

Lampiran : Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah
Pekalongan tentang Pemberian Pelayanan Yang Seragam di
Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
Nomor : 1812/RSSK/SK/XII/2015
Tanggal : 31 Januari 2015

KEBIJAKAN PEMBERIAN PELAYANAN YANG SERAGAM RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

A. KEBIJAKAN UMUM :

- a. Pelayanan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan ditujukan untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan perseorangan dengan berorientasi pada keselamatan pasien dan upaya peningkatan mutu pelayanan sesuai dengan visi, misi dan nilai dasar yang ada di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan tanpa diskriminatif.
- b. Semua pasien yang membutuhkan pelayanan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berhak untuk menerima pelayanan yang sama di semua unit pelayanan tanpa membedakan sosial, ekonomi, agama dan golongan serta kemampuan pasien untuk membayar.
- c. Semua rencana asuhan pasien diintegrasikan dan dikoordinasikan diantara tenaga profesi yang menangani pasien. Tenaga profesi yang dimaksud adalah tim kesehatan dengan multi disiplin yang terdiri dari dokter, perawat, bidan, ahli gizi, tenaga farmasi, tenaga analisis, tenaga fisioterapi, radiografis dan lain-lain.
- d. Pemberian asuhan diberikan oleh tim kesehatan tersebut diatas berdasarkan tingkat kewenangan dan kompetensinya yang didokumentasikan dalam catatan rekam medis yang terintegrasi dengan metode SOAP.
- e. Pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan secara 24 jam dilaksanakan di berbagai instalasi pelayanan yang disiapkan untuk pelayanan tersebut, kecuali di unit-unit tertentu.
- f. Rumah sakit memberikan pelayanan yang seragam bagi semua pasien, rencana asuhan medis dan rencana asuhan keperawatan dilaksanakan kurang dari 24 jam setelah pasien masuk rawat inap diselenggarakan secara terintegrasi di seluruh instalasi pelayanan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dan dicatat dalam rekam medis pasien.
- g. Rumah sakit dalam memberikan pelayanan menghormati hak pasien dan keluarga sesuai dengan undang-undang dan nilai-nilai serta kepercayaan yang dianut oleh pasien.
- h. Dalam memberikan pelayanan kepada pasien setiap petugas harus memperhatikan privasi pasien
- i. Pelayanan rumah sakit di setiap unit kerja harus selalu berfokus pada pasien dengan melaksanakan akses pelayanan dan kontinuitas serta dengan memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga

- j. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan akan merujuk pasien jika diperlukan pelayanan dan fasilitas yang tidak tersedia di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dan atau atas permintaan pasien / keluarga .
- k. Seluruh staf Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman, panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, etika rumah sakit serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- l. Seluruh karyawan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dalam melaksanakan pekerjaannya wajib sesuai dengan ketentuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk dalam penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)

B. KEBIJAKAN KHUSUS

1. DPJP

- a. Tenaga medis yang memiliki kompetensi klinis dalam melakukan praktik kedokteran di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR), Surat Izin Praktik Kedokteran (SIP) dan telah mendapatkan surat penugasan klinik (*Clinical Appointment*) dari Direktur atas rekomendasi dari Komite Medik dan *Peer Group* sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yg berlaku.
- b. *Clinical Appointment* dari Direktur merupakan *Clinical Privilage* bagi tenaga medis tersebut. Tenaga medis yang memberikan pelayanan sesuai dengan *Clinical Privilege* yang telah dimiliki, disebut Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)
- c. DPJP adalah seorang dokter / dokter gigi yang bertanggung jawab atas pengelolaan asuhan medis seorang pasien. DPJP juga bertanggung jawab terhadap kelengkapan, kejelasan dan kebenaran serta ketepatan waktu pengembalian dari rekam medis pasien tersebut. DPJP merupakan anggota kelompok profesi yang tergabung dalam Staf Medik Fungsional (SMF). Bagi profesi yang dibutuhkan untuk pelayanan medis di rumah sakit namun belum tergabung dalam SMF dapat menjadi DPJP apabila disetujui oleh Direktur atas rekomendasi komite medik dan SMF yang terkait sesuai peraturan yang berlaku.
- d. Dalam melakukan tugasnya, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Utama harus mengacu kepada Pedoman Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* atau Alur Klinis yang ditetapkan oleh Direktur, dan selalu mengikuti kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi terkini
- e. DPJP diklasifikasikan menjadi: DPJP Utama dan DPJP Pendamping.
- f. DPJP Utama (U) adalah dokter pertama yang menangani masalah utama pasien tersebut. DPJP Utama dapat berubah sesuai kondisi klinis pasien.
- g. Apabila pasien diputuskan untuk dirawat di ruang intensive care, maka DPJP utamanya adalah DPJP yang menangani pasien tersebut dan dokter penanggung jawab Unit Intensive Care (ICU) sebagai DPJP Pendamping. Dalam memberikan layanan (diagnostik dan terapeutik) DPJP utama harus memperhatikan usulan dari DPJP pendamping.
- h. Apabila diperlukan profesi lain dalam menangani pasien, maka DPJP utama (U) dapat didampingi oleh DPJP Pendamping (P). DPJP Pedamping terdiri dari DPJP Konsultan (K), DPJP Operator (O) dan DPJP Anestesi (A). DPJP Operator (O)

adalah dokter yang melakukan tindakan pembedahan dan perawatan perioperatif pada pasien. DPJP Anestesi (A) adalah dokter yang melakukan tindakan anestesi dan perawatan peri anestesi pada pasien.

- i. Termasuk dalam DPJP Konsultan adalah DPJP Pemeriksaan Penunjang yang merupakan dokter penanggung jawab teknis medis diagnostik laboratorium klinik atau diagnostik imaging yang bertanggung jawab atas hasil pemeriksaan penunjang tersebut.
- j. DPJP Operator (O) adalah dokter yang melakukan tindakan pembedahan dan perawatan peri anestesi pada pasien.
- k. DPJP Anestesi (A) adalah dokter yang melakukan tindakan anestesi dan perawatan peri anestesi pada pasien.
- l. DPJP dapat mendelegasikan wewenangnya (*Delegation of Authority*) kepada Asisten DPJP namun tanggungjawab tetap pada DPJP yang mendelegasikan. Pendelegasian ini dengan Mekanisme yang disebut *standing order*.
- m. Asisten DPJP adalah peserta didik sesuai program studinya. Asisten DPJP yang diberi kewenang adalah yang sudah memiliki kompetensi klinis sesuai surat penugasan klinis dan direktur atas rekomendasi ketua program studi spesialisasi (KPS) dari SMF terkait.
- n. Demi untuk menjamin mutu pelayanan, DPJP dalam melaksanakan wewenangnya diaudit oleh Komite medik dan Peer Group.

2. Perawat dan Tenaga Medis Lainnya

- a. Dokter, Perawat, Apoteker, tenaga profesional lain dan seluruh karyawan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dengan mengacu pada nilai Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- b. Untuk menjamin mutu asuhan keperawatan maka setiap pasien harus memiliki perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan atas pasien tersebut (*case manager*).
- c. Peserta didik dari berbagai jenis pendidikan dengan berbagai jenjang pendidikan dalam menjalankan praktek kerja pendidikan di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan wajib mendapat ijin bekerja dan penugasan klinis dari Direktur Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dan dilakukan evaluasi oleh DPJP yang bersangkutan.
- d. Dokter, perawat dan tenaga profesional lain di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan mempunyai kewajiban merahasiakan segala sesuatu yang diketahuinya tentang pasien, bahkan juga setelah pasien itu meninggal dunia.

3. Pelayanan Pasien Risiko Tinggi

- a. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan mengidentifikasi pasien risiko tinggi yaitu; bayi, anak-anak, geriatri, pasien restraint atau yang diberi penghalang, pasien yang dalam keadaan koma, pasien dengan resiko kekerasan serta pasien emergency.
- b. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan mengidentifikasi pelayanan risiko tinggi yaitu; pasien dengan *immuno-suppressed*, pelayanan darah & pemberian produk darah, pasien dengan penyakit menular, dan pelayanan invasive dan intensive.
- c. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan memberikan perlindungan bagi pasien risiko tinggi dari kesalahan asuhan medis, kekerasan fisik, keselamatan lingkungan

fisik serta pemberian bantuan pada keselamatan kebakaran.

- d. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan memberikan pelayanan resusitasi di seluruh rumah sakit dengan membentuk sistem *Code Blue* dan setiap petugas atau pegawai harus menguasai ketrampilan *Basic Life Support*.
- e. Dokter, Perawat, tenaga profesional lain dan seluruh karyawan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan supir, satpam, petugas administrasi, kasir, *customer service* dan *cleaning service* dilatih memberikan resusitasi karena mereka mempunyai kewajiban melakukan pertolongan darurat atas dasar perikemanusiaan.
- f. Asuhan medis dan keperawatan bagi pasien risiko tinggi dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.

4. Pelayanan Pasien Tahap Terminal

- a. Pasien berhak 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.
- d. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan melakukan asesmen dan intervensi terhadap hasil asesmen kebutuhan pasien tahap terminal.

5. Pelayanan Intensive Care

- a. Keputusan masuk dan keluar ruang *intensive care* diambil oleh Tim Konsultan *Intensive Care*.
- b. Ditujukan bagi pasien yang memerlukan intervensi medis segera oleh tim intensive care.
- c. Ditujukan bagi pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dan metode terapi titrasi
- d. Ditujukan bagi pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologis

6. Manajemen Nutrisi

- a. Setiap pasien baru di skrining status gizinya dan dicatat dalam rekam medik.
- b. Jika dalam penilaian tersebut terindikasi kurang gizi atau lebih gizi, maka akan dilanjutkan penanganan gizinya oleh Tim Gizi Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- c. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien, tersedia secara regular.
- d. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
- e. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan
- f. Semua makanan pasien yang bukan dari Instalasi Gizi, baik yang dibawa keluarga pasien dari rumah maupun yang dikelola pihak ke-3 mendapatkan pengawasan dan edukasi tentang batasan diet pasien dari instalasi Gizi Rumah Sakit Siti Khodijah

Pekalongan.

- g. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor dan dicatat dalam rekam medis.
- h. Kerjasama antara DPJP Primer, Perawat Penanggung Jawab shift dan ahli gizi dalam merencanakan, memberikan dan memonitor terapi gizi.
- i. Penyiapan makanan, penanganan, penyimpanan dan distribusinya, sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan yang berlaku.
- j. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.

7. Manajemen Nyeri

- a. Semua pasien rawat darurat, rawat inap dan rawat jalan harus dilakukan skrining untuk nyeri, dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyeri dengan menggunakan skala yang baku.
- b. Asesmen ulang nyeri dilakukan dalam interval tertentu setelah dilakukan terapi untuk mengatasi nyeri tersebut.
- c. Apabila nyerinya ≥ 4 , DPJP berkewajiban melakukan manajemen nyeri.
- d. Apabila skala rasa nyerinya ≥ 7 dan tidak bisa ditangani oleh DPJP, maka DPJP bisa melaporkan ke Tim Manajemen Nyeri Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan untuk mendapatkan saran terapi.
- e. Pasien dan keluarga akan dikomunikasikan dan diberi pendidikan tentang pengelolaan nyeri oleh DPJP atau Perawat Penanggung Jawab shift.

8. Skrining dan Triase

- a. Skrining di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dilakukan pada kontak pertama di semua wilayah rumah sakit melalui mekanisme triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.
- b. Skrining dan tes diagnostik lanjutan harus mengacu pada Panduan Praktek Klinis (PPK) dan *Clinical Pathway* atau Alur Klinis pasien tersebut yang merupakan standar sebelum penerimaan pasien.
- c. Kebutuhan darurat, mendesak atau segera diidentifikasi dengan prosedur triase berbasis bukti klinik untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.

9. Pendaftaran Pasien

- a. Semua pasien baru yang berobat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dicatat dalam registrasi yang terintegrasi untuk mendapatkan nomor rekam medik.
- b. Semua pasien lama yang berobat di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan wajib membawa kartu berobat untuk menghindari terjadinya nomor rekam medik ganda. Apabila kartu berobat hilang, maka akan diupayakan mencari pada arsip yang sudah ada, namun apabila tidak ditemukan, maka diberikan nomor rekam medik baru.
- c. Pendaftaran pasien rawat jalan dan pasien one day one care dilakukan di pendaftaran rawat jalan.
- d. Pendaftaran pasien IGD dilakukan di pendaftaran rawat jalan dan apabila pasien tersebut harus dirawat inap maka pendaftaran dilanjutkan ke bagian pendaftaran rawat inap
- e. Pada saat registrasi, pasien dan keluarganya akan diinformasikan tentang pelayanan yang ditawarkan, hasil pelayanan yang diharapkan dan perkiraan biaya terhadap pelayanan tersebut

- f. Pasien akan diberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan, alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinik mereka dan semua masalah tersebut harus dicatat dalam rekam medis pasien.

10. Penundaan Pelayanan:

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

11. Pemulangan Pasien:

- a. Pemulangan pasien dilakukan bila kondisi telah dinilai optimal oleh DPJP.
- b. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan.
- c. Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan yang terbaik atau sesuai kebutuhan pasien.
- d. Rencana pemulangan pasien meliputi kebutuhan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis.
- e. Identifikasi organisasi dan individu penyedia pelayanan kesehatan di lingkungannya yang sangat berhubungan dengan pelayanan yang ada di rumah sakit serta populasi pasien.
- f. Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang.
- g. Resume berisi pula instruksi untuk tindak lanjut.
- h. Salinan resume pasien pulang didokumentasikan dalam rekam medis.
- i. Salinan resume pasien pulang diberikan kepada praktisi kesehatan perujuk.

12. Transfer/ Perpindahan di Dalam Rumah Sakit

- a. Transfer atau Pemindahan pasien dengan memperhatikan kondisi pasien dan sesuai dengan criteria yang telah ditetapkan.
- b. Pasien yang ditransfer harus dilakukan stabilisasi terlebih dahulu sebelum dipindahkan.
- c. Pemantauan kondisi pasien selama transfer dilakukan terus menerus.
- d. Proses transfer didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.
- e. Penerimaan atau perpindahan pasien ke dan dari unit pelayanan intensif atau pelayanan khusus ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan.

13. Transfer ke Luar Rumah Sakit / Rujukan

- a. Stabilisasi terlebih dahulu sebelum dirujuk.
- b. Merujuk berdasarkan atas kondisi kesehatan dan untuk memenuhi kebutuhan pelayanan pasien yang berkelanjutan.
- c. Selama proses rujukan akan didampingi perawat atau dokter sesuai kondisi pasien
- d. Proses rujukan diputuskan oleh DPJP Primer dan didokumentasikan di dalam

rekam medik pasien.

- e. Rujukan pasien ke luar rumah sakit ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan dan DPJP Primer berkewajiban mengikuti perkembangan klinis pasien tersebut.
- f. Penilaian akan kebutuhan transportasi dilakukan sesuai dengan kondisi / kebutuhan pasien.
- g. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima.

14. Transportasi

- a. Transportasi milik rumah sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan
- b. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien
- c. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi milik rumah sakit, dilengkapi dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa.

15. Asesmen Pasien:

- a. Semua pasien yang dilayani di rumah sakit diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku, dan dicatat dalam rekam medis pasien.
- b. Asesmen pasien rawat inap dan rawat jalan minimal berisi informasi data sosial, ekonomi, psikologi, keluhan utama, riwayat penyakit, evaluasi faktor fisik dan pemeriksaan fisik.
- c. Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen
- d. Isi minimal asesmen individual ditetapkan oleh masing - masing SMF
- e. Asesmen awal medik dilaksanakan oleh DPJP Primer dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dicatat dalam rekam medis pasien
- f. Asesmen awal keperawatan dilaksanakan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan Keperawatan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau bisa lebih cepat tergantung kondisi pasien dan dicatat dalam rekam medis
- g. Asesmen awal medik yang dilakukan sebelum pasien di rawat inap, atau sebelum tindakan pada rawat jalan di rumah sakit, tidak boleh lebih dari 30 hari, apabila lebih dari 30 hari maka akan dilakukan asesmen ulang.
Untuk asesmen kurang dari 30 hari, setiap perubahan kondisi klinis pasien yang signifikan, dicatat dalam rekam medis pasien.
- h. Semua pasien dilakukan asesmen ulang untuk perencanaan pengobatan lanjutan dan pemulangan pasien.
- i. Asesmen ulang medik dilaksanakan oleh DPJP Primer dan asesmen ulang keperawatan dilaksanakan oleh Perawat Penanggung Jawab Asuhan Keperawatan
- j. Pasien dan keluarganya diberi informasi tentang rencana pelayanan dan pengobatan dan diikutsertakan dalam keputusan tentang prioritas kebutuhan yang perlu dipenuhi.

16. Hak Pasien dan Keluarga

- a. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan menghormati kebutuhan privasi pasien.

- b. Rumah sakit dalam memberikan pelayanan menghormati hak pasien dan keluarga sesuai dengan undang-undang dan nilai-nilai serta kepercayaan yang dianut oleh pasien.
- c. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan melindungi pasien dari kekerasan fisik serta memberikan perlindungan barang milik pasien dan pencurian atau kehilangan.
- d. Bayi, anak-anak, individu yang cacat, lanjut usia dan pasien lainnya yang tidak mampu melindungi dirinya akan mendapatkan perlindungan yang layak.
- e. Rumah sakit memberikan edukasi secara rutin pada pasien atau keluarga.
- f. Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan menghormati kerahasiaan informasi kesehatan pasien dengan memberikan hak sepenuhnya kepada pasien dan keluarganya untuk memberikan izin kepada siapa informasi tentang kesehatannya diberikan.
- g. Pernyataan persetujuan (Informed Consent) dari pasien atau keluarga didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.
- h. Informed consent diberikan oleh pasien atau keluarga sebelum operasi, pemberian anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.
- i. Bila membutuhkan, pasien dan keluarga akan dibantu untuk mencari *second opinion* dan kompromi dalam pelayanan di dalam maupun diluar rumah sakit.
- j. Pasien dan keluarganya berhak mengetahui isi rekam medis.

17. Kewajiban Pasien dan Keluarga

- a. Memberikan informasi yang lengkap dan jujur tentang masalah kesehatannya.
- b. Mematuhi nasihat dan petunjuk dokter.
- c. Mematuhi tata tertib Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan, termasuk larangan merokok dilingkungan rumah sakit.
- d. Bagi pasien umum, akan memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima.
- e. Bagi pasien yang dijamin pihak ke 3, bersedia menyerahkan dokumen yang dibutuhkan sesuai persyaratan dan ketentuan yang berlaku.

18. Penolakan Pelayanan dan Pengobatan:

- a. Pasien dan keluarga berhak untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan dengan menandatangani surat penolakan pelayanan.
- b. Memberitahukan tentang konsekuensi, tanggung jawab berkaitan dengan keputusan tersebut dan tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.
- c. Pasien dan keluarganya berhak meminta tidak dilakukan pengobatan/ bantuan hidup dasar tersebut dengan menandatangani surat penolakan resusitasi (*Do Not Resuscitate* / DNR)
- d. Pasien yang telah menandatangani surat penolakan resusitasi (*Do Not Resuscitate*/ DNR akan diberi gelang identifikasi berwarna ungu.

19. Pelayanan Pembedahan

- a. Dokter yang akan melakukan pembedahan harus melakukan assesmen pra pembedahan, dan mengisi *Surgical Safety Checklist* (Daftar Tilik Keselamatan pembedahan) yang digunakan sebagai 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 harus menerapkan prosedur time out yang terdiri dari kegiatan "*sign-in*", "*time-out*" dan "*sign out*".
- d. Pasien dan atau keluarga dilibatkan dalam proses penandaan atau pemberian tanda untuk isidentifikasi lokasi operasi.
- e. Perawat Instrument mendokumentasikan dan mencocokkan jumlah dan jenis peralatan pembedahan sebelum operasi dan setelah operasi.

20. Pelayanan Anestesi

- a. Pelayanan sedasi ringan yang dilaksanakan di pelayanan tertentu menjadi tanggung jawab DPJP dipelayanan tersebut.
- b. Pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) berada dibawah tanggungjawab DPJP Anestesi.

21. Pelayanan Laboratorium

- a. Pelayanan laboratorium seperti patologi kilnik, patologi anatomi, dan mikrobiologi yang terintegrasi, adekuat, teratur dan nyaman tersedia untuk memenuhi kebutuhan pelayanan diagnostik di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan termasuk untuk pelayanan gawat darurat
- b. Permintaan pemeriksaan laboratorium klinis harus disertai indikasi klinis
- c. Kontrol mutu pelayanan laboratorium di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan termasuk juga kerja sama dengan laboratorium di luar rumah sakit menjadi tanggung jawab penanggung jawab laboratorium.

22. Pelayanan Radiologi Diagnostik Imaging

- a. Pelayanan radiologi diagnostik yang terintegrasi, adekuat, teratur dan nyaman tersedia untuk memenuhi kebutuhan pelayanan diagnostik di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan termasuk pelayanan gawat darurat
- b. Permintaan pemeriksaan radiologi diagnostik harus disertai indikasi klinis
- c. Kontrol mutu pelayanan radiologi diagnostik di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan menjadi tanggung jawab penanggung jawab radiologi.

23. Identifikasi Pasien:

- a. Semua pasien yang berobat ke Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dibuatkan rekam medik pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dengan identifikasi yang jelas dan terintegrasi dalam registrasi rekam medik pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan melalui Sistem Informasi Manajemen.
- b. Seluruh pasien rawat inap dan pasien resiko tinggi yang akan dilakukan tindakan medik dipakaikan gelang identitas yang paling tidak TERTULIS NOMER REKAM MEDIS, NAMA DAN TANGGAL LAHIR.
- c. Stiker identitas pasien digunakan dalam berbagai keperluan pelayanan pasien di berbagai Instalasi, seperti sebelum pemberian obat, darah atau produk darah,

sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk memeriksa laboratorium klinis, serta sebelum tindakan / prosedur.

- d. Identitas berupa gelang berwarna biru untuk pasien laki - laki dan gelang warna pink untuk pasien perempuan.
- e. Identitas berupa gelang berwarna ungu untuk pasien yang menolak resusitasi (*Do Not Resuscitate/DNR*)
- f. Identitas berupa kancing warna kuning untuk pasien resiko jatuh dan kancing warna merah untuk pasien alergi
- g. Stiker Identitas dicetak dan digandakan di bagian pendaftaran.
- h. Kancing Identitas risiko jatuh dan alergi di simpan di IGD dan ruang perawatan.

24. Manajemen obat:

- a. Pengelolaan alat kesehatan, sediaan farmasi, dan bahan habis pakai dilakukan secara satu pintu oleh Unit Kerja Farmasi.
- b. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restrict access*), untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut.
- c. Obat hanya dapat diberikan oleh perawat berdasarkan resep dokter yang ada dalam rekam medis pasien, dan apoteker menganalisa secara kefarmasian
- d. Obat pasien rawat inap dikembalikan jika alergi atau pasien meninggal dunia atau hal lain dengan persetujuan dokter
- e. Penyediaan obat didasarkan pada formularium yang ditetapkan oleh rumah sakit. Apabila diperlukan dan obat tersebut tidak ada di formularium maka pemberian obat tersebut harus disetujui oleh komite farmasi dan terapi (KFT)

25. Hand Hygiene:

Semua staf Dokter, Perawat, Apoteker, tenaga Profesional lain dan seluruh karyawan serta pihak ketiga yang bekerja di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan harus mampu melakukan cuci tangan sesuai panduan yang berlaku.

26. Risiko Jatuh:

- a. Setiap pasien rawat inap dilakukan asesmen awal risiko pasien jatuh oleh perawat dan dilakukan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh sesuai hasil asesmen.
- b. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.
- c. Asesmen ulang risiko pasien jatuh, diindikasikan jika terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.

27. Komunikasi Efektif:

- a. Untuk Komunikasi dalam rangka penanganan pasien digunakan pola SBAR (*Subjective, Background, Assessment, Recommendation*) dan dituliskan dalam rekam medik.
- b. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- c. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah.

- d. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi kepada individu yang memberi perintah.

28. Manajemen di Instalasi Pelayanan:

- a. Semua petugas Instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- b. Penyediaan tenaga harus mengacu analisa beban kerja ketenagaan.
- c. Melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.
- d. Setiap bulan Kepala Instalasi wajib membuat laporan tentang kinerja Instalasi maupun kinerja perseorangan sumber daya manusia.
- e. Peralatan di Instalasi dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- f. Instalasi yang memberikan pelayanan bertanggung jawab terhadap pengembalian rekam medik yang ada pada instalasinya paling lambat 1 x 24 jam setelah pasien pulang.

29. Keselamatan dan Kesehatan Kerja

- a. Tim Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan bertugas menyusun panduan dan SPO terkait keselamatan dan kesehatan kerja.
- b. Pelatihan K3RS diselenggarakan untuk membudayakan keselamatan dan kesehatan kerja, dan pelaksanaannya dikoordinasikan oleh Kepala Bidang Diklat.
- c. Seluruh karyawan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan dalam melaksanakan pekerjaannya wajib sesuai dengan ketentuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk dalam penggunaan APD (Alat Pelindung Diri)
- d. Setiap kepala Instalasi dan Kepala unit kerja harus menjaga lingkungan kerja yang aman, sehat dan produktif bagi petugas / karyawan, pasien dan pengantarnya di area Instalasi.
- e. Tim K3RS tiap Instalasi dibentuk untuk mengantisipasi kejadian yang tidak diharapkan.

30. Identifikasi Petugas & Pengunjung

- a. Dokter, Perawat, Apoteker, tenaga Profesional lain dan seluruh karyawan Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan wajib menggunakan Kartu Identitas.
- b. Keluarga pasien yang menunggu pasien diidentifikasi dan harus mengenakan kartu tanda identitas penunggu pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- c. Pengunjung, rekanan tamu yang memasuki area Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan harus menggunakan kartu tanda identitas Tamu Pasien Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.
- f. Pihak Ketiga yang bekerja di Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan harus menggunakan tanda pengenalan khusus.
- g. Satpam Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berhak dan berkewajiban memantau dan menegur Petugas dan pengunjung Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan yang tidak menggunakan Kartu / Tanda identitas khusus Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan
- h. Satpam Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan berkewenangan dan harus mengeluarkan Petugas dan Pengunjung Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan

yang tidak dapat menunjukkan kartu/ tanda identitas khusus Rumah Sakit Siti Khodijah Pekalongan.

31. Pendidikan Pasien & Keluarga

- a. Pasien dan atau keluarga dilakukan asesmen kebutuhan pendidikan kemauan dan kemampuan belajar, sebagai dasar perencanaan edukasi dan tercatat di rekam medis
- b. Pendidikan diberikan secara lisan (verbal) dan tulisan sesuai dengan kebutuhan edukasi.
- c. Prioritas edukasi kepada pasien dan keluarga dilakukan pada lima penyakit kronis terbanyak yang ada di setiap instalasi pelayanan.

32. MDG's

- a. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan maternal dan neonatal secara komprehensif (PONEK) yang berlangsung selama 24 jam.
- b. Pelayanan komprehensif (PONEK) selain Rawat Gabung Ibu dan Bayi, Inisiasi Menyusui Dini, ASI Eksklusif, Perawatan Metode Kangguru pada BBLR juga melibatkan KSM lain terkait kasus yang ditangani
- c. Rumah sakit melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan pedoman rujukan ODHA
- d. Rumah sakit melaksanakan penanggulangan TB sesuai dengan pedoman strategi DOTS.
- e. Rumah sakit menerima rujukan dari fasilitas kesehatan lain.

33. Pengendalian Infeksi.

- a. Pasien dengan penyakit infeksius diisolasi sesuai panduan pengendalian infeksi.
- b. Komite Pengendalian Infeksi bertugas merumuskan Pedoman, Panduan dan SPO terkait upaya-upaya untuk pengendalian Infeksi serta menganalisa dan merekomendasikan solusi atas hasil pemantauan surveillance pengendalian infeksi.
- c. Tim Pengendali Infeksi terdiri dari *Infection Preventive Control Nurse* (IPCN) melakukan pemantauan secara terus menerus.

Ditetapkan di : PEKALONGAN
Pada Tanggal : 31 Desember 2015

-

DIREKTUR
RUMAH SAKIT SITI KHODIJAH PEKALONGAN

drg. Said Hassan, M.Kes