

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN
NOMOR : 1797/RSSK/SK/XII/2015

TENTANG

**KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu kepada masyarakat;
- b. bahwa untuk mewujudkan pelayanan di rumah sakit yang aman dan bermutu, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang baik dengan mengacu pada ketentuan dan standar yang telah ditetapkan;
- c. bahwa kebijakan pelayanan rumah sakit diperlukan sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a,b dan c perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
5. Keputusan Walikota Pekalongan Nomor 445/221 Tahun 2014 tentang Izin Tetap Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Rumah sakit Kota Pekalongan;
6. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 117-B/YAI/IV/VI/2015 tentang Penetapan Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital By Laws*) Rumah Sakit Siti Khodijah

Pekalongan;

7. Keputusan Yayasan Al-Irsyad Al-Islamiyyah Pekalongan Nomor 129/YAI/IV/XII/2015 tentang Perpanjangan Masa Tugas Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : KEBIJAKAN PELAYANAN RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN;
- KESATU : Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan sebagaimana tercantum dalam Lampiran Surat Keputusan ini;
- KEDUA : Pembinaan, pengawasan dan penyelenggaraan Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilaksanakan oleh Manajer Pelayanan dan Manajer Umum & Keuangan;
- KETIGA : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan ini maka akan dilakukan perubahan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 31 Desember 2015

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAHPEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes

Tembusan :

1. Manajer Pelayanan
2. Manajer Umum dan Keuangan
3. Koordinator Instalasi / Urusan / Unit Kerja
4. Arsip

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tentang
Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 1797/RSSK/SK/XII/2015
Tanggal : 31 Desember 2015

**KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN**

1. Pelayanan Instalasi :

- a. Pelayanan Instalasi meliputi :
 - 1) Instalasi Gawat Darurat
 - 2) Instalasi Rawat Inap
 - 3) Instalasi Rawat Jalan meliputi :
 - a) Poli Penyakit Dalam
 - b) Poli Bedah
 - c) Poli Kebidanan & Kandungan
 - d) Poli Anak
 - e) Poli Saraf
 - f) Poli Jantung & Pembuluh Darah
 - g) Poli Paru
 - h) Poli Mata
 - i) Poli Kulit & Kelamin
 - j) Poli THT
 - k) Poli Gigi & Mulut
 - l) Poli Bedah Mulut
 - m) Poli Urologi
 - n) Poli Kesehatan Jiwa
 - o) Poli Umum
 - 4) Instalasi Penunjang Medis meliputi :
 - a) Unit Kerja Intensive Care Unit (ICU)
 - b) Unit Kerja Kamar Operasi
 - c) Unit Kerja Farmasi
 - d) Unit Kerja Laboratorium
 - e) Unit Kerja Radiologi
 - f) Unit Kerja Fisioterapi
 - g) Unit Kerja Gizi

- 5) Instalasi Penunjang Non Medis meliputi :
 - a) Pemulasaran Jenazah
 - b) Ambulans
 - c) Unit Kerja Pemeliharaan Sarana RS
 - d) Unit Kerja Pengelola Limbah dan Laundry
- b. Setiap pasien berhak mendapatkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sesuai kebutuhan dan kompetensi.
- c. Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- d. Seluruh staf RS harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan peraturan yang berlaku.

2. Pembiayaan dan Penjaminan :

- a. Pelayanan rumah sakit tanpa uang jaminan.
- b. Rumah sakit memberikan pelayanan kepada pasien pribadi, Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA) dan asuransi lain serta perusahaan yang telah melakukan perjanjian kerja sama sesuai ketentuan yang berlaku.

3. Skrining dan Triase :

- a. Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh RS.
- b. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.
- c. Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.

4. Identifikasi Hambatan Pasien :

- a. Rumah sakit mengurangi kendala fisik, bahasa dan budaya serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan.
- b. Rumah sakit mengidentifikasi hambatan yang ada pada populasi pasiennya.
- c. Rumah sakit memiliki prosedur untuk mengatasi atau mengurangi hambatan pada waktu pasien mencari pelayanan.
- d. Rumah sakit memiliki prosedur untuk mencegah dampak dari hambatan dalam memberikan pelayanan.

5. Asesmen Pasien :

- a. Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.
- b. Asesmen awal setiap pasien meliputi evaluasi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan dan menghasilkan diagnosis awal.
- c. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen.
- d. Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.
- e. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.
- f. Asesmen awal medis yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari, atau riwayat medis telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik telah diulangi.
- g. Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi pasien yang signifikan, sejak asesmen dicatat dalam rekam medis pasien pada saat masuk rawat inap.
- h. Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*).
- i. Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu atas dasar kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.
- j. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan.

6. Identifikasi :

- a. Setiap pasien yang masuk rawat inap harus dipasangkan gelang identitas.
- b. Pasien selalu diidentifikasi sebelum pemberian obat, sebelum transfusi darah atau produk darah lainnya, sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium klinis, sebelum pemeriksaan radiologi, serta sebelum dilakukan tindakan lainnya.

7. Transfer / Perpindahan di Dalam Rumah Sakit :

- a. Transfer atau Pemindahan pasien dengan memperhatikan kondisi dan privasi pasien.
- b. Pemantauan kondisi pasien selama transfer dilakukan terus menerus.
- c. Proses transfer didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.
- d. Penerimaan atau perpindahan pasien ke dan dari unit pelayanan intensif

ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan.

8. Transfer Keluar Rumah Sakit / Rujukan :

- a. Pasien dirujuk ke Rumah Sakit lain berdasarkan atas kondisi dan kebutuhan pelayanan lanjutan.
- b. Rumah Sakit memastikan bahwa Rumah Sakit penerima dapat memenuhi kebutuhan pasien akan kontinuitas pelayanan.
- c. Stabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk.
- d. Rumah sakit menunjuk penanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
- e. Transfer atau Pemindahan pasien harus memperhatikan kondisi dan privasi pasien.
- f. Rumah Sakit penerima diberikan resume medis mengenai kondisi klinis pasien dan tindakan yang telah dilakukan.
- g. Proses rujukan didokumentasikan di dalam Rekam Medis pasien.
- h. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima.

9. Penundaan Pelayanan :

- a. Memberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan.
- b. Memberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik mereka.
- c. Memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan.
- d. Informasi penundaan pelayanan dicatat dalam rekam medis pasien.

10. Pemulangan Pasien :

- a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) menentukan waktu pasien untuk dipulangkan.
- b. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.
- c. Rencana pemulangan pasien meliputi kebutuhan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis.
- d. Identifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit serta populasi pasien.
- e. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien tersebut dipulangkan.
- f. Resume berisi pula instruksi untuk tindak lanjut.

- g. Salinan resume pasien pulang didokumentasikan dalam rekam medis.
- h. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada praktisi kesehatan perujuk.
- i. Rumah sakit tidak memberi izin pasien yang masih dalam perawatan untuk meninggalkan rumah sakit (cuti) sesuai ketentuan.

11. Transportasi :

- a. Rumah sakit menyediakan sarana transportasi pasien.
- b. Transportasi milik rumah sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan
- c. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien
- d. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi, baik kontrak maupun milik rumah sakit, dilengkapi dengan peralatan yang memenuhi standar, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa.

12. Hak Pasien dan Keluarga :

- a. Menghormati kebutuhan privasi pasien.
- b. Melindungi barang milik pasien dari pencurian atau kehilangan.
- c. Melindungi dari kekerasan fisik.
- d. Anak-anak, individu yang cacat, lanjut usia dan lainnya yang berisiko mendapatkan perlindungan yang layak.
- e. Membantu mencari *second opinion* dan kompromi dalam pelayanan didalam maupun diluar rumah sakit.
- f. Pernyataan persetujuan (*Informed Consent*) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.
- g. *Informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.

13. Penolakan Pelayanan dan Pengobatan :

- a. Memberitahu pasien dan keluarganya tentang hak dan tanggung jawab mereka yang berhubungan dengan penolakan atau tidak melanjutkan pengobatan.
- b. Pasien dan keluarga berhak untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan dan mengetahui tentang konsekuensi serta tanggung jawab dari keputusan tersebut setelah diberi tahu staf medis termasuk tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan dengan menandatangani surat penolakan pelayanan dan didokumentasikan dalam rekam medis pasien.
- c. Pasien dan keluarganya berhak meminta untuk tidak dilakukan pengobatan /

bantuan hidup dasar tersebut dengan menandatangani surat penolakan resusitasi (*Do Not Resuscitate* / DNR) dan didokumentasikan di rekam medis pasien.

- d. Pasien yang telah menandatangani surat penolakan resusitasi (*Do Not Resuscitate* / DNR) akan dipasang kancing penanda berwarna ungu.

14. Pelayanan Pasien Tahap Terminal :

- a. Mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.
- b. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan.
- c. Semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya yaitu meliputi pengobatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respon terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama dan budaya pasien dan keluarganya serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan.

15. Pelayanan Obat yang Perlu Diwaspadai :

- a. Obat Kewaspadaan Tinggi (*High Alert Medications*) dikelola secara khusus untuk menghindari dampak yang tidak diinginkan.
- b. Elektrolit konsentrat hanya boleh ada di ruang tertentu (IGD, Kamar Operasi, ICU dan Kamar Bersalin) dan disimpan dalam lemari khusus dengan akses terbatas.
- c. Obat golongan narkotika disimpan dalam lemari khusus di Unit Kerja Farmasi (*double* pintu dan *double* kunci).
- d. Digunakan suatu sistem untuk menyalurkan obat kewaspadaan tinggi (*High-Alert Medications*) dengan benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara pemberian, benar waktu, benar informasi, benar dokumentasi.

16. Manajemen Nutrisi :

- a. Pasien di skrining untuk status gizi.
- b. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
- c. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
- d. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
- e. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.

17. Manajemen Nyeri :

- a. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.

- b. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif.
- c. Melakukan penatalaksanaan nyeri sesuai pedoman.
- d. Melakukan komunikasi dan mendidik pasien dan keluarga tentang pengelolaan nyeri dan gejala dalam konteks pribadi, budaya dan kepercayaan agama masing-masing.

18. *Surgical Safety Checklist* :

- a. Digunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberian tanda.
- b. Menggunakan suatu *checklist* untuk melakukan verifikasi praoperasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar, dan fungsional.
- c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat/mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi / *time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan.

19. *Hand Hygiene* :

Rumah sakit menerapkan *hand hygiene* dengan ketentuan yang terbaru dan dilaksanakan secara efektif (*WHO Patient Safety*).

20. *Risiko Jatuh* :

- a. Penerapan asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi pasien yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.
- c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.

21. *Komunikasi Efektif* :

- a. Perintah lisan atau melalui telepon termasuk hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- b. Perintah lisan atau melalui telepon termasuk hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

- c. Perintah lisan atau melalui telepon termasuk hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAHPEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes