KLINIK PRATAMA UINFAS

TERAKREDITASI PARIPURNA LASKESI

PEDOMAN PELAYANAN

KLINIK PRATAMA UINFAS

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
FATMAWATI SUKARNO BENGKULU

- Aman dan Terpercaya
- Mutu dan Profesional
- Pelayanan Berorientasi Pasien
- Berintegritas dan Humanis



DISUSUN OLEH:
apt. Endah Rahayu, S.Farm., M.Sc.

klinik@mail.uinfasbengkulu.ac.id
@klinikpratama_uinfas
Jl. Raden Fatah Pagar Dewa, Kota Bengkulu

EDISI II
TAHUN 2026

PEDOMAN PELAYANAN KLINIK PRATAMA UINFAS



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI FATMAWATI SUKARNO
BENGKULU
2026

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya sehingga Pedoman Pelayanan Klinik Pratama UINFAS ini dapat disusun dan diselesaikan dengan baik.

Pedoman ini disusun sebagai acuan bagi seluruh tenaga kesehatan dan tenaga pendukung dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS agar pelayanan yang diberikan berjalan secara profesional, aman, bermutu, efektif, efisien, serta berorientasi pada kebutuhan pasien.

Klinik Pratama UINFAS sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peran strategis dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Oleh karena itu diperlukan suatu pedoman yang mampu menjadi landasan dalam penyelenggaraan pelayanan yang sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, prinsip keselamatan pasien, serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pedoman ini disusun dengan mengacu pada berbagai regulasi di bidang kesehatan, standar akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama, prinsip peningkatan mutu berkelanjutan, keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, serta manajemen risiko pelayanan kesehatan.

Diharapkan pedoman ini dapat menjadi acuan dalam pelaksanaan pelayanan sehari-hari, meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, memberikan kepastian pelayanan kepada pasien, serta mendukung tercapainya visi dan misi Klinik Pratama UINFAS.

Bengkulu, 6 Juni 2026
Kepala Klinik Pratama UINFAS

Ilma Hamid, S.Kep

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **ii**
DAFTAR ISI ..... **iii**
BAB I. PENDAHULUAN **1**
A. Latar Belakang 1
B. Dasar Hukum 1
C. Maksud 2
D. Tujuan 2
E. Ruang Lingkup 3
F. Visi 3
G. Misi 3
H. Motto 4
I. Tata Nilai 4
J. Janji Layanan 4
BAB II. TATA KELOLA DAN MANAJEMEN KLINIK **5**
A. Struktur Organisasi Klinik 5
B. Tata Kelola Kepemimpinan 6
C. Uraian Tugas Pengelola Klinik 6
D. Pengelolaan Sumber Daya Manusia 9
E. Pengelolaan Keuangan 10
F. Pengelolaan Sarana dan Prasarana 10
G. Pengelolaan Risiko 10
H. Pengelolaan Dokumen dan Rekam Medis 11
I. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) 11
J. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) 12
K. Monitoring dan Evaluasi 12
BAB III. PELAYANAN KLINIS BERORIENTASI PASIEN **13**
A. Pendahuluan 13
B. Pendaftaran Pasien 13
C. Pengkajian Pasien 14
D. Keputusan Layanan Klinis 15
E. Perencanaan Layanan Klinis 16
F. Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent) 16
G. Pelaksanaan Pelayanan Klinis 17
H. Pelayanan Pasien Berkebutuhan Khusus 18
I. Edukasi Pasien dan Keluarga 18
J. Rujukan Pasien 18
K. Pemulangan dan Tindak Lanjut Pasien 19
L. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Klinis 19
BAB IV. MANAJEMEN PENUNJANG PELAYANAN KLINIS (MPPK) **21**
A. Pendahuluan 21
B. Pelayanan Laboratorium 21
C. Pelayanan Kefarmasian 23
D. Manajemen Informasi dan Rekam Medis 24
E. Manajemen Peralatan 25
F. Monitoring dan Evaluasi 26
G. Penutup 26
BAB V. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP) **27**
A. Pendahuluan 27
B. Tujuan 27
C. Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 28

D. Organisasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien 28
E. Ruang Lingkup Program PMKP 28
F. Indikator Mutu Pelayanan 29
G. Pengumpulan dan Analisis Data Mutu 30
H. Keselamatan Pasien 31
I. Pelaporan dan Pengelolaan Insiden Keselamatan Pasien 31
J. Audit Klinis dan Audit Internal 32
K. Program Perbaikan Berkelanjutan 32
L. Pendidikan dan Pelatihan Mutu 33
M. Monitoring dan Evaluasi Program PMKP 33
N. Penutup 33
BAB VI. SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP) 34
A. Pendahuluan 34
B. Tujuan 34
C. Kebijakan Umum 34
D. Sasaran Keselamatan Pasien 35
E. Edukasi Sasaran Keselamatan Pasien 38
F. Monitoring dan Evaluasi 38
G. Tanggung Jawab 39
H. Penutup 39
BAB VII. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) 40
A. Pendahuluan 40
B. Tujuan 40
C. Kebijakan Umum PPI 41
D. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi 41
E. Kewaspadaan Standar 41
F. Kewaspadaan Berdasarkan Cara Penularan 43
G. Sterilisasi dan Desinfeksi 43
H. Pengelolaan Limbah 44
I. Pengelolaan Linen 45
J. Kebersihan Lingkungan 45
K. Surveilans Infeksi 45
L. Edukasi dan Pelatihan PPI 46
M. Monitoring dan Evaluasi Program PPI 46
N. Penutup 47
BAB VIII. MANAJEMEN RISIKO 48
A. Pendahuluan 48
B. Tujuan 48
C. Ruang Lingkup Manajemen Risiko 48
D. Prinsip Manajemen Risiko 50
E. Proses Manajemen Risiko 50
F. Pelaporan Risiko dan Insiden 52
G. Tanggung Jawab Manajemen Risiko 52
H. Dokumentasi Manajemen Risiko 53
I. Evaluasi dan Perbaikan Berkelanjutan 53
BAB IX. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3) 54
A. Pendahuluan 54
B. Tujuan 54
D. Identifikasi Bahaya dan Risiko Kerja 55
E. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja 56
F. Keselamatan Sarana dan Prasarana 57
G. Pencegahan dan Penanggulangan Kebakaran 58
H. Kesiapsiagaan dan Tanggap Darurat 58

I. Pendidikan dan Pelatihan K3 59
J. Pelaporan dan Investigasi Kecelakaan Kerja 59
K. Monitoring dan Evaluasi Program K3 59
L. Penutup 60
BAB X. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN 61
A. Pendahuluan 61
B. Tujuan 61
C. Hak Pasien 61
D. Kewajiban Pasien 64
E. Hak Keluarga Pasien 65
F. Kewajiban Keluarga Pasien 65
G. Mekanisme Penyampaian Keluhan dan Pengaduan 66
H. Perlindungan Hak Pasien 66
I. Penutup 66
BAB XI. PENUTUP 67
A. Kesimpulan 67
B. Implementasi Pedoman 67
C. Monitoring dan Evaluasi 68
D. Revisi Pedoman 68
E. Penegasan Komitmen 68

BAB I. PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan merupakan hak dasar setiap warga negara sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 28H Ayat (1) dan Pasal 34 Ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan bahwa setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak.

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, efisien, merata, dan berkesinambungan.

Klinik Pratama UINFAS merupakan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara komprehensif melalui pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam melaksanakan pelayanan tersebut diperlukan suatu sistem pelayanan yang terstandar agar seluruh proses pelayanan berjalan sesuai prinsip mutu dan keselamatan pasien.

Perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, regulasi pemerintah, serta meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan menuntut klinik untuk terus melakukan perbaikan berkelanjutan. Oleh karena itu diperlukan Pedoman Pelayanan Klinik yang menjadi acuan dalam penyelenggaraan seluruh kegiatan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS.

B. Dasar Hukum

Pedoman ini disusun berdasarkan:

1. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
3. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan beserta perubahannya.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 17 Tahun 2024 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2014 tentang Klinik.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Klinik.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2022 tentang Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat, Klinik, Laboratorium Kesehatan, Unit Transfusi Darah, Tempat Praktik Mandiri Dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi.
12. Peraturan perundang-undangan lain yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, manajemen risiko, dan mutu pelayanan kesehatan.

C. Maksud

Pedoman ini disusun sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada pasien di Klinik Pratama UINFAS.

D. Tujuan

Tujuan Umum

Menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, profesional, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

Tujuan Khusus

1. Menjadi pedoman bagi seluruh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan.
2. Menjamin kesinambungan pelayanan kesehatan.
3. Mendukung penerapan budaya mutu dan keselamatan pasien.
4. Menjamin kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku.
5. Meningkatkan kepuasan pasien dan pengguna layanan.
6. Mendukung proses akreditasi klinik.

E. Ruang Lingkup

Pedoman ini mengatur seluruh aspek pelayanan di Klinik Pratama UINFAS yang meliputi:

1. Tata kelola dan manajemen klinik.
2. Pelayanan klinis yang berorientasi pada pasien.
3. Manajemen penunjang pelayanan klinis.
4. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
5. Pencegahan dan pengendalian infeksi.
6. Manajemen risiko.
7. Keselamatan dan kesehatan kerja.
8. Pengelolaan sarana, prasarana, dan peralatan.
9. Pengelolaan rekam medis dan informasi kesehatan.
10. Hak dan kewajiban pasien.

F. Visi

Klinik Pratama UINFAS memiliki visi “Sebagai klinik islami favorit pilihat civitas akademika dan masyarakat”.

G. Misi

1. Memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi civitas akademika dan masyarakat.
2. Melakukan 5S (Senyum, Sapa, Salam, Sopan, dan Santun).
3. Memberikan pelayanan kesehatan yang cepat, tepat, bermutu dan terjangkau oleh semua kalangan civitas akademika UINFAS dan masyarakat.
4. Menjadi salah satu unit penunjang kesehatan bagi UIN Fatmawati Sukarno Bengkulu.

H. Motto

"Melayani dengan cepat dan tanggap bagi civitas akademika dan masyakat adalah kebanggaan kami".

I. Tata Nilai

CETAR

1. Cepat

   Cepat dan tepat dalam memberikan pelayanan sesuai.
2. Tanggap

   Tanggap pelayanan sesuai SOP.
3. Ramah

   Ramah dalam memberikan pelayanan sesuai dengan 5S (Senyum, Sapa, Salam, Sopan, dan Santun).

J. Janji Layanan

1. Tanggap, terampil, dan disiplin dalam bekerja
2. Membina kerjasama antar tim kesehatan
3. Memberikan pelayanan yang ramah, sopan, cepat dan tepat

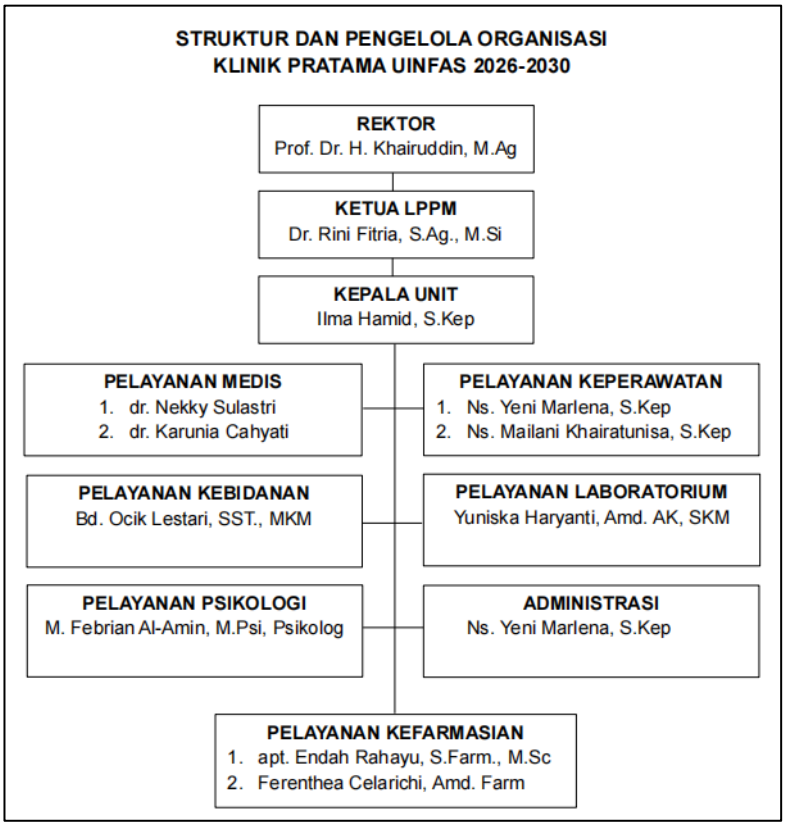
BAB II. TATA KELOLA DAN MANAJEMEN KLINIK

A. Struktur Organisasi Klinik

Klinik memiliki struktur organisasi yang jelas sebagai dasar penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, aman, dan bermutu. Struktur organisasi disusun sesuai kebutuhan pelayanan serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Struktur organisasi Klinik Pratama UINFAS terdiri atas:

1. Kepala Klinik
2. Tenaga Medis
3. Tenaga Keperawatan
4. Tenaga Kebidanan
5. Tenaga Kefarmasian
6. Tenaga Laboratorium
7. Tenaga Psikologi
8. Tenaga Administrasi

Struktur organisasi ditetapkan melalui Surat Keputusan Rektor UIN Fatmawati Sukarno Bengkulu dan dievaluasi secara berkala sesuai perkembangan kebutuhan pelayanan.



B. Tata Kelola Kepemimpinan

Pimpinan klinik bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan, pengelolaan sumber daya, peningkatan mutu, keselamatan pasien, serta pemenuhan peraturan yang berlaku.

Tanggung jawab pimpinan meliputi:

1. Menetapkan kebijakan operasional klinik.
2. Menjamin terselenggaranya pelayanan yang berorientasi pada pasien.
3. Mengembangkan budaya mutu dan keselamatan pasien.
4. Menjamin ketersediaan sumber daya manusia yang kompeten.
5. Mengelola sarana, prasarana, dan peralatan klinik.
6. Melaksanakan monitoring dan evaluasi kinerja klinik.
7. Menjamin kepatuhan terhadap regulasi kesehatan yang berlaku.

Pimpinan klinik melakukan rapat koordinasi secara berkala untuk mengevaluasi pelaksanaan program dan pencapaian indikator kinerja klinik.

C. Uraian Tugas Pengelola Klinik

1. Kepala Klinik

a) Memantau seluruh kegiatan pengelola Klinik Pratama UINFAS.
b) Bertanggung jawab terhadap pekerjaan pengelola klinik.
c) Memimpin dalam rapat klinik.
d) Bertanggung jawab atas laporan klinik setiap bulan.

2. Dokter

a) Melakukan pemeriksaan pada pasien untuk mendiagnosa penyakit pasien secara cepat dan memberikan terapi secara cepat dan tepat.
b) Memberikan terapi untuk kesembuhan pasien.
c) Memberikan pelayanan kedokteran secara aktif kepada pasien pada saat sakit dan sehat.
d) Menangani penyakit akut dan kronik.
e) Membuat catatan medis dengan baik dan benar di buku rekam medis
f) Melakukan tindakan tahap awal kasus berat agar siap dikirim ke Rumah Sakit.
g) Tetap bertanggung jawab atas pasien yang dirujuk ke Dokter Spesialis atau dirawat di Rumah Sakit.
h) Bertindak sebagai mitra, penasihat dan konsultan bagi pasiennya.

i) Memberikan nasihat untuk perawatan dan pemeliharaan sebagai pencegahan sakit.
j) Membina keluarga pasien untuk berpartisipasi dalam upaya peningkatan taraf kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan dan rehabilitasi.
k) Mawas diri dan mengembangkan diri dengan belajar sepanjang hayat dan melakukan penelitian untuk mengembangkan ilmu kedokteran.
l) Memberikan surat keterangan sakit dan surat keterangan berbadan sehat untuk pasien.

3. Perawat

a) Memelihara kebersihan ruang rawat dan lingkungannya.
b) Menerima pasien baru sesuai prosedur dan ketentuan yang berlaku.
c) Memelihara peralatan medis agar selalu steril.
d) Membantu pasien untuk melakukan latihan gerak.
e) Melakukan tindakan terhadap pasien gawat darurat dengan pertolongan pertama, kemudian segera melaporkan kepada dokter.
f) Mengobservasi kondisi pasien, selanjutnya melakukan tindakan yang tepat berdasarkan hasil observasi tersebut, sesuai batas kemampuannya.
g) Melaksanakan tugas pagi sampai sore.
h) Melakukan pengkajian keperawatan lanjutan pada individu
i) Memberikan konsultasi data pengkajian keperawatan dasar/lanjut
j) Melakukan komunikasi terapeutik dalam pemberian asuhan keperawatan
k) Melakukan upaya peningkatan kepatuhan kewaspadaan standar pada pasien/petugas/pengunjung sebagai upaya pencegahan infeksi
l) Merumuskan diagnosis keperawatan pada individu
m) Melakukan pendidikan kesehatan pada individu pasien
n) Melakukan pemenuhan kebutuhan oksigenisasi kompleks
o) Melakukan pemantauan atau penilaian kondisi pasien selama dilakukan tindakan keperawatan spesifik sesuai kasus dan kondisi pasien
p) Melakukan konsultasi keperawatan dan kolaborasi dengan dokter
q) Melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan

4. Apoteker

a) Memimpin, merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan dan mengawasi kegiatan dalam lingkungan instalasi farmasi.
b) Melaporkan penggunaan obat dan alat pakai habis setiap bulannya.
c) Membaca resep, meracik obat, membungkus dan menempatkan obat dalam wadah.
d) Memberikan informasi kepada pasien tentang obat.
e) Melayani resep
f) Melakukan Skrining, Labeling dan Dispensing resep.
g) Mengerjakan resep dokter.
h) Mengkonfirmasi kejelasan resep kepada dokter.
i) Menolak resep yang meragukan.
j) Meneliti kesesuaian pesanan mengenai jenis, jumlah, bentuk dan tanggal kadaluarsa obat.
k) Melaksanakan peraturan, ketentuan dan kebijakan yang telah ditetapkan oleh klinik yang berhubungan dengan pelayanan instalasi farmasi.

5. Tenaga Teknis Kefarmasian

a) Melaksanakan Jalannya pelayanan pasien klinik baik IGD maupun Poli
b) Mengumpulkan dan mencatat resep tiap bulan
c) Mencata jumlah resep generik dan non generik
d) Mencatat Perbekalan Farmasi yang habis atau tinggal sedikit kepada apoteker penanggung jawab apotek untuk diadakan kembali
e) Mengisi kartu penerimaan dan pengeluaran obat untuk dilaporkan kepada apoteker penanggung jawab
f) Melaksanakan tugas lain dari pimpinan

6. Analis Kesehatan

a) Mempersiapkan peralatan pemeriksaan sampel setiap hari
b) Mengambil sampel
c) Mengolah/ memeriksa sampel
d) Mencatat blanko hasil pemeriksaan dan bukti adsministrasi tertulis pasien laboratorium
e) Melakukan pengontrolan ketersediaan reagensia laboratorium
f) Menambahkan reagensiayang telah habis
g) Menyelesaikan pekerjaan pelaporan untuk bahan laporan bulanan dan tahunan.

D. Pengelolaan Sumber Daya Manusia

Klinik memastikan tersedianya sumber daya manusia yang kompeten sesuai kebutuhan pelayanan.

Pengelolaan SDM meliputi:

1. Perencanaan Kebutuhan SDM

Kebutuhan tenaga dihitung berdasarkan:

- Jenis pelayanan yang diberikan
- Jumlah kunjungan pasien
- Beban kerja
- Kompetensi yang dibutuhkan

2. Rekrutmen dan Seleksi

Proses rekrutmen dilakukan secara transparan dengan mempertimbangkan:

- Kualifikasi pendidikan
- Surat tanda registrasi (STR)
- Surat izin praktik (SIP)
- Kompetensi teknis
- Kompetensi perilaku

3. Kredensial dan Privileging

Tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan klinis wajib melalui proses:

- Verifikasi dokumen
- Penilaian kompetensi
- Penetapan kewenangan klinis

4. Pengembangan Kompetensi

Klinik memberikan kesempatan kepada seluruh pegawai untuk mengikuti:

- Pelatihan
- Seminar
- Workshop
- Pendidikan berkelanjutan

5. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja dilakukan secara berkala berdasarkan:

- Disiplin kerja
- Kompetensi
- Produktivitas
- Kepatuhan terhadap prosedur
- Kontribusi terhadap mutu pelayanan

E. Pengelolaan Keuangan

Pengelolaan keuangan dilakukan secara transparan, akuntabel, efektif, dan efisien. Seluruh transaksi keuangan dicatat dan didokumentasikan sesuai ketentuan yang berlaku.

F. Pengelolaan Sarana dan Prasarana

Klinik menyediakan sarana dan prasarana yang aman, nyaman, bersih, dan mendukung pelayanan kesehatan.

Pengelolaan meliputi:

1. Bangunan dan Lingkungan

- Ruang pelayanan sesuai standar.
- Sistem ventilasi dan pencahayaan yang memadai.
- Area parkir yang aman.
- Kebersihan lingkungan.

2. Utilitas

- Listrik
- Air bersih
- Jaringan komunikasi
- Sistem pembuangan limbah

3. Pemeliharaan

Dilaksanakan secara berkala melalui:

- Inspeksi rutin
- Perbaikan
- Kalibrasi peralatan
- Penggantian fasilitas yang rusak

G. Pengelolaan Risiko

Klinik menerapkan manajemen risiko untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengendalikan, dan mengevaluasi risiko yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien, petugas, maupun operasional klinik.

Tahapan manajemen risiko meliputi:

1. Identifikasi risiko.
2. Analisis risiko.
3. Penilaian risiko.
4. Pengendalian risiko.

5. Monitoring dan evaluasi.

Risiko yang dikelola mencakup:

- Risiko klinis
- Risiko keselamatan pasien
- Risiko keselamatan kerja
- Risiko lingkungan
- Risiko keuangan
- Risiko hukum

H. Pengelolaan Dokumen dan Rekam Medis

Klinik memiliki sistem pengelolaan dokumen yang menjamin:

- Ketersediaan dokumen
- Keakuratan informasi
- Kerahasiaan data
- Kemudahan akses bagi petugas yang berwenang

Dokumen yang dikelola meliputi:

1. Pedoman
2. Standar Operasional Prosedur (SOP)
3. Formulir
4. Rekam medis
5. Dokumen mutu

Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai ketentuan perundang-undangan dan menjaga kerahasiaan pasien.

I. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Klinik menyelenggarakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi untuk melindungi pasien, petugas, dan pengunjung.

Program PPI meliputi:

1. Kebersihan tangan.
2. Penggunaan alat pelindung diri.
3. Pengelolaan limbah medis.
4. Sterilisasi alat.
5. Pengendalian infeksi terkait pelayanan kesehatan.
6. Surveilans infeksi.
7. Edukasi dan pelatihan petugas.

J. Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Klinik berkomitmen menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat.

Program K3 meliputi:

1. Identifikasi bahaya dan risiko kerja.
2. Penyediaan alat pelindung diri.
3. Pemeriksaan kesehatan petugas.
4. Pelatihan tanggap darurat.
5. Pengelolaan bahan berbahaya dan beracun (B3).
6. Pencegahan kecelakaan kerja.

K. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk memastikan seluruh kegiatan klinik berjalan sesuai kebijakan dan standar yang ditetapkan.

Kegiatan monitoring dan evaluasi meliputi:

1. Audit internal.
2. Evaluasi indikator mutu.
3. Evaluasi keselamatan pasien.
4. Evaluasi kepuasan pasien.
5. Evaluasi kinerja SDM.
6. Tinjauan manajemen.

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan guna meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

BAB III. PELAYANAN KLINIS BERORIENTASI PASIEN

A. Pendahuluan

Pelayanan klinis berorientasi pasien merupakan pendekatan pelayanan kesehatan yang menempatkan pasien sebagai fokus utama dalam setiap proses pelayanan kesehatan. Pelayanan diberikan secara profesional, aman, bermutu, efektif, efisien, dan berkesinambungan dengan memperhatikan kebutuhan, harapan, nilai, budaya, serta hak-hak pasien.

Klinik Pratama UINFAS berkomitmen menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang berfokus pada pasien melalui pelayanan yang komprehensif, bermutu, dan mengutamakan keselamatan pasien. Pelayanan klinis dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang kompeten sesuai standar profesi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SOP), serta ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pelayanan klinis di Klinik Pratama UINFAS mencakup seluruh rangkaian pelayanan mulai dari pendaftaran pasien, pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan pelayanan, pelaksanaan tindakan medis dan keperawatan, edukasi kesehatan, rujukan, hingga pemulangan dan tindak lanjut pasien.

B. Pendaftaran Pasien

1. Tujuan

Pendaftaran pasien bertujuan untuk:

a) Memastikan identitas pasien tercatat dengan benar dan lengkap.
b) Menjamin pasien memperoleh akses pelayanan sesuai kebutuhan kesehatannya.
c) Mendukung kesinambungan pelayanan kesehatan.
d) Menjamin keselamatan pasien sejak kontak pertama dengan klinik.
e) Memberikan informasi yang jelas mengenai pelayanan yang tersedia di klinik.

2. Kebijakan

a) Setiap pasien yang datang ke Klinik Pratama UINFAS wajib melalui proses pendaftaran.
b) Proses pendaftaran dilakukan secara efektif, efisien, ramah, dan menghormati hak pasien.

c) Identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal dua identitas pasien sesuai kebijakan keselamatan pasien.
d) Informasi mengenai alur pelayanan, hak dan kewajiban pasien, jadwal pelayanan, serta mekanisme pengaduan tersedia dan mudah diakses.
e) Klinik memperhatikan kebutuhan pasien dengan keterbatasan fisik, bahasa, budaya, maupun kondisi khusus lainnya.

3. Pelaksanaan

Proses pendaftaran meliputi:

a) Verifikasi identitas pasien.
b) Pembuatan atau pencarian rekam medis.
c) Pengisian data administrasi.
d) Penentuan tujuan pelayanan.
e) Pemberian nomor antrean.
f) Penyampaian informasi pelayanan.
g) Petugas pendaftaran wajib menjaga kerahasiaan data dan informasi pasien.

C. Pengkajian Pasien

1. Tujuan

Pengkajian dilakukan untuk memperoleh informasi yang lengkap dan akurat sebagai dasar penegakan diagnosis, penyusunan rencana pelayanan, dan tindak lanjut pasien.

2. Kebijakan

a) Setiap pasien wajib menjalani pengkajian awal sebelum mendapatkan pelayanan klinis.
b) Pengkajian dilakukan oleh tenaga kesehatan yang kompeten sesuai kewenangan profesinya.
c) Hasil pengkajian dicatat secara lengkap dalam rekam medis.
d) Pengkajian memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual pasien.

3. Ruang Lingkup Pengkajian

a. Anamnesis

Meliputi:

- Keluhan utama
- Riwayat penyakit sekarang

- Riwayat penyakit dahulu
- Riwayat pengobatan
- Riwayat alergi
- Riwayat penyakit keluarga
- Riwayat sosial dan perilaku kesehatan

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan dilakukan sesuai kondisi dan kebutuhan pasien.

c. Pemeriksaan Penunjang

Dilakukan apabila diperlukan untuk mendukung diagnosis dan rencana pelayanan.

d. Pengkajian Risiko

Meliputi:

- Risiko jatuh
- Risiko infeksi
- Risiko alergi
- Risiko kegawatdaruratan

D. Keputusan Layanan Klinis

1. Tujuan

Menetapkan diagnosis dan kebutuhan pelayanan pasien secara tepat berdasarkan hasil pengkajian.

2. Kebijakan

1. Diagnosis ditegakkan oleh tenaga medis sesuai kewenangan profesi.
2. Keputusan pelayanan didasarkan pada hasil pengkajian yang lengkap dan akurat.
3. Dalam kondisi tertentu dapat dilakukan konsultasi atau kolaborasi antarprofesi.
4. Setiap keputusan klinis didokumentasikan dalam rekam medis.

3. Pelaksanaan

Keputusan layanan klinis meliputi:

a) Penetapan diagnosis.
b) Penentuan tindakan medis atau keperawatan.
c) Penentuan terapi dan pengobatan.
d) Penentuan pemeriksaan penunjang.
e) Penentuan kebutuhan rujukan.
f) Penentuan tindak lanjut pelayanan.

E. Perencanaan Layanan Klinis

1. Tujuan

Menyusun rencana pelayanan yang sesuai dengan kondisi pasien dan tujuan pelayanan yang ingin dicapai.

2. Kebijakan

1. Rencana pelayanan disusun berdasarkan hasil pengkajian dan diagnosis.
2. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam penyusunan rencana pelayanan.
3. Rencana pelayanan mempertimbangkan kondisi fisik, psikologis, dan sosial budaya pasien.
4. Rencana pelayanan didokumentasikan dalam rekam medis.

3. Pelaksanaan

Rencana pelayanan dapat meliputi:

a) Pengobatan.
b) Tindakan medis.
c) Pemeriksaan penunjang.
d) Konseling kesehatan.
e) Rujukan.
f) Tindak lanjut pelayanan.

F. Persetujuan Tindakan Medis (Informed Consent)

1. Tujuan

Menjamin hak pasien untuk memperoleh informasi yang lengkap sebelum mengambil keputusan terhadap pelayanan yang akan diterima.

2. Kebijakan

a) Setiap tindakan medis yang memiliki risiko wajib memperoleh persetujuan pasien atau keluarga yang berwenang.
b) Persetujuan diberikan setelah pasien menerima penjelasan yang memadai.
c) Persetujuan dapat diberikan secara tertulis maupun lisan sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Informasi yang Disampaikan

Meliputi:

a) Diagnosis pasien.
b) Tujuan tindakan.
c) Prosedur tindakan.

d) Manfaat tindakan.
e) Risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
f) Alternatif tindakan.
g) Konsekuensi apabila tindakan ditolak.

G. Pelaksanaan Pelayanan Klinis

1. Tujuan

Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, bermutu, dan berkesinambungan.

2. Kebijakan

a) Pelayanan dilaksanakan sesuai standar profesi, standar pelayanan, dan SPO yang berlaku.
b) Keselamatan pasien menjadi prioritas utama dalam setiap tindakan pelayanan.
c) Seluruh tindakan dan hasil pelayanan dicatat dalam rekam medis.
d) Pelayanan diberikan secara adil tanpa diskriminasi.

3. Jenis Pelayanan Klinis

a. Pelayanan Medis

Meliputi pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan medis, serta tindak lanjut pasien.

b. Pelayanan Keperawatan

Meliputi pengkajian keperawatan, tindakan keperawatan, edukasi kesehatan, dan evaluasi hasil pelayanan.

c. Pelayanan Kebidanan

Meliputi pelayanan kesehatan ibu dan anak, pelayanan keluarga berencana, pemeriksaan kehamilan, serta pelayanan kebidanan lainnya sesuai kewenangan.

d. Pelayanan Kegawatdaruratan

Pasien dengan kondisi gawat darurat mendapatkan prioritas pelayanan sesuai tingkat kegawatannya.

e. Pelayanan Promotif dan Preventif

Meliputi:

- Penyuluhan kesehatan
- Skrining kesehatan
- Pemeriksaan kesehatan berkala
- Program pencegahan penyakit

H. Pelayanan Pasien Berkebutuhan Khusus

Klinik Pratama UINFAS berupaya memberikan pelayanan yang mudah diakses bagi seluruh pasien, termasuk:

1. Lansia.
2. Penyandang disabilitas.
3. Ibu hamil.
4. Anak-anak.
5. Pasien dengan hambatan komunikasi.

Petugas wajib memberikan bantuan yang diperlukan agar pasien memperoleh pelayanan secara optimal.

I. Edukasi Pasien dan Keluarga

1. Tujuan

Meningkatkan pengetahuan dan keterlibatan pasien dalam pengelolaan kesehatannya.

2. Kebijakan

1. Setiap pasien berhak memperoleh edukasi kesehatan.
2. Edukasi diberikan dengan bahasa yang mudah dipahami.
3. Edukasi disesuaikan dengan tingkat pendidikan, budaya, dan kondisi pasien.

3. Materi Edukasi

Meliputi:

a) Penyakit yang diderita.
b) Penggunaan obat yang benar.
c) Pola hidup bersih dan sehat.
d) Nutrisi dan gizi seimbang.
e) Pencegahan penyakit.
f) Perawatan mandiri di rumah.
g) Jadwal kontrol dan tindak lanjut.

J. Rujukan Pasien

1. Tujuan

Menjamin pasien memperoleh pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan medisnya apabila pelayanan tersebut tidak dapat diberikan di Klinik Pratama UINFAS.

2. Kebijakan

a) Rujukan dilakukan berdasarkan indikasi medis dan kebutuhan pasien.
b) Pasien dan keluarga diberikan informasi mengenai alasan dan tujuan rujukan.
c) Klinik memastikan kesinambungan pelayanan selama proses rujukan.

3. Pelaksanaan

Rujukan dilakukan dengan melengkapi:

a) Surat rujukan.
b) Resume medis.
c) Hasil pemeriksaan penunjang yang tersedia.
d) Informasi tindakan yang telah diberikan.

Pasien dalam kondisi gawat darurat harus distabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk.

K. Pemulangan dan Tindak Lanjut Pasien

1. Tujuan

Menjamin kesinambungan pelayanan setelah pasien selesai mendapatkan pelayanan di klinik.

2. Kebijakan

1. Pemulangan pasien dilakukan berdasarkan kondisi klinis pasien.
2. Pasien dan keluarga diberikan informasi tindak lanjut secara jelas dan lengkap.
3. Informasi pemulangan didokumentasikan dalam rekam medis.

3. Informasi Pemulangan

Meliputi:

a) Diagnosis pasien.
b) Hasil pelayanan yang telah diberikan.
c) Obat yang harus digunakan.
d) Jadwal kontrol ulang.
e) Tanda dan gejala yang perlu diwaspadai.
f) Rencana rujukan apabila diperlukan.

L. Monitoring dan Evaluasi Pelayanan Klinis

Monitoring dan evaluasi pelayanan klinis dilakukan secara berkala untuk menjamin mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Kegiatan monitoring dan evaluasi meliputi:

1. Audit rekam medis.
2. Audit pelayanan klinis.
3. Pengukuran indikator mutu pelayanan.
4. Pengukuran kepuasan pasien.
5. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
6. Tindak lanjut hasil evaluasi untuk perbaikan berkelanjutan.

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar peningkatan mutu pelayanan klinis, peningkatan keselamatan pasien, serta pengembangan sistem pelayanan yang lebih efektif dan efisien.

Dengan penerapan pelayanan klinis yang berorientasi pada pasien, Klinik Pratama UINFAS berkomitmen memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, efisien, berkesinambungan, serta sesuai dengan kebutuhan dan harapan pasien, dengan tetap mengedepankan keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara berkelanjutan.

BAB IV. MANAJEMEN PENUNJANG PELAYANAN KLINIS (MPPK)

A. Pendahuluan

Manajemen Penunjang Pelayanan Klinis merupakan bagian penting dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS. Pelayanan penunjang berfungsi mendukung proses diagnosis, terapi, pemantauan kondisi pasien, serta menjamin keselamatan dan mutu pelayanan yang diberikan.

Penyelenggaraan pelayanan penunjang klinis dilakukan secara efektif, efisien, aman, bermutu, dan berorientasi pada kebutuhan pasien sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, standar pelayanan kesehatan, serta sumber daya yang tersedia di Klinik Pratama UINFAS.

Ruang lingkup manajemen penunjang pelayanan klinis meliputi:

1. Pelayanan Laboratorium
2. Pelayanan Kefarmasian
3. Manajemen Informasi dan Rekam Medis
4. Manajemen Peralatan

B. Pelayanan Laboratorium

1. Tujuan

Pelayanan laboratorium bertujuan untuk:

a. Mendukung penegakan diagnosis dan pemantauan kondisi pasien secara tepat dan akurat.

b. Menyediakan hasil pemeriksaan laboratorium yang cepat, tepat, dan dapat dipertanggungjawabkan.

c. Menjamin keselamatan pasien dan petugas dalam proses pelayanan laboratorium.

d. Mendukung pengambilan keputusan klinis oleh tenaga kesehatan.

2. Kebijakan Pelayanan Laboratorium

a. Pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan yang berlaku.

b. Pelayanan laboratorium dilaksanakan berdasarkan standar operasional prosedur (SOP).

c. Setiap pemeriksaan laboratorium harus didokumentasikan dengan baik dan menjaga kerahasiaan pasien.

d. Hasil pemeriksaan laboratorium digunakan sebagai bagian dari pengambilan keputusan klinis.

e. Pemeriksaan yang tidak dapat dilakukan di klinik dirujuk ke laboratorium jejaring yang telah bekerja sama.

3. Pelaksanaan Pelayanan Laboratorium

a. Permintaan Pemeriksaan

1. Pemeriksaan dilakukan berdasarkan permintaan dokter atau tenaga kesehatan yang berwenang.
2. Permintaan pemeriksaan dicatat dalam rekam medis pasien.
3. Identitas pasien diverifikasi sebelum pengambilan spesimen.

b. Pengambilan dan Penanganan Spesimen

1. Pengambilan spesimen dilakukan sesuai standar prosedur.
2. Spesimen diberi identitas secara benar.
3. Spesimen disimpan dan dikirim sesuai persyaratan pemeriksaan.

c. Pelaporan Hasil Pemeriksaan

1. Hasil pemeriksaan disampaikan tepat waktu.
2. Hasil kritis segera diinformasikan kepada dokter penanggung jawab pasien.
3. Hasil pemeriksaan menjadi bagian dari rekam medis pasien.

d. Pengendalian Mutu Laboratorium

Pengendalian mutu dilakukan melalui:

- Kalibrasi alat laboratorium;
- Pengawasan kualitas reagen;
- Pemeliharaan alat;
- Evaluasi hasil pemeriksaan;
- Dokumentasi kegiatan mutu laboratorium.

e. Keselamatan Laboratorium

Keselamatan laboratorium meliputi:

- Penggunaan APD;
- Pengelolaan limbah medis;
- Penanganan bahan infeksius;
- Penanganan bahan berbahaya dan beracun (B3);
- Pelatihan keselamatan kerja bagi petugas.

C. Pelayanan Kefarmasian

1. Tujuan

Pelayanan kefarmasian bertujuan untuk:

a. Menjamin ketersediaan obat yang aman, bermutu, berkhasiat, dan terjangkau.

b. Mendukung penggunaan obat secara rasional.

c. Mencegah kesalahan penggunaan obat (medication error).

d. Menjamin keselamatan pasien dalam penggunaan obat.

2. Kebijakan Pengelolaan Obat

a. Obat yang tersedia disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan klinik.

b. Pengelolaan obat dilakukan sesuai prinsip tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu, dan tepat mutu.

c. Penyimpanan obat dilakukan sesuai persyaratan masing-masing jenis obat.

d. Obat kedaluwarsa atau rusak dipisahkan dan dimusnahkan sesuai ketentuan.

e. Obat diberikan berdasarkan resep tenaga medis yang berwenang.

3. Pengelolaan Obat

a. Perencanaan Kebutuhan

Perencanaan kebutuhan obat dilakukan secara berkala berdasarkan:

- Pola penyakit;
- Kunjungan pasien;
- Penggunaan obat sebelumnya;
- Ketersediaan anggaran.

b. Pengadaan Obat

Pengadaan obat dilakukan melalui sumber yang sah dan memenuhi persyaratan peraturan perundang-undangan.

c. Penyimpanan Obat

Penyimpanan obat memperhatikan:

- Suhu penyimpanan;
- Kelembaban ruangan;
- Keamanan obat;
- Sistem FIFO dan FEFO;
- Pemisahan obat LASA (Look Alike Sound Alike).

d. Pelayanan Resep

1. Verifikasi resep dilakukan sebelum penyerahan obat.
2. Obat diserahkan sesuai resep.
3. Pasien memperoleh informasi penggunaan obat secara jelas.

e. Monitoring Efek Obat

Pemantauan dilakukan terhadap:

- Efektivitas terapi;
- Efek samping obat;
- Reaksi alergi;
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD);
- Medication error.

4. Obat Emergensi

a. Obat emergensi tersedia sesuai kebutuhan pelayanan.

b. Ketersediaan obat emergensi dipantau secara berkala.

c. Tanggal kedaluwarsa dan kondisi obat diperiksa secara rutin.

D. Manajemen Informasi dan Rekam Medis

1. Tujuan

Manajemen informasi dan rekam medis bertujuan untuk:

a. Menjamin ketersediaan data dan informasi pelayanan pasien.

b. Mendukung kesinambungan pelayanan kesehatan.

c. Menjaga kerahasiaan data pasien.

d. Menyediakan informasi yang diperlukan untuk pengelolaan klinik.

2. Kebijakan Rekam Medis

a. Setiap pasien memiliki rekam medis.

b. Rekam medis diisi secara lengkap, jelas, dan tepat waktu.

c. Rekam medis dijaga kerahasiaannya.

d. Akses rekam medis diberikan sesuai kewenangan.

e. Penyimpanan rekam medis dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Isi Rekam Medis

Rekam medis sekurang-kurangnya memuat:

1. Identitas pasien;
2. Hasil anamnesis;
3. Hasil pemeriksaan fisik;
4. Diagnosis;
5. Rencana pelayanan;
6. Tindakan medis;
7. Pengobatan;
8. Hasil pemeriksaan penunjang;

9. Edukasi pasien;
10. Rujukan;
11. Tindak lanjut pelayanan.

4. Penyimpanan Rekam Medis

a. Rekam medis disimpan secara aman.

b. Rekam medis dilindungi dari kehilangan, kerusakan, dan akses yang tidak sah.

c. Masa retensi rekam medis mengikuti ketentuan peraturan yang berlaku.

5. Kerahasiaan Informasi Pasien

Seluruh tenaga kesehatan dan petugas wajib menjaga kerahasiaan data pasien kecuali untuk kepentingan pelayanan, hukum, atau atas persetujuan pasien sesuai ketentuan yang berlaku.

E. Manajemen Peralatan

1. Tujuan

Manajemen peralatan bertujuan untuk:

a. Menjamin peralatan siap digunakan.

b. Menjamin keamanan pasien dan petugas.

c. Menjamin keakuratan hasil pemeriksaan dan tindakan medis.

2. Kebijakan Manajemen Peralatan

a. Semua peralatan didata dan diinventarisasi.

b. Peralatan dipelihara secara berkala.

c. Peralatan yang memerlukan kalibrasi wajib dikalibrasi sesuai ketentuan.

d. Peralatan yang rusak segera diperbaiki atau diganti.

3. Inventarisasi Peralatan

Inventaris peralatan meliputi:

- Nama alat;
- Nomor inventaris;
- Lokasi alat;
- Tahun pengadaan;
- Kondisi alat;
- Jadwal pemeliharaan;
- Jadwal kalibrasi.

4. Pemeliharaan Peralatan

Pemeliharaan dilakukan melalui:

- Pemeriksaan harian;
- Pemeliharaan berkala;
- Pembersihan alat;
- Pengujian fungsi alat;
- Dokumentasi hasil pemeliharaan.

5. Kalibrasi Peralatan

Kalibrasi dilakukan terhadap alat yang memerlukan pengukuran untuk menjamin:

- Ketepatan hasil;
- Keselamatan pasien;
- Kepatuhan terhadap standar pelayanan.

F. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi manajemen penunjang pelayanan klinis dilakukan secara berkala oleh Kepala Klinik dan penanggung jawab unit melalui:

1. Audit internal;
2. Supervisi pelayanan;
3. Monitoring indikator mutu;
4. Evaluasi insiden keselamatan pasien;
5. Evaluasi penggunaan obat;
6. Evaluasi pemeliharaan alat;
7. Evaluasi kinerja petugas.

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan dalam penyelenggaraan pelayanan di Klinik Pratama UINFAS.

G. Penutup

Manajemen Penunjang Pelayanan Klinis merupakan komponen penting dalam mendukung pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, efisien, dan berfokus pada pasien. Seluruh kegiatan penunjang pelayanan di Klinik Pratama UINFAS harus dilaksanakan sesuai standar profesi, standar pelayanan, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku guna mendukung tercapainya pelayanan kesehatan yang optimal dan berkesinambungan.

BAB V. PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

A. Pendahuluan

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) merupakan suatu pendekatan yang sistematis dan berkesinambungan dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta menjamin keselamatan pasien di Klinik Pratama UINFAS. Program PMKP bertujuan untuk memastikan bahwa seluruh pelayanan yang diberikan memenuhi standar mutu, aman, efektif, efisien, berorientasi pada kebutuhan pasien, dan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pelaksanaan PMKP melibatkan seluruh unsur organisasi, mulai dari pimpinan, tenaga kesehatan, tenaga penunjang, hingga staf administrasi. Budaya mutu dan keselamatan pasien harus menjadi bagian dari budaya kerja sehari-hari dalam setiap proses pelayanan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien secara berkesinambungan di Klinik Pratama UINFAS.

2. Tujuan Khusus

a. Menjamin pelayanan klinis yang aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada pasien.

b. Mengurangi risiko terjadinya insiden keselamatan pasien.

c. Meningkatkan kepatuhan petugas terhadap standar pelayanan dan prosedur operasional.

d. Meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan.

e. Mengembangkan budaya mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit pelayanan.

f. Meningkatkan efektivitas pengelolaan risiko dalam pelayanan kesehatan.

C. Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab seluruh tenaga kesehatan dan seluruh pegawai Klinik Pratama UINFAS.
2. Setiap kegiatan pelayanan wajib menerapkan prinsip keselamatan pasien.
3. Pengukuran mutu dilakukan secara berkala menggunakan indikator yang telah ditetapkan.
4. Setiap insiden keselamatan pasien wajib dilaporkan, dianalisis, dan ditindaklanjuti.
5. Hasil evaluasi mutu digunakan sebagai dasar penyusunan program perbaikan berkelanjutan.
6. Program PMKP dilaksanakan secara sistematis, terdokumentasi, dan dievaluasi secara berkala.

D. Organisasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

1. Penanggung Jawab

Pimpinan Klinik Pratama UINFAS bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Program PMKP.

2. Tim PMKP

Klinik membentuk Tim PMKP yang bertugas:

a. Menyusun program PMKP.

b. Menetapkan indikator mutu.

c. Mengumpulkan dan menganalisis data mutu.

d. Melakukan monitoring dan evaluasi program.

e. Melakukan investigasi insiden keselamatan pasien.

f. Menyusun rekomendasi perbaikan.

g. Melaporkan hasil kegiatan PMKP kepada pimpinan klinik.

E. Ruang Lingkup Program PMKP

Program PMKP meliputi:

1. Peningkatan Mutu Pelayanan Klinis

Fokus pada peningkatan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien, meliputi:

- Pendaftaran pasien;
- Pelayanan medis;
- Pelayanan keperawatan;

- Pelayanan kebidanan;
- Pelayanan farmasi;
- Pelayanan laboratorium;
- Rujukan pasien;
- Edukasi pasien.

2. Keselamatan Pasien

Fokus pada pencegahan insiden yang dapat menyebabkan cedera, kecacatan, atau kematian pasien.

3. Manajemen Risiko Pelayanan

Fokus pada identifikasi dan pengendalian risiko yang dapat mempengaruhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

4. Kepuasan Pasien

Fokus pada evaluasi persepsi pasien terhadap pelayanan yang diberikan.

5. Audit Klinis

Fokus pada penilaian kesesuaian pelayanan terhadap standar profesi dan standar pelayanan.

F. Indikator Mutu Pelayanan

1. Penetapan Indikator Mutu

Indikator mutu ditetapkan berdasarkan:

a. Prioritas pelayanan klinik.

b. Risiko pelayanan.

c. Volume pelayanan.

d. Kebutuhan pasien.

e. Persyaratan regulasi dan akreditasi.

2. Kriteria Indikator Mutu

Indikator mutu harus:

- Terukur;
- Relevan;
- Dapat dicapai;
- Sensitif terhadap perubahan;
- Mudah dipahami;
- Dapat dianalisis.

3. Contoh Indikator Mutu Klinik

a. Indikator Klinis

- Ketepatan identifikasi pasien.
- Kepatuhan pengisian rekam medis.
- Ketepatan pemberian obat.
- Kepatuhan cuci tangan.
- Ketepatan rujukan pasien.

b. Indikator Manajerial

- Waktu tunggu pelayanan.
- Kepuasan pasien.
- Ketersediaan obat esensial.
- Ketepatan pelaporan program.

c. Indikator Keselamatan Pasien

- Jumlah insiden keselamatan pasien.
- Kejadian nyaris cedera (KNC).
- Kejadian tidak cedera (KTC).
- Kejadian tidak diharapkan (KTD).
- Sentinel event.

G. Pengumpulan dan Analisis Data Mutu

1. Pengumpulan Data

Data mutu dikumpulkan secara berkala melalui:

- Rekam medis;
- Laporan pelayanan;
- Audit internal;
- Survei kepuasan pasien;
- Laporan insiden keselamatan pasien;
- Observasi lapangan.

2. Analisis Data

Analisis dilakukan untuk:

a. Mengetahui pencapaian indikator.

b. Mengidentifikasi masalah pelayanan.

c. Menentukan akar penyebab masalah.

d. Menetapkan tindakan perbaikan.

3. Pelaporan

Hasil analisis mutu dilaporkan secara berkala kepada pimpinan klinik dan menjadi bahan evaluasi manajemen.

H. Keselamatan Pasien

1. Pengertian

Keselamatan pasien adalah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman melalui upaya pencegahan terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan tindakan maupun kegagalan tindakan yang seharusnya dilakukan.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

a. Melindungi pasien dari risiko yang dapat dicegah.

b. Mengurangi insiden keselamatan pasien.

c. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

d. Meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan klinik.

3. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien dibangun melalui:

- Kepemimpinan yang mendukung keselamatan;
- Komunikasi yang efektif;
- Pelaporan insiden tanpa budaya menyalahkan;
- Pembelajaran dari insiden;
- Perbaikan berkelanjutan.

I. Pelaporan dan Pengelolaan Insiden Keselamatan Pasien

1. Pelaporan Insiden

Setiap petugas wajib melaporkan insiden keselamatan pasien yang terjadi atau berpotensi terjadi.

2. Jenis Insiden

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Insiden yang menyebabkan cedera pada pasien.

b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Insiden yang belum sampai mengenai pasien.

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang mengenai pasien tetapi tidak menimbulkan cedera.

d. Kondisi Potensial Cedera (KPC)

Kondisi yang berpotensi menimbulkan insiden.

e. Sentinel Event

Insiden serius yang menyebabkan kematian atau cedera permanen.

3. Tindak Lanjut Insiden

Tindak lanjut meliputi:

- Pelaporan;
- Investigasi;
- Analisis akar masalah (Root Cause Analysis/RCA);
- Penyusunan rekomendasi;
- Implementasi perbaikan;
- Monitoring hasil perbaikan.

J. Audit Klinis dan Audit Internal

1. Audit Klinis

Audit klinis dilakukan untuk menilai kesesuaian pelayanan dengan:

- Standar profesi;
- Standar pelayanan;
- Pedoman praktik klinis;
- SOP yang berlaku.

2. Audit Internal

Audit internal dilakukan secara berkala untuk:

a. Menilai kepatuhan terhadap kebijakan dan prosedur.

b. Mengidentifikasi peluang perbaikan.

c. Menjamin keberlangsungan sistem mutu.

K. Program Perbaikan Berkelanjutan

Perbaikan mutu dilaksanakan menggunakan siklus:

Plan (Perencanaan)

Mengidentifikasi masalah dan menyusun rencana perbaikan.

Do (Pelaksanaan)

Melaksanakan rencana perbaikan.

Check (Evaluasi)

Menilai hasil pelaksanaan perbaikan.

Act (Tindak Lanjut)

Menetapkan standar baru atau menyusun perbaikan lanjutan.

Metode ini dikenal sebagai siklus PDCA (Plan-Do-Check-Act).

L. Pendidikan dan Pelatihan Mutu

Klinik Pratama UINFAS menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan secara berkala mengenai:

- Peningkatan mutu pelayanan;
- Keselamatan pasien;
- Manajemen risiko;
- Pencegahan dan pengendalian infeksi;
- Sasaran keselamatan pasien;
- Audit klinis;
- Pelaporan insiden.

Pelatihan diberikan kepada seluruh pegawai sesuai tugas dan tanggung jawab masing-masing.

M. Monitoring dan Evaluasi Program PMKP

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala melalui:

1. Pengukuran indikator mutu.
2. Audit internal.
3. Evaluasi insiden keselamatan pasien.
4. Survei kepuasan pasien.
5. Evaluasi tindak lanjut program perbaikan.
6. Rapat mutu dan keselamatan pasien.

Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar penyusunan program peningkatan mutu berikutnya.

N. Penutup

Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan komitmen bersama seluruh unsur di Klinik Pratama UINFAS dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Melalui pelaksanaan Program PMKP yang terencana, terukur, dan berkesinambungan, diharapkan tercipta budaya mutu dan keselamatan yang kuat sehingga mampu meningkatkan kepercayaan masyarakat serta mendukung pencapaian visi dan misi Klinik Pratama UINFAS.

BAB VI. SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan prinsip dasar dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk melindungi pasien dari risiko cedera yang dapat dicegah selama proses pelayanan. Klinik Pratama UINFAS berkomitmen untuk menerapkan budaya keselamatan pasien melalui pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) sesuai standar akreditasi fasilitas kesehatan tingkat pertama dan ketentuan yang berlaku.

Sasaran Keselamatan Pasien menjadi pedoman bagi seluruh tenaga kesehatan dan petugas dalam memberikan pelayanan yang aman, bermutu, efektif, dan berfokus pada pasien. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien dilakukan secara konsisten pada setiap tahapan pelayanan, mulai dari pendaftaran, pemeriksaan, tindakan medis, pemberian obat, hingga pemulangan atau rujukan pasien.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Meningkatkan keselamatan pasien melalui penerapan sasaran keselamatan pasien secara konsisten dan berkesinambungan di Klinik Pratama UINFAS.

2. Tujuan Khusus

a. Mencegah terjadinya kesalahan identifikasi pasien.

b. Meningkatkan efektivitas komunikasi antar petugas kesehatan.

c. Meningkatkan keamanan penggunaan obat.

d. Menjamin ketepatan pasien, prosedur, dan lokasi tindakan.

e. Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

f. Mengurangi risiko pasien jatuh dan cedera.

C. Kebijakan Umum

1. Seluruh petugas wajib memahami dan menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien dalam setiap kegiatan pelayanan.
2. Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien menjadi bagian dari budaya kerja dan peningkatan mutu pelayanan.
3. Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien dilakukan melalui kebijakan, prosedur, edukasi, monitoring, dan evaluasi secara berkelanjutan.

4. Setiap insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien harus dilaporkan, dianalisis, dan ditindaklanjuti.
5. Pimpinan klinik bertanggung jawab dalam mendukung implementasi Sasaran Keselamatan Pasien.

D. Sasaran Keselamatan Pasien

SKP 1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Tujuan

Memastikan setiap pasien teridentifikasi secara benar untuk menghindari kesalahan dalam pemberian pelayanan.

Kebijakan

1. Identifikasi pasien dilakukan menggunakan minimal dua identitas.
2. Identitas yang digunakan meliputi:
    - Nama lengkap pasien;
    - Tanggal lahir;
    - Nomor rekam medis.
3. Nomor kamar, nomor antrean, atau lokasi pelayanan tidak boleh digunakan sebagai identitas tunggal pasien.

Pelaksanaan

a. Identifikasi dilakukan sebelum:

- Pemeriksaan pasien;
- Pemberian obat;
- Pengambilan spesimen;
- Tindakan medis;
- Rujukan pasien.

b. Petugas wajib melakukan konfirmasi langsung kepada pasien atau keluarga pasien.

c. Semua dokumen pelayanan harus memuat identitas pasien secara lengkap dan benar.

SKP 2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Tujuan

Meningkatkan ketepatan komunikasi antar tenaga kesehatan untuk mengurangi kesalahan pelayanan.

Kebijakan

1. Komunikasi antar petugas harus dilakukan secara jelas, lengkap, dan terdokumentasi.
2. Instruksi verbal dan melalui telepon harus dilakukan dengan metode verifikasi ulang (read back).
3. Informasi penting terkait kondisi pasien harus segera disampaikan kepada petugas yang berkepentingan.

Pelaksanaan

a. Menggunakan metode komunikasi efektif seperti SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation).

b. Melakukan pencatatan setiap instruksi yang diberikan.

c. Melakukan konfirmasi ulang terhadap informasi penting.

d. Menjamin kesinambungan informasi saat pergantian petugas atau rujukan pasien.

SKP 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Tujuan

Mengurangi risiko kesalahan penggunaan obat yang dapat membahayakan pasien.

Kebijakan

1. Klinik menetapkan daftar obat yang perlu diwaspadai (high alert medication).
2. Obat dengan nama atau kemasan yang mirip (Look Alike Sound Alike/LASA) harus dikelola secara khusus.
3. Pemberian obat harus melalui proses verifikasi yang benar.

Pelaksanaan

a. Memastikan prinsip "Benar Pemberian Obat", meliputi:

- Benar pasien;
- Benar obat;
- Benar dosis;
- Benar waktu;
- Benar cara pemberian;
- Benar dokumentasi.

b. Penyimpanan obat LASA dipisahkan dan diberi penandaan khusus.

c. Obat kedaluwarsa atau rusak segera dipisahkan dari stok aktif.

d. Efek samping obat dan reaksi alergi dicatat dalam rekam medis.

SKP 4. Kepastian Tepat Pasien, Tepat Prosedur, dan Tepat Lokasi Tindakan

Tujuan

Mencegah kesalahan tindakan medis terhadap pasien.

Kebijakan

1. Semua tindakan medis harus dilakukan pada pasien yang benar.
2. Tindakan dilakukan sesuai prosedur yang telah direncanakan.
3. Lokasi tindakan harus diverifikasi sebelum tindakan dilakukan.

Pelaksanaan

a. Verifikasi identitas pasien sebelum tindakan.

b. Verifikasi jenis tindakan yang akan dilakukan.

c. Konfirmasi lokasi tindakan apabila diperlukan.

d. Dokumentasi tindakan dilakukan secara lengkap.

e. Penerapan prosedur keselamatan sebelum tindakan (time out) untuk tindakan tertentu sesuai kebutuhan pelayanan klinik.

SKP 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Tujuan

Mencegah dan mengurangi kejadian infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

Kebijakan

1. Seluruh petugas wajib menerapkan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).
2. Kebersihan tangan menjadi prioritas utama dalam pencegahan infeksi.
3. Penggunaan alat pelindung diri (APD) dilakukan sesuai risiko paparan.

Pelaksanaan

a. Menerapkan Lima Momen Cuci Tangan WHO:

1. Sebelum kontak dengan pasien;
2. Sebelum tindakan aseptik;
3. Setelah terpapar cairan tubuh pasien;
4. Setelah kontak dengan pasien;
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

b. Melakukan sterilisasi dan desinfeksi alat kesehatan sesuai prosedur.

c. Mengelola limbah medis sesuai ketentuan.

d. Melaksanakan surveilans infeksi bila diperlukan.

e. Melakukan edukasi kepada petugas, pasien, dan keluarga pasien mengenai pencegahan infeksi.

SKP 6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Tujuan

Mengurangi kejadian pasien jatuh yang dapat menyebabkan cedera.

Kebijakan

1. Semua pasien dilakukan skrining risiko jatuh sesuai kondisi klinis.
2. Pasien dengan risiko jatuh tinggi diberikan perhatian khusus.
3. Lingkungan pelayanan harus aman bagi pasien.

Pelaksanaan

a. Melakukan asesmen risiko jatuh pada pasien yang berisiko.

b. Memberikan tanda khusus pada pasien risiko jatuh apabila diperlukan.

c. Mengedukasi pasien dan keluarga mengenai pencegahan jatuh.

d. Menjaga kebersihan dan keamanan lingkungan pelayanan.

e. Melakukan monitoring terhadap pasien dengan risiko jatuh tinggi.

E. Edukasi Sasaran Keselamatan Pasien

1. Seluruh petugas mendapatkan orientasi dan pelatihan mengenai Sasaran Keselamatan Pasien.
2. Pasien dan keluarga diberikan edukasi terkait keselamatan selama menerima pelayanan.
3. Materi edukasi dapat diberikan melalui:
    - Penyuluhan;
    - Leaflet;
    - Poster;
    - Media informasi lainnya.

F. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien dilakukan secara berkala melalui:

1. Audit kepatuhan identifikasi pasien.
2. Audit komunikasi efektif.
3. Audit penggunaan obat.
4. Audit kepatuhan cuci tangan.
5. Audit pencegahan pasien jatuh.

6. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.
7. Evaluasi indikator keselamatan pasien.

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan dalam penerapan keselamatan pasien.

G. Tanggung Jawab

Pimpinan Klinik

- Menetapkan kebijakan keselamatan pasien.
- Menyediakan sumber daya yang diperlukan.
- Melakukan pengawasan pelaksanaan SKP.

Tim PMKP

- Melakukan monitoring dan evaluasi.
- Mengelola data indikator keselamatan pasien.
- Menyusun rekomendasi perbaikan.

Seluruh Petugas

- Melaksanakan Sasaran Keselamatan Pasien sesuai prosedur.
- Melaporkan insiden keselamatan pasien.
- Berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

H. Penutup

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan komponen utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu di Klinik Pratama UINFAS. Penerapan enam Sasaran Keselamatan Pasien secara konsisten dan berkesinambungan diharapkan mampu mencegah terjadinya insiden yang merugikan pasien, meningkatkan kualitas pelayanan, serta membangun budaya keselamatan yang kuat dalam seluruh kegiatan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS.

BAB VII. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

A. Pendahuluan

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) merupakan salah satu upaya penting dalam menjamin keselamatan pasien, keselamatan petugas, pengunjung, dan lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dapat meningkatkan angka kesakitan, memperpanjang masa pengobatan, meningkatkan biaya pelayanan, serta menurunkan mutu pelayanan kesehatan.

Klinik Pratama UINFAS berkomitmen untuk melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi secara terencana, sistematis, dan berkelanjutan guna meminimalkan risiko penularan penyakit serta menciptakan lingkungan pelayanan yang aman, bersih, dan sehat.

Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan, pedoman Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, serta standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mencegah dan mengendalikan risiko terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan di Klinik Pratama UINFAS.

2. Tujuan Khusus

a. Mengurangi risiko penularan infeksi selama proses pelayanan kesehatan.

b. Melindungi pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat dari penyakit menular.

c. Meningkatkan kepatuhan terhadap praktik pencegahan dan pengendalian infeksi.

d. Menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu.

e. Meningkatkan budaya keselamatan dalam pelayanan kesehatan.

C. Kebijakan Umum PPI

1. Seluruh petugas wajib menerapkan prinsip Pencegahan dan Pengendalian Infeksi dalam setiap kegiatan pelayanan.
2. Klinik menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung pelaksanaan program PPI.
3. Setiap petugas wajib mengikuti pelatihan atau sosialisasi terkait PPI.
4. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) wajib disesuaikan dengan tingkat risiko pekerjaan.
5. Kebersihan tangan menjadi prioritas utama dalam pencegahan infeksi.
6. Limbah medis dan nonmedis dikelola sesuai ketentuan yang berlaku.
7. Program PPI dilakukan melalui monitoring, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan.

D. Organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Penanggung Jawab

Pimpinan Klinik Pratama UINFAS bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan Program PPI.

2. Tim PPI

Klinik membentuk Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang bertugas:

a. Menyusun program kerja PPI.

b. Menyusun kebijakan dan prosedur PPI.

c. Melakukan edukasi dan sosialisasi kepada petugas.

d. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan PPI.

e. Melakukan investigasi kejadian infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan.

f. Menyusun laporan pelaksanaan program PPI.

E. Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar diterapkan kepada seluruh pasien tanpa memandang status infeksi.

Kewaspadaan standar meliputi:

1. Kebersihan Tangan (Hand Hygiene)

a. Prinsip Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan:

- Cuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir;

- Hand rub berbasis alkohol.

b. Lima Momen Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan pada:

1. Sebelum kontak dengan pasien.
2. Sebelum melakukan tindakan aseptik.
3. Setelah terpapar cairan tubuh pasien.
4. Setelah kontak dengan pasien.
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

c. Sarana Kebersihan Tangan

Klinik menyediakan:

- Wastafel yang memadai;
- Sabun cair;
- Hand sanitizer;
- Tisu atau pengering tangan.

2. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

a. Tujuan

Melindungi petugas dan pasien dari risiko paparan infeksi.

b. Jenis APD

Meliputi:

- Masker;
- Sarung tangan;
- Pelindung wajah (face shield);
- Kacamata pelindung;
- Gaun pelindung;
- Apron;
- Penutup kepala;
- Penutup sepatu (jika diperlukan).

c. Ketentuan Penggunaan APD

1. APD digunakan sesuai risiko tindakan.
2. APD dilepas dan dibuang sesuai prosedur.
3. APD tidak digunakan secara berulang apabila bersifat sekali pakai.

---

3. Etika Batuk dan Bersin

Pasien, pengunjung, dan petugas wajib menerapkan etika batuk dan bersin dengan cara:

- Menutup mulut dan hidung menggunakan tisu atau siku bagian dalam;
- Segera membuang tisu ke tempat sampah;
- Melakukan kebersihan tangan setelah batuk atau bersin;
- Menggunakan masker apabila mengalami gejala infeksi saluran pernapasan.

4. Pencegahan Cedera Akibat Benda Tajam

Kebijakan

1. Jarum suntik tidak boleh ditutup kembali menggunakan dua tangan.
2. Benda tajam harus dibuang ke dalam safety box.
3. Safety box harus tersedia di area pelayanan yang menggunakan benda tajam.

Tindak Lanjut Pajanan

Apabila terjadi pajanan akibat tertusuk jarum atau benda tajam:

1. Segera lakukan pertolongan pertama.
2. Laporkan kepada atasan atau penanggung jawab.
3. Dokumentasikan kejadian.
4. Lakukan tindak lanjut sesuai prosedur yang berlaku.

F. Kewaspadaan Berdasarkan Cara Penularan

Selain kewaspadaan standar, diterapkan kewaspadaan tambahan sesuai jenis penyakit menular.

1. Kewaspadaan Kontak

Dilakukan pada pasien dengan penyakit yang dapat menular melalui kontak langsung maupun tidak langsung.

2. Kewaspadaan Droplet

Dilakukan pada pasien dengan penyakit yang menular melalui percikan droplet.

3. Kewaspadaan Airborne

Dilakukan pada pasien dengan penyakit yang menular melalui udara.

Apabila klinik tidak memiliki fasilitas yang memadai, pasien dirujuk sesuai prosedur yang berlaku.

G. Sterilisasi dan Desinfeksi

1. Tujuan

Menjamin alat kesehatan yang digunakan aman dan bebas dari mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi.

2. Kebijakan

a. Semua alat kesehatan yang digunakan kembali harus dibersihkan, didesinfeksi, atau disterilkan sesuai jenis alat.

b. Proses sterilisasi dilakukan sesuai standar yang berlaku.

3. Tahapan Pengelolaan Alat

1. Dekontaminasi.
2. Pencucian.
3. Pengeringan.
4. Pengemasan.
5. Sterilisasi.
6. Penyimpanan.
7. Distribusi.

4. Monitoring Sterilisasi

Monitoring dilakukan secara berkala untuk memastikan efektivitas proses sterilisasi.

H. Pengelolaan Limbah

1. Tujuan

Mencegah pencemaran lingkungan dan risiko penularan penyakit akibat limbah pelayanan kesehatan.

2. Jenis Limbah

a. Limbah Medis

Meliputi:

- Limbah infeksius;
- Limbah benda tajam;
- Limbah farmasi;
- Limbah patologis;
- Limbah B3.

b. Limbah Nonmedis

Meliputi sampah domestik dan limbah umum lainnya.

3. Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah dilakukan melalui:

1. Pemilahan.

2. Pengumpulan.
3. Penyimpanan sementara.
4. Pengangkutan.
5. Pemusnahan atau pengolahan sesuai ketentuan.

I. Pengelolaan Linen

1. Kebijakan

Linen bersih dan linen kotor harus dipisahkan untuk mencegah kontaminasi silang.

2. Pengelolaan Linen

Meliputi:

- Pengumpulan;
- Pemilahan;
- Pencucian;
- Pengeringan;
- Penyimpanan;
- Distribusi.

Petugas wajib menggunakan APD saat menangani linen kotor.

J. Kebersihan Lingkungan

1. Tujuan

Menjaga lingkungan klinik tetap bersih, sehat, dan aman.

2. Pelaksanaan

Kegiatan kebersihan meliputi:

- Pembersihan lantai;
- Pembersihan dinding;
- Pembersihan peralatan;
- Pembersihan kamar mandi;
- Pembersihan area pelayanan;
- Pengendalian debu dan kotoran.

3. Disinfeksi Lingkungan

Disinfeksi dilakukan secara berkala pada area yang berisiko tinggi terkontaminasi.

K. Surveilans Infeksi

1. Tujuan

Mengidentifikasi dan memantau kejadian infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.

2. Kegiatan Surveilans

Meliputi:

a. Pengumpulan data.

b. Analisis data.

c. Pelaporan hasil.

d. Tindak lanjut hasil surveilans.

3. Pemanfaatan Hasil Surveilans

Hasil surveilans digunakan untuk:

- Menentukan strategi pencegahan;
- Menyusun program perbaikan;
- Mengevaluasi efektivitas program PPI.

L. Edukasi dan Pelatihan PPI

Klinik Pratama UINFAS menyelenggarakan edukasi dan pelatihan PPI secara berkala kepada:

1. Tenaga kesehatan.
2. Tenaga administrasi.
3. Petugas kebersihan.
4. Pengunjung dan keluarga pasien sesuai kebutuhan.

Materi pelatihan meliputi:

- Kebersihan tangan;
- Penggunaan APD;
- Pengelolaan limbah;
- Sterilisasi alat;
- Pencegahan infeksi;

M. Monitoring dan Evaluasi Program PPI

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala melalui:

1. Audit kepatuhan kebersihan tangan.
2. Audit penggunaan APD.
3. Audit pengelolaan limbah.
4. Audit sterilisasi alat.
5. Audit kebersihan lingkungan.
6. Pemantauan kejadian infeksi.
7. Evaluasi pelaksanaan program kerja PPI.

Hasil evaluasi digunakan untuk perbaikan berkelanjutan dan peningkatan mutu pelayanan.

N. Penutup

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi merupakan bagian integral dari upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di Klinik Pratama UINFAS. Dengan penerapan prinsip-prinsip PPI secara konsisten oleh seluruh petugas, diharapkan risiko penularan infeksi dapat diminimalkan sehingga tercipta lingkungan pelayanan yang aman, sehat, dan berkualitas bagi pasien, petugas, pengunjung, serta masyarakat.

BAB VIII. MANAJEMEN RISIKO

A. Pendahuluan

Manajemen risiko merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, mengevaluasi, mengendalikan, dan memantau risiko yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien, keselamatan petugas, pengunjung, maupun keberlangsungan pelayanan di Klinik Pratama UINFAS. Pelaksanaan manajemen risiko bertujuan untuk meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden serta mengurangi dampak yang ditimbulkan apabila risiko terjadi.

Manajemen risiko dilaksanakan secara terintegrasi pada seluruh unit pelayanan dan menjadi tanggung jawab seluruh tenaga kesehatan maupun tenaga nonkesehatan yang bekerja di Klinik Pratama UINFAS.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, dan berkesinambungan melalui penerapan manajemen risiko yang sistematis.

2. Tujuan Khusus

a. Mengidentifikasi risiko yang berpotensi mengganggu pelayanan klinis maupun nonklinis.

b. Mengurangi kemungkinan terjadinya insiden yang dapat merugikan pasien, petugas, maupun organisasi.

c. Meningkatkan budaya keselamatan di lingkungan klinik.

d. Menyediakan dasar pengambilan keputusan dalam pengelolaan risiko.

e. Meningkatkan kemampuan organisasi dalam mencegah dan mengendalikan kejadian yang tidak diharapkan.

C. Ruang Lingkup Manajemen Risiko

Manajemen risiko di Klinik Pratama UINFAS mencakup seluruh kegiatan pelayanan dan operasional klinik, meliputi:

1. Risiko Klinis

Risiko yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan kepada pasien, antara lain:

- Kesalahan identifikasi pasien.
- Kesalahan pemberian obat.

- Kesalahan diagnosis.
- Kesalahan tindakan medis dan keperawatan.
- Keterlambatan pelayanan.
- Kegagalan rujukan.
- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
- Kejadian Nyaris Cedera (KNC).

2. Risiko Nonklinis

Risiko yang berkaitan dengan operasional klinik, antara lain:

- Kerusakan sarana dan prasarana.
- Gangguan sistem informasi.
- Kehilangan data.
- Gangguan listrik dan air.
- Bencana alam.
- Kebakaran.
- Keamanan lingkungan.

3. Risiko Sumber Daya Manusia

Meliputi:

- Kekurangan tenaga.
- Ketidaksesuaian kompetensi.
- Kelelahan kerja.
- Pelanggaran disiplin.
- Kecelakaan kerja.

4. Risiko Keuangan

Meliputi:

- Kesalahan pencatatan keuangan.
- Keterlambatan pembayaran.
- Penyalahgunaan dana.
- Ketidaksesuaian pengelolaan anggaran.

5. Risiko Hukum dan Kepatuhan

Meliputi:

- Pelanggaran regulasi.
- Pelanggaran etika profesi.
- Pelanggaran kerahasiaan pasien.
- Sengketa hukum.

D. Prinsip Manajemen Risiko

Pelaksanaan manajemen risiko di Klinik Pratama UINFAS dilakukan berdasarkan prinsip:

1. Terintegrasi dengan seluruh proses pelayanan.
2. Sistematis dan berkesinambungan.
3. Berbasis data dan bukti.
4. Transparan dan akuntabel.
5. Berorientasi pada keselamatan pasien.
6. Melibatkan seluruh petugas.
7. Mendukung peningkatan mutu pelayanan.

E. Proses Manajemen Risiko

1. Identifikasi Risiko

Identifikasi risiko dilakukan secara berkala maupun insidental untuk menemukan potensi bahaya yang dapat mengganggu pelayanan.

Metode identifikasi risiko dapat dilakukan melalui:

- Observasi lapangan.
- Audit internal.
- Monitoring indikator mutu.
- Pelaporan insiden keselamatan pasien.
- Keluhan pasien.
- Rapat evaluasi.
- Hasil survei.

Semua risiko yang ditemukan dicatat dalam daftar risiko (risk register).

2. Analisis Risiko

Setiap risiko yang teridentifikasi dianalisis berdasarkan:

a. Kemungkinan Terjadi (Likelihood)

Menilai seberapa sering risiko dapat terjadi.

b. Dampak (Severity)

Menilai tingkat keparahan dampak yang ditimbulkan apabila risiko terjadi.

Analisis dilakukan menggunakan matriks risiko yang telah ditetapkan klinik.

3. Evaluasi Risiko

Hasil analisis digunakan untuk menentukan tingkat risiko:

- Risiko rendah.
- Risiko sedang.
- Risiko tinggi.
- Risiko sangat tinggi.

Risiko dengan tingkat tinggi dan sangat tinggi menjadi prioritas untuk ditindaklanjuti.

4. Pengendalian Risiko

Pengendalian risiko dilakukan melalui:

a. Eliminasi Risiko

Menghilangkan sumber risiko secara langsung.

b. Substitusi

Mengganti proses atau alat yang berisiko dengan yang lebih aman.

c. Rekayasa Teknik

Melakukan perbaikan sistem atau lingkungan kerja.

d. Pengendalian Administratif

Melalui:

- Kebijakan.
- SOP.
- Pelatihan.
- Supervisi.
- Audit.

e. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Sebagai pengendalian terakhir apabila risiko belum dapat dihilangkan.

5. Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dilakukan secara berkala untuk memastikan efektivitas pengendalian risiko.

Evaluasi dilakukan melalui:

- Audit internal.
- Telaah insiden.
- Analisis indikator mutu.
- Rapat manajemen risiko.
- Tinjauan manajemen.

F. Pelaporan Risiko dan Insiden

1. Pelaporan Insiden

Setiap petugas wajib melaporkan insiden yang terjadi dalam pelayanan.

Insiden yang dilaporkan meliputi:

- Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
- Kejadian Nyaris Cedera (KNC).
- Kejadian Tidak Cedera (KTC).
- Kondisi Potensial Cedera (KPC).
- Sentinel Event.

2. Prinsip Pelaporan

Pelaporan dilakukan berdasarkan prinsip:

- Tidak menyalahkan individu (non-punitive).
- Terbuka dan jujur.
- Tepat waktu.
- Rahasia.
- Berorientasi pada perbaikan sistem.

3. Investigasi Insiden

Setiap insiden yang signifikan dilakukan investigasi untuk mengetahui akar masalah menggunakan metode yang sesuai, seperti:

- Root Cause Analysis (RCA).
- Analisis sebab akibat.
- Investigasi sederhana.

Hasil investigasi digunakan untuk menyusun tindakan perbaikan dan pencegahan.

G. Tanggung Jawab Manajemen Risiko

1. Pimpinan Klinik

Bertanggung jawab untuk:

- Menetapkan kebijakan manajemen risiko.
- Menyediakan sumber daya.
- Memantau pelaksanaan manajemen risiko.
- Menindaklanjuti hasil evaluasi.

2. Tim Mutu dan Keselamatan Pasien

Bertanggung jawab untuk:

- Mengkoordinasikan kegiatan manajemen risiko.
- Mengelola pelaporan insiden.
- Melakukan analisis risiko.
- Menyusun rekomendasi perbaikan.

3. Seluruh Petugas

Bertanggung jawab untuk:

- Mengidentifikasi risiko di unit kerja masing-masing.
- Melaporkan insiden dan potensi risiko.
- Melaksanakan tindakan pengendalian risiko.
- Berpartisipasi dalam kegiatan peningkatan keselamatan.

H. Dokumentasi Manajemen Risiko

Dokumen manajemen risiko yang wajib dipelihara meliputi:

1. Kebijakan manajemen risiko.
2. SOP manajemen risiko.
3. Risk register.
4. Formulir pelaporan insiden.
5. Hasil investigasi insiden.
6. Rencana tindak lanjut.
7. Laporan monitoring dan evaluasi.
8. Notulen rapat manajemen risiko.

Seluruh dokumen disimpan sesuai ketentuan pengelolaan dokumen Klinik Pratama UINFAS.

I. Evaluasi dan Perbaikan Berkelanjutan

Klinik Pratama UINFAS melakukan evaluasi manajemen risiko secara berkala untuk memastikan efektivitas penerapan sistem manajemen risiko.

Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar:

- Penyempurnaan kebijakan dan prosedur.
- Perbaikan sistem pelayanan.
- Pengembangan kompetensi petugas.
- Peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Dengan penerapan manajemen risiko yang efektif, Klinik Pratama UINFAS berkomitmen mewujudkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, profesional, dan berorientasi pada keselamatan pasien.

BAB IX. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3)

A. Pendahuluan

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) merupakan upaya untuk menjamin dan melindungi tenaga kerja, pasien, pengunjung, serta pihak lain yang berada di lingkungan Klinik Pratama UINFAS dari risiko kecelakaan kerja, penyakit akibat kerja, dan kondisi yang dapat membahayakan keselamatan.

Penerapan K3 bertujuan menciptakan lingkungan kerja yang aman, sehat, nyaman, dan produktif sehingga pelayanan kesehatan dapat berjalan secara optimal. Pelaksanaan K3 di Klinik Pratama UINFAS dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku, standar pelayanan kesehatan, serta prinsip keselamatan pasien.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mewujudkan lingkungan kerja yang aman, sehat, dan bebas dari risiko yang dapat membahayakan petugas, pasien, pengunjung, dan lingkungan sekitar.

2. Tujuan Khusus

a. Mencegah terjadinya kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

b. Melindungi tenaga kerja dari risiko bahaya fisik, biologis, kimia, ergonomi, dan psikososial.

c. Menjamin keselamatan pasien dan pengunjung selama berada di lingkungan klinik.

d. Meningkatkan kesadaran dan budaya keselamatan kerja bagi seluruh petugas.

e. Menyediakan sarana dan prasarana yang mendukung keselamatan dan kesehatan kerja.

f. Memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

C. Ruang Lingkup K3

Program K3 di Klinik Pratama UINFAS meliputi:

1. Keselamatan Petugas

Meliputi perlindungan terhadap tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan dari berbagai risiko kerja.

2. Keselamatan Pasien

Meliputi upaya pencegahan cedera dan kejadian yang tidak diharapkan selama pelayanan kesehatan.

3. Keselamatan Pengunjung

Meliputi perlindungan terhadap keluarga pasien dan pengunjung yang berada di lingkungan klinik.

4. Keselamatan Lingkungan Kerja

Meliputi pengelolaan lingkungan yang aman, sehat, dan bebas bahaya.

5. Tanggap Darurat dan Bencana

Meliputi kesiapsiagaan menghadapi keadaan darurat seperti kebakaran, bencana alam, dan kejadian luar biasa lainnya.

D. Identifikasi Bahaya dan Risiko Kerja

Klinik Pratama UINFAS melakukan identifikasi dan pengendalian terhadap berbagai potensi bahaya, antara lain:

1. Bahaya Biologis

Meliputi:

- Paparan darah dan cairan tubuh.
- Penularan penyakit infeksi.
- Cedera akibat jarum suntik.
- Paparan mikroorganisme patogen.

2. Bahaya Kimia

Meliputi:

- Paparan bahan desinfektan.
- Paparan bahan pembersih.
- Bahan kimia laboratorium.
- Limbah bahan berbahaya dan beracun (B3).

3. Bahaya Fisik

Meliputi:

- Kebisingan.
- Suhu ekstrem.
- Pencahayaan yang tidak memadai.
- Risiko tersengat listrik.
- Kebakaran.

4. Bahaya Ergonomi

Meliputi:

- Posisi kerja yang tidak ergonomis.
- Pengangkatan beban berlebihan.
- Aktivitas berulang dalam waktu lama.

5. Bahaya Psikososial

Meliputi:

- Stres kerja.
- Kelelahan kerja.
- Konflik interpersonal.
- Beban kerja berlebihan.

E. Program Keselamatan dan Kesehatan Kerja

1. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

Klinik menyediakan APD sesuai kebutuhan pekerjaan, meliputi:

- Masker.
- Sarung tangan.
- Pelindung wajah (face shield).
- Kacamata pelindung.
- Gaun pelindung.
- Apron.
- Sepatu pelindung.

Seluruh petugas wajib menggunakan APD sesuai standar dan prosedur yang berlaku.

2. Pencegahan Cedera Akibat Benda Tajam

Upaya yang dilakukan meliputi:

- Penggunaan teknik injeksi yang aman.
- Larangan menutup kembali jarum suntik dengan dua tangan.
- Penyediaan safety box.
- Pelaporan dan tindak lanjut kejadian tertusuk jarum.

3. Pemeriksaan Kesehatan Petugas

Pemeriksaan kesehatan dilakukan secara berkala untuk:

- Menilai kondisi kesehatan petugas.
- Mendeteksi penyakit akibat kerja.

- Menentukan kelayakan kerja.
- Menjaga produktivitas tenaga kerja.

4. Imunisasi Petugas

Tenaga kesehatan diberikan imunisasi sesuai risiko pekerjaan, seperti:

- Hepatitis B.
- Tetanus.
- Vaksin lain sesuai ketentuan yang berlaku.

5. Pengelolaan Limbah

Pengelolaan limbah dilakukan sesuai prosedur dan peraturan yang berlaku, meliputi:

- Pemilahan limbah medis dan nonmedis.
- Penyimpanan sementara limbah.
- Pengangkutan limbah.
- Pemusnahan limbah melalui pihak yang berwenang.

6. Pengendalian Bahan Berbahaya dan Beracun (B3)

Pengelolaan B3 dilakukan dengan:

- Pelabelan yang jelas.
- Penyimpanan sesuai standar.
- Penyediaan Material Safety Data Sheet (MSDS).
- Pelatihan penggunaan bahan berbahaya.

F. Keselamatan Sarana dan Prasarana

1. Keselamatan Bangunan

Klinik memastikan bahwa:

- Bangunan aman digunakan.
- Jalur evakuasi tersedia.
- Pintu darurat berfungsi baik.
- Ventilasi dan pencahayaan memadai.

2. Keselamatan Kelistrikan

Meliputi:

- Pemeriksaan instalasi listrik secara berkala.
- Penggunaan alat listrik yang aman.

- Pencegahan hubungan arus pendek.

3. Keselamatan Peralatan Medis

Meliputi:

- Pemeliharaan rutin.
- Kalibrasi alat.
- Pengujian fungsi alat.
- Dokumentasi hasil pemeliharaan.

G. Pencegahan dan Penanggulangan Kebakaran

Klinik Pratama UINFAS memiliki program pencegahan kebakaran melalui:

1. Penyediaan Sarana Proteksi Kebakaran

Meliputi:

- Alat Pemadam Api Ringan (APAR).
- Rambu evakuasi.
- Titik kumpul (assembly point).
- Jalur evakuasi.

2. Pelatihan Kebakaran

Petugas mendapatkan pelatihan mengenai:

- Penggunaan APAR.
- Teknik evakuasi.
- Penanganan keadaan darurat kebakaran.

3. Simulasi Kebakaran

Simulasi dilaksanakan secara berkala untuk meningkatkan kesiapsiagaan seluruh petugas.

H. Kesiapsiagaan dan Tanggap Darurat

Klinik memiliki prosedur tanggap darurat untuk menghadapi:

- Kebakaran.
- Gempa bumi.
- Banjir.
- Kegagalan listrik.
- Wabah penyakit.
- Ancaman keamanan.
- Keadaan darurat medis.

Kesiapsiagaan dilakukan melalui:

- Penyusunan rencana kontinjensi.

- Pembentukan tim tanggap darurat.
- Simulasi dan pelatihan berkala.

I. Pendidikan dan Pelatihan K3

Seluruh petugas wajib mendapatkan pendidikan dan pelatihan K3 yang meliputi:

- Keselamatan kerja dasar.
- Penggunaan APD.
- Penanganan limbah medis.
- Pencegahan infeksi.
- Penanggulangan kebakaran.
- Bantuan hidup dasar (BHD).
- Tanggap darurat dan evakuasi.

Pelatihan dilaksanakan secara berkala sesuai kebutuhan dan perkembangan regulasi.

J. Pelaporan dan Investigasi Kecelakaan Kerja

Setiap kecelakaan kerja wajib dilaporkan kepada pimpinan klinik dan dicatat dalam sistem pelaporan insiden.

Proses tindak lanjut meliputi:

1. Pelaporan kejadian.
2. Investigasi penyebab kejadian.
3. Analisis risiko.
4. Penetapan tindakan korektif.
5. Monitoring hasil perbaikan.

Tujuan investigasi adalah mencegah kejadian serupa terulang kembali.

K. Monitoring dan Evaluasi Program K3

Evaluasi pelaksanaan K3 dilakukan secara berkala melalui:

- Audit internal.
- Inspeksi lingkungan kerja.
- Monitoring kejadian kecelakaan kerja.
- Evaluasi kepatuhan penggunaan APD.
- Tinjauan program K3.

Hasil evaluasi digunakan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan dalam pelaksanaan program keselamatan dan kesehatan kerja.

L. Penutup

Klinik Pratama UINFAS berkomitmen untuk menerapkan Keselamatan dan Kesehatan Kerja secara konsisten guna melindungi seluruh petugas, pasien, pengunjung, dan lingkungan kerja. Melalui penerapan budaya keselamatan yang kuat, diharapkan tercipta pelayanan kesehatan yang aman, berkualitas, profesional, dan berkesinambungan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan yang berlaku.

BAB X. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

A. Pendahuluan

Klinik Pratama UINFAS berkomitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman, efektif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan, setiap pasien memiliki hak yang harus dihormati dan dilindungi, serta kewajiban yang harus dipenuhi untuk mendukung kelancaran proses pelayanan.

Pemenuhan hak dan kewajiban pasien merupakan bagian penting dalam mewujudkan pelayanan yang profesional, transparan, dan berpusat pada pasien (patient centered care). Seluruh petugas Klinik Pratama UINFAS wajib menghormati hak pasien serta memberikan informasi yang jelas mengenai kewajiban pasien selama menerima pelayanan kesehatan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Menjamin terpenuhinya hak pasien serta terlaksananya kewajiban pasien dalam memperoleh pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS.

2. Tujuan Khusus

a. Memberikan perlindungan terhadap hak-hak pasien.

b. Meningkatkan partisipasi pasien dan keluarga dalam proses pelayanan kesehatan.

c. Mewujudkan hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.

d. Meningkatkan mutu pelayanan melalui keterlibatan aktif pasien.

e. Menjamin pelayanan yang aman, bermutu, dan sesuai standar.

C. Hak Pasien

Setiap pasien yang memperoleh pelayanan di Klinik Pratama UINFAS berhak untuk:

1. Mendapatkan Pelayanan yang Bermutu dan Aman

Pasien berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang:

- Profesional.
- Aman.
- Bermutu.
- Efektif.

- Tidak diskriminatif.

Pelayanan diberikan sesuai standar profesi, standar prosedur operasional, dan kebutuhan pasien.

2. Mendapatkan Informasi yang Jelas

Pasien berhak memperoleh informasi mengenai:

- Kondisi kesehatan.
- Hasil pemeriksaan.
- Diagnosis.
- Rencana tindakan medis.
- Alternatif pengobatan.
- Risiko dan manfaat tindakan.
- Prognosis penyakit.
- Biaya pelayanan.

Informasi disampaikan dengan bahasa yang mudah dipahami.

3. Memberikan Persetujuan atau Penolakan Tindakan

Pasien berhak:

- Menyetujui tindakan medis.
- Menolak tindakan medis.
- Meminta penjelasan tambahan sebelum memberikan keputusan.

Persetujuan tindakan diberikan setelah pasien menerima informasi yang memadai (informed consent).

4. Memperoleh Privasi dan Kerahasiaan

Pasien berhak atas:

- Kerahasiaan data pribadi.
- Kerahasiaan diagnosis.
- Kerahasiaan hasil pemeriksaan.
- Kerahasiaan rekam medis.

Informasi pasien hanya dapat dibuka sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

5. Mendapatkan Perlakuan yang Adil dan Tidak Diskriminatif

Pasien berhak mendapatkan pelayanan tanpa membedakan:

- Suku.
- Ras.
- Agama.
- Jenis kelamin.
- Status sosial.
- Kondisi ekonomi.
- Latar belakang pendidikan.
- Kondisi fisik.

6. Memperoleh Informasi tentang Hak dan Kewajiban

Pasien berhak mendapatkan informasi mengenai:

- Hak pasien.
- Kewajiban pasien.
- Tata tertib klinik.
- Alur pelayanan.

7. Memilih dan Menentukan Pelayanan

Pasien berhak:

- Memilih tenaga kesehatan sesuai ketentuan yang berlaku.
- Memilih tindakan medis yang tersedia.
- Memilih fasilitas rujukan apabila diperlukan.

8. Mendapatkan Pendampingan Keluarga

Pasien berhak didampingi oleh keluarga atau pihak yang ditunjuk sesuai dengan kondisi dan kebijakan klinik.

9. Menyampaikan Keluhan dan Saran

Pasien berhak:

- Menyampaikan keluhan.
- Memberikan masukan.
- Mengajukan saran terkait pelayanan yang diterima.

Keluhan akan ditindaklanjuti sesuai mekanisme yang berlaku.

10. Mendapatkan Rujukan

Apabila pelayanan yang dibutuhkan tidak tersedia di Klinik Pratama UINFAS, pasien berhak mendapatkan rujukan ke fasilitas kesehatan yang lebih mampu sesuai kebutuhan medis.

D. Kewajiban Pasien

Setiap pasien yang memperoleh pelayanan di Klinik Pratama UINFAS berkewajiban untuk:

1. Memberikan Informasi yang Benar dan Lengkap

Pasien wajib memberikan informasi yang jujur dan lengkap mengenai:

- Identitas diri.
- Riwayat penyakit.
- Riwayat pengobatan.
- Riwayat alergi.
- Kondisi kesehatan saat ini.

Informasi yang akurat sangat penting untuk mendukung ketepatan pelayanan.

2. Mematuhi Nasihat dan Petunjuk Tenaga Kesehatan

Pasien wajib mengikuti:

- Anjuran dokter.
- Instruksi perawat.
- Program pengobatan.
- Jadwal kontrol.
- Rencana tindak lanjut pelayanan.

3. Mematuhi Tata Tertib Klinik

Pasien wajib mematuhi seluruh peraturan yang berlaku di Klinik Pratama UINFAS, termasuk:

- Menjaga ketertiban.
- Menjaga kebersihan.
- Menghormati petugas dan pasien lain.
- Mematuhi jam pelayanan.

4. Menghormati Hak Pasien Lain

Pasien wajib menjaga kenyamanan dan menghormati hak pasien lain yang sedang menerima pelayanan.

5. Menjaga Fasilitas Klinik

Pasien dan keluarga wajib menjaga sarana dan prasarana yang tersedia di lingkungan klinik.

6. Memenuhi Kewajiban Administratif

Pasien wajib:

- Melengkapi dokumen administrasi yang diperlukan.
- Menunjukkan identitas yang sah.
- Memenuhi kewajiban pembayaran sesuai ketentuan yang berlaku.

7. Menggunakan Fasilitas Secara Bertanggung Jawab

Pasien wajib menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai fungsi dan ketentuan yang berlaku.

E. Hak Keluarga Pasien

Keluarga pasien berhak:

1. Mendapatkan informasi yang relevan sesuai persetujuan pasien.
2. Terlibat dalam proses pengambilan keputusan apabila pasien tidak mampu mengambil keputusan sendiri.
3. Mendapatkan penjelasan mengenai rencana pelayanan dan tindak lanjut pasien.
4. Menyampaikan pertanyaan, saran, dan keluhan terkait pelayanan.
5. Mendapatkan edukasi kesehatan yang diperlukan untuk mendukung proses perawatan pasien.

F. Kewajiban Keluarga Pasien

Keluarga pasien berkewajiban:

1. Memberikan informasi yang benar terkait kondisi pasien.
2. Membantu pasien mematuhi rencana pengobatan.
3. Menjaga ketertiban dan kenyamanan lingkungan klinik.
4. Menghormati petugas kesehatan dan pasien lainnya.
5. Mematuhi kebijakan dan tata tertib yang berlaku di Klinik Pratama UINFAS.

G. Mekanisme Penyampaian Keluhan dan Pengaduan

Klinik Pratama UINFAS menyediakan mekanisme penyampaian keluhan melalui:

- Kotak saran.
- Formulir pengaduan.
- Penyampaian langsung kepada petugas.
- Media komunikasi resmi klinik.

Setiap keluhan akan:

1. Dicatat dan didokumentasikan.
2. Diverifikasi dan dianalisis.
3. Ditindaklanjuti sesuai prosedur.
4. Digunakan sebagai bahan peningkatan mutu pelayanan.

H. Perlindungan Hak Pasien

Untuk menjamin perlindungan hak pasien, Klinik Pratama UINFAS:

1. Menyediakan informasi hak dan kewajiban pasien pada area yang mudah dilihat.
2. Menjaga kerahasiaan seluruh informasi pasien.
3. Memberikan pelayanan yang adil dan tidak diskriminatif.
4. Menerapkan prinsip keselamatan pasien dalam setiap pelayanan.
5. Menindaklanjuti setiap pelanggaran terhadap hak pasien sesuai ketentuan yang berlaku.

I. Penutup

Klinik Pratama UINFAS berkomitmen untuk menghormati, melindungi, dan memenuhi hak pasien serta mendorong pelaksanaan kewajiban pasien secara bertanggung jawab. Melalui kerja sama yang baik antara pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan, diharapkan tercipta pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, profesional, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

BAB XI. PENUTUP

A. Kesimpulan

Pedoman Klinik Pratama UINFAS ini disusun sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Pedoman ini menjadi landasan bagi seluruh tenaga kesehatan dan tenaga pendukung dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawab sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, ketentuan peraturan perundang-undangan, serta prinsip tata kelola klinik yang baik.

Melalui penerapan tata kelola klinik yang efektif, pelayanan klinis yang berpusat pada pasien, manajemen penunjang yang terintegrasi, program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, pencegahan dan pengendalian infeksi, manajemen risiko, keselamatan dan kesehatan kerja, serta penghormatan terhadap hak dan kewajiban pasien, diharapkan Klinik Pratama UINFAS mampu memberikan pelayanan kesehatan yang profesional dan terpercaya bagi masyarakat.

Seluruh unsur di Klinik Pratama UINFAS memiliki tanggung jawab untuk memahami, melaksanakan, memantau, dan mengevaluasi penerapan pedoman ini secara konsisten sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan yang berkelanjutan.

B. Implementasi Pedoman

Pedoman ini menjadi acuan dalam:

1. Pelaksanaan pelayanan kesehatan di Klinik Pratama UINFAS.
2. Penyusunan kebijakan, standar operasional prosedur (SOP), dan dokumen pendukung lainnya.
3. Pengembangan sistem manajemen mutu dan keselamatan pasien.
4. Pembinaan dan peningkatan kompetensi sumber daya manusia.
5. Monitoring, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan terhadap seluruh proses pelayanan.

Setiap unit kerja wajib menerapkan pedoman ini sesuai dengan tugas, fungsi, dan kewenangannya masing-masing.

C. Monitoring dan Evaluasi

Pelaksanaan pedoman ini akan dimonitor dan dievaluasi secara berkala untuk memastikan kesesuaian dengan:

- Peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
- Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.
- Kebutuhan masyarakat dan pasien.
- Kebijakan internal Klinik Pratama UINFAS.

Hasil monitoring dan evaluasi digunakan sebagai dasar untuk melakukan penyempurnaan kebijakan, prosedur, dan sistem pelayanan yang berkesinambungan.

D. Revisi Pedoman

Pedoman ini dapat dilakukan peninjauan dan revisi apabila:

1. Terdapat perubahan regulasi atau kebijakan pemerintah.
2. Terdapat perubahan standar akreditasi fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Terjadi perubahan struktur organisasi atau sistem pelayanan klinik.
4. Ditemukan kebutuhan perbaikan berdasarkan hasil evaluasi dan audit internal.
5. Adanya perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi, dan praktik pelayanan kesehatan.

Revisi dilakukan oleh tim yang ditunjuk oleh pimpinan Klinik Pratama UINFAS dan disahkan melalui keputusan pimpinan klinik.

E. Penegasan Komitmen

Seluruh tenaga kesehatan, tenaga pendukung, dan pihak yang terkait dalam penyelenggaraan pelayanan di Klinik Pratama UINFAS wajib:

- Mematuhi seluruh ketentuan yang tercantum dalam pedoman ini.
- Menjunjung tinggi etika profesi dan keselamatan pasien.
- Menjaga mutu pelayanan secara berkelanjutan.
- Melaksanakan pelayanan secara profesional, bertanggung jawab, dan berorientasi pada kepuasan pasien.
- Berpartisipasi aktif dalam program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Komitmen bersama ini merupakan bagian dari upaya mewujudkan Klinik Pratama UINFAS sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang terpercaya, berkualitas, aman, dan memberikan manfaat bagi masyarakat.

Ditetapkan di: Bengkulu
Pada tanggal: 6 Juni 2026
PIMPINAN KLINIK PRATAMA UINFAS

Ilma Hamid, S.Kep
NIP. 197809162003122005