemik Dengan Onset <4,5 jam Yang Mendapatkan Terapi rTPA intravena                      | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 53 | Kesesuaian Layanan Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Jalan (One Day Care) dgn CP        | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 54 | Overall Treatment Time Kanker Payudara Pasca-Mastektomi dengan Radiasi Eksterna (tanpa Booster) 40 hari | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 55 | “Door to Balloon” Time ≤ 90 menit pada kasus STEMI                                                      | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 56 | Terapi Fibrinolitik : “ door to needle “ ≤ 30 menit pada pasien STEMI                                   | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 57 | Pasien PGK stadium 5 indikasi dialisis CITO yang diberikan intervensi dialisis dalam 1x24 jam           | > 80%  | Indikator tatalaksana  |
| 58 | Pencapaian Pasien CAPD Di Bandingkan Seluruh Pasien Yang Menjalani Dialisis                             | > 3%   | Indikator tatalaksana  |
| 59 | Kemampuan menangani BBLSR 1000 gr - < 1500 gr                                                           | > 80%  | Indikator tatalaksana  |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                  | TARGET           | KLASIFIKASI                  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| 60 | Kemampuan menangani BBLR 1500-2500 gr                                           | > 90%            | Indikator tatalaksana        |
| 61 | Inisiasi pengobatan TBC Resisten Obat (RO)                                      | > 50%            | Indikator tatalaksana        |
| 62 | Deteksi dini dan operasi Kasai pada atresia bilier berusia <3 bulan             | > 80%            | Indikator tatalaksana        |
| 63 | Optimalisasi perawatan pasien Skizofrenia                                       | > 60%            | Indikator tatalaksana        |
| 64 | Penyelenggaraan Layanan Kesehatan Jiwa berbasis Safewards dan WHO-Quality Right | > 80%            | Indikator tatalaksana        |
| 65 | Pelayanan Pasien Difteri Sesuai Dengan Alur Klinis (Clinical Pathway)           | > 80%            | Indikator tatalaksana klinis |
| 66 | Kepuasan Pasien                                                                 | $\geq$<br>76,61% | Indikator Output             |
| 67 | Pembatalan Operasi Elektif                                                      | < 3%             | Indikator Output             |
| 68 | Realisasi Pasien Yang Direncanakan Pulang H-1                                   | > 90%            | Indikator Output             |
| 69 | Pertumbuhan layanan BLU                                                         | Indeks 3         | Indikator Output             |
| 70 | Persentase pengguna pendaftaran online pasien rawat jalan                       | $\geq$ 70%       | Indikator Output             |
| 71 | Kesesuaian suhu penyimpanan obat HAM                                            | 100%             | Indikator Output             |
| 72 | Incidence rate VAP                                                              | < 1%             | Indikator Output             |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                               | TARGET   | KLASIFIKASI       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|
| 73 | Persentase area layanan bebas karat, jamur, terkelupas, sobek, pecah                                         | 90%      | Indikator Output  |
| 74 | Persentase standar klinis yang tercapai                                                                      | 80%      | Indikator Output  |
| 75 | Bed Occupancy Rate/BOR                                                                                       | 70%      | Indikator Output  |
| 76 | Healthcare-Associated Infections (HAIs) rates                                                                | < 1      | Indikator Output  |
| 77 | Persentase pendapatan non-JKN terhadap pendapatan keseluruhan RS                                             | 35%      | Indikator Output  |
| 78 | Beban Persediaan Farmasi terhadap Pendapatan Operasional                                                     | 25%      | Indikator Output  |
| 79 | EBITDA margin                                                                                                | 10%      | Indikator Output  |
| 80 | Peningkatan > 20% proporsi pemeriksaan skrining berkala komplikasi mikrovaskular diabetes anak dan remaja    | ↑ 20%    | Indikator output  |
| 81 | Peningkatan > 20% proporsi anak & remaja dgn diabetes yg melakukan pemeriksaan pemantauan gula darah mandiri | ↑ 20%    | Indikator output  |
| 82 | LOS (Length Of Stay) Pasien                                                                                  | 3-7 hari | Indikator Outcome |
| 83 | NDR (Nett Death Rate)                                                                                        | < 25‰    | Indikator Outcome |
| 84 | GDR (Gross Death Rate)                                                                                       | < 45‰    | Indikator Outcome |
| 85 | Pasien Stroke Iskemik Dengan Length Of Stay (LOS) < 7 Hari                                                   | > 80%    | Indikator outcome |



| No | INDIKATOR MUTU                                                                                              | TARGET | KLASIFIKASI       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 86 | Pasien Stroke Iskemik Pulang dalam Kondisi Hidup                                                            | > 90%  | Indikator outcome |
| 87 | Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Kemoterapi di Rawat Inap 3 Hari                                    | > 80%  | Indikator outcome |
| 88 | Lama Rawat Pasien Kanker Payudara dengan Mastektomi Tanpa Komplikasi 5 Hari                                 | > 80%  | Indikator outcome |
| 89 | Mortalitas CABG/Bedah pintas arteri koroner severitas 1                                                     | < 10%  | Indikator outcome |
| 90 | Lama rawat ≤ 5 hari pada kasus dengan STEMI klasifikasi KILLIP 1                                            | > 95%  | Indikator outcome |
| 91 | Keberhasilan Operasi Isolated CABG Berdasarkan Stratifikasi Risiko menggunakan EUROSCORE II                 | > 93%  | Indikator outcome |
| 92 | Mortalitas Pasien STEMI selama perawatan di RS                                                              | < 5%   | Indikator outcome |
| 93 | Pencapaian Target Adekuasi Hemodialisis Pada Pasien PGTA Yang Menjalani Hemodialisis Kronik Minimal 3 Bulan | > 60%  | Indikator outcome |
| 94 | Stone Free Rate Tindakan PCNL batu non-staghorn                                                             | > 80%  | Indikator outcome |
| 95 | Stone Free Rate Tindakan ESWL batu ginjal < 2cm                                                             | > 60%  | Indikator outcome |
| 96 | Lama perawatan pasca operasi PCNL tanpa penyulit dan tanpa komorbid kurang dari 3 hari                      | > 80%  | Indikator outcome |



| No  | INDIKATOR MUTU                                                                                | TARGET | KLASIFIKASI       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 97  | Kejadian kematian ibu karena pre eklampsia / eklampsia di RS                                  | < 10%  | Indikator outcome |
| 98  | Kejadian kematian ibu saat persalinan karena perdarahan                                       | <1%    | Indikator outcome |
| 99  | Keberhasilan pengobatan TB Paru Sensitif Obat (SO)                                            | > 60%  | Indikator outcome |
| 100 | Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Pendek                   | > 50%  | Indikator outcome |
| 101 | Keberhasilan pengobatan TBC Resisten Obat (RO) dengan Panduan Jangka Panjang                  | > 50%  | Indikator outcome |
| 102 | Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target HbA1C                               | ↑ 20%  | Indikator outcome |
| 103 | Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target kolesterol LDL                      | ↑ 20%  | Indikator outcome |
| 104 | Peningkatan proporsi pasien diabetes yang mencapai target tekanan darah                       | ↑ 20%  | Indikator outcome |
| 105 | Proporsi kejadian ketoasidosis diabetikum berulang pada anak dan remaja dengan diabetes < 20% | < 20%  | Indikator outcome |
| 106 | Angka mortalitas ketoasidosis diabetikum anak dan remaja < 5 %                                | < 5 %  | Indikator outcome |



| No  | INDIKATOR MUTU                                                                                                                 | TARGET  | KLASIFIKASI       |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------|
| 107 | Kesintasan pasien sirosis hati dekompensata (stadium lanjut) > 12 bulan                                                        | > 20%   | Indikator outcome |
| 108 | Pasien Sirosis Hepatis dengan pecah varises esofagus yang tidak mengalami early rebleeding (24 jam) paska endoskopi hemostatic | > 80%   | Indikator outcome |
| 109 | Pasien adiksi NAPZA yang mengalami perbaikan kualitas hidup                                                                    | > 70%   | Indikator outcome |
| 110 | Endoftalmitis Pasca Operasi Katarak                                                                                            | < 1,2%  | Indikator outcome |
| 111 | Angka Kejadian Endoftalmitis Pasca Injeksi Anti-VEGF Intravitreal                                                              | < 1%    | Indikator outcome |
| 112 | Penurunan Tekanan Intraokular 1 bulan pasca Trabekulektomi pada POAG dan PACG                                                  | >80%    | Indikator outcome |
| 113 | Infeksi Luka Operasi pada Fraktur Tertutup                                                                                     | < 2%    | Indikator Outcome |
| 114 | Ikterus Obstruktif                                                                                                             | 10 hari | Indikator Outcome |
| 115 | Stroke Iskemik                                                                                                                 | 8 hari  | Indikator Outcome |
| 116 | Guillan Barre Syndrome                                                                                                         | 16 hari | Indikator Outcome |
| 117 | Krisis Myasthenia                                                                                                              | 15 hari | Indikator Outcome |
| 118 | Ca Mammae                                                                                                                      | 5 hari  | Indikator Outcome |
| 119 | Ca Mammae (Kemoterapi ODC )                                                                                                    | 1 hari  | Indikator Outcome |



| No  | INDIKATOR MUTU                                                                            | TARGET                          | KLASIFIKASI       |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| 120 | Ca Mammae (Kemoterapi Taxan-based atau anthracycline-based )                              | 3 hari                          | Indikator Outcome |
| 121 | Mikrotia Grade 2 Dan 3                                                                    | 7 hari                          | Indikator Outcome |
| 122 | DISE Atas Indikasi Sleep Disorder                                                         | 2 hari                          | Indikator Outcome |
| 123 | Radioterapi 3D Conformal / IMRT Adjuvant pada kasus Ca Mammae post Mastektomi.            | 49 hari                         | Indikator Outcome |
| 124 | Odontektomi Molar 3,Canninus,Premolar dengan Anestesi Lokal                               | 1 hari                          | Indikator Outcome |
| 125 | Special Needs Children dengan general anestesi                                            | 1 hari                          | Indikator Outcome |
| 127 | Depresi                                                                                   | 21 hari                         | Indikator Outcome |
| 128 | PCNL Batu Ginjal                                                                          | 5 hari                          | Indikator Outcome |
| 129 | ESWL Batu Ginjal                                                                          | Capaian<br>batu<br>eswl<br><2cm | Indikator Outcome |
| 130 | Meningioma                                                                                | 7 hari                          | Indikator Outcome |
| 131 | Arteriovenous Malformation                                                                | 3 hari                          | Indikator Outcome |
| 132 | CTEV dengan indikasi Serial Casting dengan Metode ponseti dan Achilles Tendon Lengthening | 3 hari                          | Indikator Outcome |
| 133 | Komplikasi masa kehamilan awal (Abortus)                                                  | 1 hari                          | Indikator Outcome |
| 134 | Kanker Serviks                                                                            | 7                               | Indikator Outcome |



| No  | INDIKATOR MUTU                                                                                                                                      | TARGET | KLASIFIKASI       |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------------|
| 135 | Kesesuaian Response Time<br>Clinical Pathway Pasien PGK<br>Stadium 5 Indikasi Dialisis<br>CITO yang diberikan Intervensi<br>Dialisis dalam 1x24 jam | 24 jam | Indikator Outcome |
| 136 | Pra Operasi, Operasi Dan Pasca<br>Operasi Fakoelmuksifikasi<br>Katarak Dewasa Dalam<br>Anestesi Lokal                                               | 1      | Indikator Outcome |





Jl. HR. Rasuna Said Blok X-5 Kav. 4 - 9, Kuningan, RT.1/RW.2,  
Kuningan, Kuningan Tim., Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus  
Ibukota Jakarta 12950



<https://kemkes.go.id/>

ISBN 978-623-301-476-2 (no. jil. lengkap)

ISBN 978-623-301-478-6 (jil. 2 PDF)



9

786233

014786