

PENGKAJIAN PASIEN (PP)

SubPokJa PP

**STANDAR 1: SEMUA PASIEN YANG DIRAWAT DI RS
DIIDENTIFIKASI KEBUTUHAN PERAWATAN KESEHATANNYA
MELALUI SUATU PROSES PENGKAJIAN YANG TELAH
DITETAPKAN OLEH RS**

- EP 1 : RS Menetapkan Pengkajian awal dan Ulang oleh Medis dan keperawatan di IGD, RJ dan Rawat Inap
- EP 2 : Pengkajian awal meliputi elemen a s/d l
- EP 3 : Hanya PPA yang kompeten yang melakukan pengkajian pasien → RKK & SPk
- EP 4 : Perencanaan pulang dikaji termasuk kebutuhan khusus dan direncanakan pemenuhan sejak awal perawatan

**Pemenuhan EP melalui Regulasi (SK, Panduan PP, SPO) dan
Observasi Dokumen E-RM**

STANDAR 1.1 : KEBUTUHAN MEDIS DAN KEPERAWATAN PASIEN DIIDENTIFIKASI BERDASARKAN PENGKAJIAN AWAL

- EP 1 : Pengkajian awal medis dan Keperawatan dilakukan dan didokumentasikan kurun waktu 24 jam sejak pasien dirawat inap
- EP 2 : Pengkajian awal medis menghasilkan diagnosis medis dan kondisi medis lain yang perlu penatalaksanaan dan pemantauan
- EP 3 : Pengkajian awal keperawatan menghasilkan kebutuhan askep, intervensi atau pemantauan perawat yang spesifik
- EP 4 : Sebelum pembedahan pada kondisi mendesak, minimal ada catatan singkat dan diagnosis pra operasi yang didokumentasikan di E-RM
- EP 5 : Pengkajian awal medis sebelum rawat inap dan rawat jalan dilakukan ≤ 30 hari, jika lebih dari 30 hari dilakukan pengkajian ulang
- EP 6 : Hasil pengkajian yang dilakukan di luar RS sebelum rawat inap atau rawat jalan ditinjau dan di verifikasi saat sebelum rawat inap atau sebelum Tindakan rawat jalan

STANDAR PP 1.2 : PASIEN DILAKUKAN SKRINING RISIKO NUTRISI, SKRINING NYERI, KEBUTUHAN FUNGSIONAL TERMASUK RISIKO JATUH DAN KEBUTUHAN KHUSUS LAINNYA

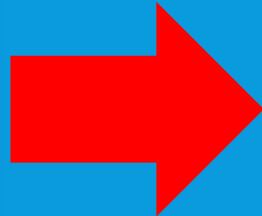
- EP 1 : Rumah sakit menetapkan kriteria risiko nutrisi yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang
- EP 2 : Pasien diskriminasi untuk risiko nutrisi sebagai bagian dari pengkajian awal
- EP 3 : Pasien dengan risiko nutrisi dilanjutkan dengan pengkajian gizi
- EP 4 : Pasien diskriminasi untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh

STANDAR PP 1.3 : RS MELAKUKAN PENGKAJIAN AWAL YANG TELAH DIMODIFIKASI UNTUK POPULASI KHUSUS YANG DIRAWAT DI RUMAH SAKIT

- EP 1 : Rumah sakit menetapkan jenis populasi khusus yang akan dilakukan pengkajian meliputi poin a- m pada maksud dan tujuan
- EP 2 : Rumah sakit telah melaksanakan pengkajian tambahan terhadap populasi pasien khusus sesuai ketentuan rumah sakit

Pengkajian Populasi Khusus:

1. Risiko Melarikan Diri
2. Risiko Bunuh Diri
3. Risiko kekerasan Fisik
4. Risiko Keamanan Seksual
5. NAPZA
6. Psikogeriatric
7. Bayi dll



**Dilakukan pada Form Baku
yang ditetapkan RS dan
didokumentasikan dalam
E-RM**

STANDAR PP 2 : RS MELAKUKAN PENGKAJIAN ULANG BAGI SEMUA PASIEN DENGAN INTERVAL WAKTU YANG DITENTUKAN UNTUK DIBUAT RENCANA ASUHAN LANJUTAN

- EP 1 : Rumah sakit melaksanakan pengkajian ulang oleh DPJP, perawat dan PPA lainnya untuk menentukan rencana asuhan lanjutan
- EP 2 : Terdapat bukti pelaksanaan pengkajian ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu / libur untuk pasien akut
- EP 3 : Terdapat bukti pelaksanaan pengkajian ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien
- EP 4 : Terdapat bukti pengkajian ulang oleh PPA lainnya dilaksanakan dengan interval sesuai regulasi rumah sakit

STANDAR PP 3 : PELAYANAN LABORATORIUM TERSEDIA UNTUK MEMENUHI KEBUTUHAN PASIEN SESUAI PERATURAN PERUNDANG-UNDANG

- EP 1 : RS menetapkan regulasi tentang pelayanan laboratorium di rumah sakit
- EP 2 : Pelayanan laboratorium buka 24 jam, 7 hari seminggu, sesuai dengan kebutuhan pasien

Standar pp 3.1 : RS menetapkan seorang yang kompeten dan berwenang bertanggung jawab mengelola pelayanan laboratorium

- EP 1 : Direktur rumah sakit menetapkan penanggung jawab laboratorium yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan perundang-undangan
- EP 2 : Terdapat bukti pelaksanaan tanggung jawab pimpinan laboratorium sesuai poin a) – e) pada maksud dan tujuan

STANDAR PP 3.2 :STAFF LABORATORIUM MEMPUNYAI PENDIDIKAN, PELATIHAN, KUALIFIKASI DAN PENGALAMAN YANG DIPERSYARATKAN UNTUK MENGERJAKAN PEMERIKSAAN

- EP 1 : Staf laboratorium yang membuat interpretasi telah memenuhi persyaratan kredensial
- EP 2 : Staf laboratorium dan staf lain yang melaksanakan pemeriksaan termasuk yang mengerjakan Point- of-care testing (POCT), memenuhi persyaratan kredensial

Standar pp 3.3 : RS menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan regular dan pemeriksaan segera (cito)

- EP 1 : Rumah sakit menetapkan dan menerapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium regular dan cito
- EP 2 : Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium
- EP 3 : Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito
- EP 4 : Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi pelayanan laboratorium rujukan

STANDAR PP 3.4 : RS MEMILIKI PROSEDUR PENGELOLAAN SEMUA REAGENSIA ESENSIAL DAN DIEVALUASI SECARA BERKALA PELAKSANAANYA

- EP 1 : Terdapat bukti pelaksanaan semua reagensia esensial disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai prosedur dari pembuatnya atau instruksi padaemasannya
- EP 2 : Terdapat bukti pelaksanaan evaluasi/ audit semua reagen

Standar pp 3.5 : RS memiliki prosedur untuk cara pengambilan pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, penyimpanan dan pembuangan spesimen

- EP 1 : Pengelolaan spesimen dilaksanakan sesuai poin a) – d) pada maksud dan tujuan
- EP 2 : Terdapat bukti pemantauan dan evaluasi terhadap pengelolaan spesimen

STANDAR PP 3.6 : RS MENETAPKAN NILAI NORMAL DAN RENTANG NILAI UNTUK INTERPRETASI DAN PELAPORAN HASIL LABORATORIUM KLINIS

- EP 1 : RS menetapkan dan mengevaluasi rentang nilai normal untuk interpretasi, pelaporan hasil laboratorium klinis
- EP 2 : Setiap hasil pemeriksaan laboratorium dilengkapi dengan rentang nilai normal

Standar pp 3.7 : RS melaksanakan prosedur kendali mutu pelayanan laboratorium, dievaluasi dan di catat sebagai dokumen

- EP 1 : Terdapat bukti bahwa unit laboratorium telah melakukan Pemantapan Mutu Internal (PMI) secara rutin yang meliputi poin a-e pada maksud dan tujuan
- EP 2 : Terdapat bukti bahwa unit laboratorium telah melakukan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara rutin

STANDAR PP 3.8: RS BEKERJA SAMA DENGAN LABORATORIUM RUJUKAN YANG TERAKREDITASI

- EP 1 : Unit laboratorium memiliki bukti sertifikat akreditasi laboratorium rujukan yang masih berlaku
- EP 2 : Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi kerjasama pelayanan kontrak sesuai dengan kesepakatan kedua belah pihak

Standar pp 3.9 : RS menetapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan darah dan menjamin pelayanan yang diberikan sesuai peraturan dan perundang-undangan dan standar pelayanan

- EP 1 : Rumah sakit menerapkan regulasi tentang penyelenggaraan pelayanan darah di rumah sakit
- EP 2 : Penyelenggaraan pelayanan darah dibawah tanggung jawab seorang staf yang kompeten
- EP 3 : Telah dilakukan pemantauan dan evaluasi mutu terhadap penyelenggaran pelayanan darah di rumah sakit
- EP 4 : Rumah sakit menerapkan proses persetujuan tindakan pasien untuk pemberian darah dan produk darah

STANDAR PP 4 : PELAYANAN RADIOLOGI KLINIK MENETAPKAN REGULASI PELAYANAN RADIOLOGI KLINIS DI RUMAH SAKIT

- EP 1 : Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan regulasi pelayanan radiologi klinik
- EP 2 : Terdapat pelayanan radiologi klinik selama 24 jam, 7 hari seminggu, sesuai dengan kebutuhan pasien

Standar pp 4.1 : Rumah Sakit menetapkan seorang yang kompeten dan berwenang, bertanggung jawab mengelola pelayanan RIR

- EP 1 : Direktur menetapkan penanggung jawab Radiologi Klinik yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan dengan peraturan perundang-undangan
- EP 2 : Terdapat bukti pengawasan pelayanan radiologi klinik oleh penanggung jawab radiologi klinik sesuai poin a) – e) pada maksud dan tujuan

STANDAR PP 4.2 : SEMUA STAFF RADIOLOGI KLINIK MEMPUNYAI PENDIDIKAN, PELATIHAN, KUALIFIKASI DAN PENGALAMAN YANG DIPERSYARATKAN UNTUK MENGERJAKAN PEMERIKSAAN

- EP 1 : Staf radiologi klinik yang membuat interpretasi telah memenuhi persyaratan kredensial
- EP 2 : Staf radiologi klinik dan staf lain yang melaksanakan pemeriksaan termasuk yang mengerjakan tindakan di Ruang Rawat pasien, memenuhi persyaratan kredensial

Standar pp 4.3 : Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik regular dan cito

- EP 1 : Rumah sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik
- EP 2 : Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik
- EP 3 : Dilakukan pencatatan dan evaluasi waktu penyelesaian pemeriksaan cito
- EP 4 : Terdapat bukti pencatatan dan evaluasi pelayanan radiologi rujukan

STANDAR 4.4: FILM X-RAY DAN BAHAN LAINNYA TERSEDIA SECARA TERATUR

- EP 1 : Rumah sakit menetapkan proses pengelolaan logistik Film x-ray, reagens, dan bahan lainnya, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan
- EP 2 : Semua film x-ray disimpan dan diberi label, serta didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi padaemasannya

Standar pp 4.5 : Rumah sakit menetapkan program kendali mutu, dilaksanakan, divalidasi dan didokumentasikan

- EP 1 : Terdapat bukti bahwa unit radiologi klinik telah melaksanakan Pemantapan Mutu Internal (PMI)
- EP 2 : Terdapat bukti bahwa unit radiologi klinik melaksanakan Pemantapan Mutu Eksternal (PME)