

---

**PERATURAN DIREKTUR  
NOMOR 020/PER-DIR/RSDN/IV/2023**

**TENTANG**

**AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN  
DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA,**

- Menimbang : a. bahwa asuhan di rumah sakit merupakan bagian dari suatu sistem pelayanan yang terintegrasi dengan para professional pemberi asuhan (PPA) dan tingkat pelayanan yang akan membangun suatu kesinambungan pelayanan
- b. bahwa dimulai dengan skrining, memeriksa pasien secara cepat, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien, bertujuan menyelaraskan kebutuhan asuhan pasien dengan pelayanan yang tersedia di rumah sakit, mengkoordinasikan pelayanan, merencanakan pemulangan dan tindakan selanjutnya, serta hasil yang diharapkan dari proses asuhan untuk meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. ;
- c. bahwa untuk menyelaraskan kesinambungan pelayanan focus pada srining , registrasi dan admisi, pelayanan berkesinambungan, transfer internal, pemulangan , rujukan dsn tindak lanjut serta transportasi;
- d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, b dan c, perlu mengeluarkan Peraturan Direktur tentang Akses dan kesinambungan Pelayanan ( AKP) di Rumah Sakit Dharma Nugraha;
- Mengingat : 1. Undang-Undang RI No. 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI No. 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
3. Undang-Undang RI No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
4. Undang-Undang RI No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
5. Undang-Undang RI No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/MENKES/PER/II/2008 tentang Rekam Medis
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Dokter
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran

9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 755/MENKES/PER/VI/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 519/MENKES/PER/III/2011 tentang Pedoman Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 001 tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan;
12. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 78 tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit
13. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 37 tahun 2014 tentang Pedoman Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor
14. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 83 tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah
15. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia NO 4 tahun 2018 tentang Hak pasien dan kewajiban rumah sakit
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 12 tahun 2020 tentang akreditasi rumah sakit
18. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 24 tahun 2022 tentang Rekam medis.
19. Keputusan dirjen pelayanan kesehatan No HK.02.02/I/4110/2022 Tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
20. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA TENTANG AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA

## **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

##### **Definisi**

Dalam keputusan Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha ini yang dimaksud dengan :

1. **Rumah Sakit Dharma Nugraha** adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan

- perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat
2. **Pelayanan pasien Terintegrasi** adalah suatu proses asuhan/pelayanan pasien yang bersifat dinamis dan berkesinambungan yang melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan berbagai unit kerja atau pelayanan.
  3. **Kesinambungan asuhan** adalah tingkat asuhan individu yang terkoordinasi antar pemberi asuhan, antar unit dapat dibantu Manager Pelayanan Pasien (MPP)
  4. **Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/ Case Manager** adalah profesional dalam rumah sakit yang bekerja secara kolaboratif dengan para pemberi asuhan kepada pasien, memastikan bahwa pasien dirawat serta mendapatkan asuhan yang tepat, menentukan prioritas pengobatan dan menginformasikan kepada pasien atau keluarga dalam perencanaan asuhan yang efektif dan menerima pengobatan yang ditentukan, serta didukung pelayanan dan perencanaan yang dibutuhkan selama maupun sesudah perawatan di rumah sakit
  5. **Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)** adalah seorang dokter yang memberikan asuhan medis lengkap kepada satu pasien dengan satu patologi / penyakit sesuai dengan kewenangan klinisnya, dari awal hingga akhir perawatan di rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap
  6. **Staf Klinis** adalah tenaga klinis atau kesehatan yang memberikan asuhan kesehatan kepada pasien. Adapun profesi yang termasuk didalamnya yaitu dokter/dokter gigi, perawat, bidan, farmasi, fisioterapis dan gizi.
  7. **Patient Centered Care** adalah pola pelayanan yang berfokus pada pasien
  8. **Skrining** adalah suatu proses yang dilakukan untuk mengidentifikasi apakah kebutuhan dan kondisi pasien dapat dipenuhi oleh sumber daya atau fasilitas yang ada di rumah sakit yang dilakukan pada kontak pertama dengan pasien.
  9. **Gawat Darurat** adalah keadaan klinis yang membutuhkan tindakan medis segera untuk penyelamatan nyawa dan pencegahan kecacatan.
  10. **Triage** adalah suatu sistem pembagian/klasifikasi prioritas pasien berdasarkan berat ringannya kondisi pasien/ kegawatannya yang memerlukan tindakan segera.

11. **Transfer Pasien** adalah memindahkan pasien dari satu unit pelayanan ke unit pelayanan lain di dalam rumah sakit atau memindahkan pasien dari satu rumah sakit ke rumah sakit lain
12. **Asesmen pasien** adalah serangkaian proses penilaian kondisi pasien sejak awal sebelum masuk rumah sakit (fase pre-rumah sakit), saat di rumah sakit (fase rumah sakit) dan sesudah keluar rumah sakit (fase pasca-rumah sakit), yang dilakukan secara terus menerus dan dinamis pada rawat inap dan rawat jalan.
13. **Pemulangan Pasien** adalah proses memulangkan pasien baik dari rawat jalan maupun rawat inap yang sudah mendapatkan persetujuan pulang dari DPJP (dokter penanggung jawab pelayanan) atau pulang atas permintaan sendiri.
14. **Perencanaan Pemulangan Pasien (P3)** atau *discharge planning* adalah kegiatan merencanakan dan memfasilitasi perpindahan pasien ke fasilitas layanan kesehatan lain atau ke rumah dengan lancar dan aman. P3 merupakan proses multidisiplin yang melibatkan PPA dan MPP. Sasarannya adalah menjaga kontinuitas pelayanan.
15. **Transfer Pasien Antar Rumah Sakit** adalah memindahkan pasien dari satu rumah sakit yang satu ke rumah sakit lain untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dan pelayanan pasien sesuai kondisi
16. **Rujukan** adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab atas masalah kesehatan masyarakat dan kasus-kasus penyakit yang dilakukan secara timbal balik secara vertikal maupun horizontal meliputi sarana, rujukan teknologi, rujukan tenaga ahli, rujukan operasional, rujukan kasus, rujukan ilmu pengetahuan dan rujukan bahan pemeriksaan laboratorium
17. **Transportasi pasien** adalah suatu proses transfer / perpindahan pasien dari suatu tempat ke tempat lain dengan menggunakan alat transportasi

## **BAB II**

### **SKRINING, TRIASE DAN PENUNDAAN DAN ATAU KELAMBATAN PELAYANAN**

#### **Pasal 2**

Rumah sakit menetapkan tata cara penerimaan pasien melalui proses skrining baik untuk rawat inap, rawat jalan agar sesuai dengan kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah diidentifikasi sesuai dengan misi serta sumber daya rumah sakit.

- (1) Proses skrining baik pasien rawat inap maupun rawat jalan untuk

mengidentifikasi pelayanan Kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan misi serta sumber daya rumah sakit.

- (2) Skrining dapat dilakukan di dalam maupun diluar rumah sakit dimanapun ditempat pasien berada, diambulans, atau saat pasien tiba di rumah sakit.
- (3) Penerimaan pasien dilaksanakan untuk menyesuaikan kebutuhan pasien rumah sakit bergantung pada informasi yang diperoleh tentang kebutuhan pasien dan kondisinya lewat skrining pada kontak pertama, skrining dapat melalui: jalur cepat (fast track) kriteria triase, evaluasi visual atau pengamatan, atau hasil pemeriksaan fisis, psikologis, laboratorium klinis, atau diagnostik imaging sebelumnya.
- (4) Skrining dapat dilakukan di luar rumah sakit seperti ditempat: pasien berada, di ambulans, atau saat pasien tiba di rumah sakit.
- (5) Skrining khusus dapat dilakukan oleh RS sesuai kebutuhan seperti skrining infeksi (TBC, PINERE, COVID19, dll), skrining nyeri, skrining geriatri, skrining jatuh atau skrining lainnya
- (6) Rumah Sakit menetapkan pelaksanaan skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang yang diperlukan/spesifik untuk menetapkan mengobati, mentransfer atau merujuk setelah hasil skrining selesai dievalasi.
- (7) Rumah Sakit mengatur kapan skrining dilakukan, yaitu sejak kontak pertama atau via telepon oleh petugas yang terlatih untuk mendapatkan informasi apakah kebutuhan pasien sesuai dengan misi dan sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau perlu dirujuk sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien
- (8) Skrining dapat terjadi di tempat pasien, ambulans atau waktu pasien tiba di rumah sakit, selanjutnya dilakukan evaluasi hasil skrining dalam mengambil keputusan untuk mengobati, mengirim atau merujuk pasien, Rumah Sakit akan menerima pasien jika mempunyai kemampuan memberikan pelayanan dan jika rumah

sakit tidak mempunyai kemampuan pelayanan maka pasien akan di rujuk

- (9) Rumah sakit menentukan tes diagnostik sebelum pasien akan di berikan pelayanan baik pada pasien Rawat Inap atau terdaftar di unit Rawat Jalan
- (10) Rumah Sakit ada proses memberikan hasil pemeriksaan diagnostic kepada tenaga yang kompeten/ terlatih untuk bertanggung jawab menentukan apakah pasien diterima, ditransfer, atau dirujuk.
- (11) Rumah Sakit akan merujuk pasien ke fasilitas pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien jika rumah sakit tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien
- (12) Rumah Sakit akan mentransfer/merujuk pasien apabila pasien dalam kondisi stabil sesuai dengan diagnosa penyakitnya dan didokumentasikan
- (13) Semua staf klinis yang memberikan asuhan pada pasien akan diberikan pelatihan tentang skrining
- (14) Pada pasien dengan kasus kriminal, maka harus melibatkan petugas keamanan agar pasien dan petugas rumah sakit dapat terlindungi dari orang luar atas tindakan lebih lanjut kepada pasien
- (15) Direktur Rumah Sakit menetapkan proses admisi pasien rawat inap dilakukan skrining kebutuhan pasien untuk menetapkan kebutuhan pelayanan pasien akan **pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif** yang **diprioritaskan berdasarkan kondisi pasien** dan **dapat menentukan pelayanan yang sesuai dengan prioritas kebutuhan pasien**
- (16) **Kriteria prioritas** untuk menentukan pasien yang membutuhkan pelayanan di unit khusus/spesialistik (misalnya unit luka bakar atau transplantasi organ) atau pelayanan di unit intensif (misalnya ICU, ICCU, NICU, PICU, pascaoperasi).
- (17) **Kriteria prioritas meliputi kriteria masuk dan kriteria keluar** menggunakan parameter diagnostik dan atau parameter objektif

termasuk kriteria berbasis fisiologis.

## **TRIASE**

### **Pasal 3**

- (1) Rumah Sakit memberikan pelayanan pada pasien darurat, sangat mendesak dengan proses *triage* untuk memprioritaskan kebutuhan pelayanan termasuk kriteria psikologis pasien.
- (2) Rumah Sakit akan merujuk pasien ke fasilitas pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien jika rumah sakit tidak mampu memenuhi kebutuhan pasien
- (3) Rumah Sakit akan mentransfer/merujuk pasien apabila pasien dalam kondisi stabil sesuai dengan diagnosa penyakitnya dan didokumentasikan
- (4) Semua staf klinis yang memberikan asuhan pada pasien akan diberikan pelatihan tentang skrining
- (5) Pasien dengan kebutuhan darurat, sangat mendesak, atau yang membutuhkan pertolongan segera diberikan prioritas untuk pengkajian dan tindakan dengan dilakukan triase berbasis bukti untuk menentukan / memprioritaskan kebutuhan pasien.
- (6) Kriteria psikologis berbasis bukti dibutuhkan dalam proses triase untuk kasus kegawatdaruratan psikiatri.
- (7) **Kriteria Triage** menggunakan Australian Triage Scale ATS 1,2,3,4,5, Kategori: resusitasi, emergency, Urgen, semi darurat dan tidak darurat, Warna merah pada ATS 1 & 2, Kuning ATS 3 dan 4 dan warna hijau untuk ATS 5.
- (8) Pada kondisi **bencana dalam keadaan *disaster***, tim *triage* melakukan seleksi berdasarkan kelompok sesuai dengan label **warna merah** untuk pasien yang memerlukan prioritas pertama ( resusitasi / segera level I dan II ), **warna kuning** untuk prioritas ke 2 ( triage level III ), **warna hijau** untuk prioritas ke 3 ( triage level IV ) dan **warna hitam** untuk prioritas terakhir yaitu pada pasien yang sudah meninggal, proses triage yang dilakukan

berbasis bukti.

- (9) Rumah sakit melakukan pelatihan untuk staf dalam penerapan kriteria triase berbasis bukti.

## **PENUNDAAN DAN KELAMBATAN PELAYANAN**

### **Pasal 4**

Petugas Rumah Sakit akan memberikan Komunikasi, Informasi dan Edukasi (KIE) meliputi : alasan dan sebab mengapa terjadi penundaan / keterlambatan / menunggu serta diberitahu tentang alternative yang tersedia, ketentuan ini berlaku bagi pasien rawat inap dan rawat jalan, tentang penundaan / keterlambatan / menunggu pelayanan atau tes.

## **BAB III**

## **REGISTRASI DAN ADMISI DI RUMAH SAKIT**

### **Pasal 5**

#### **Pendaftaran Pasien**

- (1) Rumah sakit mengatur proses pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat.
- (2) Proses pendaftaran meliputi:
  - a. pasien gawat darurat,
  - b. penerimaan langsung dari IGD ke rawat inap,
  - c. admisi pasien rawat inap,
  - d. pendafran pasien jalan,
  - e. observasi pasien dan
  - f. pengelolaan pasien bila tidak tersedia tempat tidur.
- (3) Rumah Sakit mengatur proses pendaftaran pasien rawat jalan serta rawat inap baik secara manual maupun secara online.
- (4) Rumah Sakit sering melayani berbagai pasien misalnya pasien lansia, disabilitas (fisik, mental, intelektual), berbagai bahasa dan dialek, budaya yang berbeda atau hambatan yang lainnya, sehingga dibutuhkan sistem pendaftaran dan admisi secara online, sistim tersbut diharapkan dapat mengurangi hambatan pada saat penerimaan pasien.
- (5) Rumah Sakit menetapkan pemberian nomor awal (*fast track*):



- a. Pasien dengan keluhan batuk berdahak lebih dari 2 minggu, maka petugas admission memberikan masker jika belum menggunakan dan memberikan nomor awal (*fast track*).
  - b. Bila usia pasien lebih dari 60 tahun dengan 2 keluhan, maka petugas admission memberikan nomor awal (*fast track*)
- (6) Staf klinis akan memberikan penjelasan mengenai rencana asuhan, hasil asuhan yang di harapkan serta penjelasan perkiraan biaya yang ditanggung oleh pasien dan keluarga agar pasien dan keluarga dapat membuat keputusan
- (7) Pasien diberikan informasi dan edukasi serta orientasi lingkungan di bangsal rawat inap dan peralatan yang terkait dalam pemberian perawatan dan pelayanan sebagai upaya untuk keselamatan pasien

#### **Pasal 4**

#### **Pengelolaan alur pasien di rumah sakit**

Rumah sakit menetapkan proses untuk mengelola alur pasien di seluruh area rumah sakit.

- (1) Pengelolaan alur pasien saat terjadi penumpukan pasien di UGD sementara tempat tidur di rawat inap sedang terisi penuh. Pengelolaan alur tersebut harus dilakukan secara efektif mulai dari penerimaan, pengkajian, tindakan, transfer pasien sampai pemulangan untuk mengurangi penundaan asuhan kepada pasien.
- (2) Komponen pengelolaan alur pasien tersebut meliputi:
- a. ketersediaan tempat tidur di tempat sementara/transit/intermediate sebelum mendapatkan tempat tidur di rawat inap;
  - b. perencanaan fasilitas, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien;
  - c. perencanaan tenaga untuk memberikan asuhan pasien di tempat sementara/transit termasuk pasien yang diobservasi di unit gawat darurat;
  - d. alur pelayanan pasien di tempat sementara/transit meliputi pemberian asuhan, tindakan, pemeriksaan laboratorium,

- pemeriksaan radiologi, tindakan di kamar operasi, dan unit pascaanestes harus sama seperti yang diberikan dirawat inap;
- e. efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumah tanggaan dan transportasi);
  - f. memberikan asuhan pasien yang sama kepada pasien yang dirawat di tempat sementara/transit/intermediate seperti perawatan kepada pasien yang dirawat di ruang rawat inap; dan
  - g. akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).
- (3) Monitoring dan proses pengelolaan alur untuk mengatasi masalah penumpukan pasien untuk perbaikan.
- (4) Semua staf rumah sakit, mulai dari unit gawat darurat, unit rawat inap, staf medis, keperawatan, administrasi, lingkungan, dan manajemen risiko dapat ikut berperan serta menyelesaikan masalah alur pasien ini, berkoordinasi dengan Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/Case Manager.
- (5) Rumah Sakit menyiapkan tempat sementara/ observasi di unit gawat darurat selama 6 jam sejak pasien dinyatakan perlu rawat inap sebagai upaya mengatasi penumpukan pasien rawat inap yang akan ditransfer ke lokasi sementara/ transit/ intermediate sebelum di transfer ke rawat inap di rumah sakit.
- (6) Rumah sakit mempunyai system informasi tentang ketersediaan tempat tidur secara online ke masyarakat.

## **BAB IV**

### **KESINAMBUNGAN PELAYANAN**

#### **Pasal 5**

Rumah sakit memiliki proses untuk melaksanakan kesinambungan pelayanan di rumah sakit dan integrasi antara profesional pemberi asuhan (PPA) dibantu oleh manajer pelayanan pasien (MPP)/*case manager*.

- (1) Pelayanan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk Asuhan Pasien Terintegrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal.
- (2) Pada integrasi horizontal kontribusi profesi tiap-tiap profesional pemberi asuhan (PPA) sama pentingnya atau sederajat.

- (3) Pada integrasi vertikal pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan ke tingkat pelayanan yang berbeda maka peranan manajer pelayanan pasien (MPP) melakukan integrasi dengan komunikasi yang memadai terhadap profesional pemberi asuhan (PPA).
- (4) Rumah sakit membuat dan melaksanakan proses untuk memberikan asuhan pelayanan yang terintegrasi
- (5) Rumah sakit mengatur proses kesinambungan pelayanan di rumah sakit untuk menentukan pendidikan / pelatihan khusus yang mungkin dibutuhkan oleh pasien dan keluarga pasien
- (6) Pelaksanaan asuhan pasien secara terintegrasi fokus pada pasien mencakup:
  - a. Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
  - b. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai Ketua Tim asuhan pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) (*Clinical Leader*).
  - c. profesional pemberi asuhan (PPA) bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu antara lain oleh Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya, Alur Klinis/clinical pathway terintegrasi, Algoritme, Protokol, Prosedur, Standing Order dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi);
  - d. Perencanaan Pemulangan Pasien ( P3) / *Discharge Planning* terintegrasi
  - e. Asuhan Gizi Terintegrasi
  - f. Manajer Pelayanan Pasien / *Case Manager*
- (7) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) bukan merupakan profesional pemberi asuhan (PPA) aktif dan dalam menjalankan manajemen pelayanan pasien mempunyai peran minimal adalah sebagai berikut:
  - a. memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien;
  - b. mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien;
  - c. mengoptimalkan proses reimbursemen; dan dengan fungsi sebagai berikut;
  - d. asesmen untuk manajemen pelayanan pasien;

- 
- e. perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien;
  - f. komunikasi dan koordinasi;
  - g. edukasi dan advokasi; dan
  - h. kendali mutu dan biaya pelayanan pasien
- (8) Keluaran yang diharapkan dari kegiatan manajemen pelayanan pasien antara lain:
- a. pasien mendapat asuhan sesuai dengan kebutuhannya;
  - b. terpelihara kesinambungan pelayanan;
  - c. pasien memahami/mematuhi asuhan dan peningkatan kemandirian pasien;
  - d. kemampuan pasien mengambil keputusan;
  - e. keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga;
  - f. optimalisasi sistem pendukung pasien;
  - g. pemulangan yang aman; dan
  - h. kualitas hidup dan kepuasan pasien.
- (9) Pelaksanaan manajemen pelayanan pasien, manajer pelayanan pasien (MPP) mencatat pada:
- a. lembar form A yang merupakan evaluasi awal manajemen pelayanan pasien (dicatat antara lain identifikasi/skrining pasien untuk kebutuhan pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP) dan asesmen untuk manajemen pelayanan pasien termasuk rencana, identifikasi masalah - risiko - kesempatan, serta perencanaan manajemen pelayanan pasien, termasuk memfasilitasi proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*).
  - b. form B yang merupakan catatan implementasi manajemen pelayanan pasien (dicatat antara lain pelaksanaan rencana manajemen pelayanan pasien, monitoring, fasilitasi, koordinasi, komunikasi dan kolaborasi, advokasi, hasil pelayanan, serta terminasi manajemen pelayanan pasien.
- (10) kesinambungan asuhan pasien tidak terputus, rumah sakit harus

menciptakan proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanan di antara profesional pemberi asuhan (PPA), manajer pelayanan pasien (MPP), pimpinan unit, dan staf lain sesuai dengan regulasi rumah sakit di beberapa tempat.

- a. Pelayanan darurat dan penerimaan rawat inap;
  - b. Pelayanan diagnostik dan tindakan;
  - c. Pelayanan bedah dan nonbedah;
  - d. Pelayanan rawat jalan; dan
  - e. Organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya.
- (11) Proses koordinasi dan kesinambungan pelayanan dibantu oleh penunjang lain seperti panduan praktik klinis, alur klinis/*clinical pathways*, rencana asuhan, format rujukan, daftar tilik/check list lain, dan sebagainya.
- (12) Pendokumentasian di rekam medis merupakan alat untuk memfasilitasi dan menggambarkan integrasi dan koordinasi asuhan. Secara khusus, setiap PPA mencatat observasi dan pengobatan di rekam medis pasien sesuai format pencatatan masing-masing bidang profesi dengan konsep dasar metode assessment IAR (Informasi, Analisis, Rencana).
- (13) Rumah Sakit mengatur kesinambungan asuhan pasien mulai dari proses pengkajian awal rawat inap dan membutuhkan waktu agak panjang, termasuk pemuktahiran / updating dan Rumah Sakit menetapkan mekanisme serta kriteria untuk identifikasi pasien yang membutuhkan Perencanaan Pemulangan Pasien (P3), misalnya antara lain usia, tidak ada mobilitas, perlu bantuan medis dan keperawatan terus menerus serta bantuan melakukan kegiatan sehari hari.
- (14) Penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antar Professional Pemberi Asuhan (PPA) terkait / relevan dimulai pada pengkajian awal rawat inap dan menetapkan kriteria pasien yang membutuhkan P3 dengan di fasilitasi oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dan didokumentasikan.
- (15) Prosesnya masuknya pasien ke RS mulai dari admisi, keluar pulang, atau pindah melibatkan berbagai Professional Pemberi Asuhan (PPA), unit kerja dan Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
- (16) Rumah Sakit menentukan selama dalam tahap pelayanan, kebutuhan pasien di berikan oleh sumber daya yang ada di Rumah

Sakit dan jika diperlukan sumber daya dari luar dengan kesinambungan pelayanan berjalan baik jika semua pemberi pelayanan mempunyai informasi yang dibutuhkan mengenai kondisi kesehatan pasien agar dapat dibuat keputusan yang tepat

- (17) Pasien yang mendapatkan pelayanan MPP, pencatatannya dilakukan dalam formulir MPP yaitu formulir A sebagai evaluasi awal manajemen pelayanan pasien dan formulir B sebagai catatan implementasi manajemen pelayanan pasien yang selalu diperbaharui untuk menjamin komunikasi dengan PPA

### **DPJP ( Dokter Penanggung Jawab Pelayanan )**

#### **Pasal 16**

- (1) Asuhan pasien diberikan oleh Professional Pemberi Asuhan (PPA) yang bekerja sebagai interdisiplin dengan kolaborasi interpersonal dan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan ( DPJP ) berperan sebagai ketua tim asuhan pasien oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
- (2) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) / para DPJP yang di tunjuk tercatat namanya pada rekam medis dan memberikan asuhan selama pasien berada di rumah sakit dapat meningkatkan kesinambungan, koordinasi, kepuasan pasien, mutu, keselamatan, dan termasuk hasil asuhan. Individu ini membutuhkan kolaborasi dan komunikasi
- (3) Agar asuhan pasien selama berada di rumah sakit berkesinambungan maka harus ada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai individu yang bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan dan bertugas dalam seluruh fase asuhan rawat inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis
- (4) Rumah Sakit menetapkan proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP utama
- (5) Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP)/para DPJP memberikan keseluruhan asuhan selama pasien berada di RS dapat meningkatkan: kesinambungan, koordinasi, kepuasan pasien, mutu, keselamatan, dan termasuk hasil asuhan.

## **BAB V**

### **TRANSFER INTERNAL DI DALAM RUMAH SAKIT**

---

## Pasal 6

Rumah sakit menetapkan informasi tentang pasien disertakan pada proses transfer internal antar unit di dalam rumah sakit.

- (1) Rumah Sakit menetapkan tentang transfer pasien antar unit pelayanan di dalam Rumah Sakit yang dilengkapi dengan formulir transfer yang berisi informasi tentang pasien
- (2) Untuk memastikan setiap tim asuhan menerima informasi yang diperlukan, rekam medik pasien ikut pindah atau ringkasan informasi yang ada di rekam medik disertakan waktu pasien pindah dan menyerahkan kepada tim asuhan yang menerima pasien.
- (3) Rumah sakit telah menerapkan proses transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dilengkapi dengan formulir transfer pasien meliputi:
  - a. alasan admisi;
  - b. temuan signifikan;
  - c. diagnosis;
  - d. prosedur yang telah dilakukan;
  - e. obat-obatan;
  - f. perawatan lain yang diterima pasien; dan
  - g. kondisi pasien saat transfer
- (4) Bila pasien dalam pengelolaan manajer pelayanan pasien (MPP) maka kesinambungan proses tersebut di atas dipantau, diikuti, dan transfernya disupervisi oleh manajer pelayanan pasien (MPP).
- (5) Rumah sakit menetapkan informasi tentang pasien yang akan ditransfer disertai prosesnya dan disupervisi oleh MPP pada kasus yang dikelola oleh MPP.
- (6) Transfer selama dirawat inap rumah sakit perpindahan/ transfer dapat berbagai unit pelayanan antara lain:
  - a. Transfer dari emergency/ IGD ke RI , Intensif menggunakan kriteria masuk dan keluar intensif.
  - b. Transfer dari Rawat jalan/ IGD ke ruang rawat inap, kamar bersalin, kamar operasi menggunakan formulir transfer

- c. Transfer dari IGD/ RI ke unit pemeriksaan/ tindakan diagnostic/ terapi fisik/ fisioterapi/ menggunakan formulir transfer khusus dan digunakan jika perawat/ yang mengantar tidak menunggu pasien/ pasien ditinggalkan di unit tersebut.
- (7) Kategori pendamping transfer, monitoring dan ketersediaan dan kesiapan alat, obat saat melakukan transfer.
- (8) Saat pasien akan ditransfer pastikan penerima sudah siap menerima pasien.
- (9) Transfer pada pasien dengan airborne disease dan immunocompromise termasuk yang diatur saat melakukan transfer baik transfer internal maupun transfer ke luar rumah sakit.

## **BAB VI**

### **PEMULANGAN ( DISCHARGE) RUJUKAN DAN TINDAK LANJUT**

#### **Pasal 7**

Rumah Sakit menetapkan dan melaksanakan proses pemulangan pasien dari rumah sakit berdasarkan kondisi kesehatan pasien dan kebutuhan kesinambungan asuhan atau tindakan.

- (1) Rumah sakit telah menetapkan kriteria pemulangan pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien beserta edukasinya
- (2) Kriteria pemulangan pasien antara lain: pulang atas ijin dokter, Pulang atas permintaan sendiri (APS), Rujuk, cuti perawatan/ diizinkan untuk keluar meninggalkan Rumah Sakit selama periode waktu tertentu, pulang tanpa ijin pihak rumah sakit/ melarikan diri
- (3) Penyusunan rencana dan instruksi pemulangan didokumentasikan dalam rekam medis pasien dan diberikan kepada pasien secara tertulis pada resume medis/ ringkasan pasien pulang.
- (4) Rumah sakit melaksanakan proses perencanaan pemulangan pasien (*discharge*) termasuk perkiraan lama rawat yang disertai kriteria pemulangan pasien dan pasien yang rencana pemulangannya kompleks (*discharge planning*) dari Rumah Sakit berdasarkan atas kondisi kesehatan pasien (misal: pasien menggunakan alat



- kesehatan) dan kebutuhan pelayanan pasien kesinambungan asuhan atau tindakan/ pelayanan berkelanjutan.
- (5) Rumah Sakit mengatur tentang pemulangan kompleks dikelola/ ditindak lanjuti untuk mendapatkan pelayanan sesuai kebutuhan pasien yang memerlukan pelayanan difasilitas pelayanan kesehatan baik perorangan ataupun dimana pasien untuk memberikan pelayanan berkelanjutan dan dapat dirujuk ke komunitas/ klinik/ PPK I / dokter keluarga/ dokter praktik mandiri.
  - (6) Ringkasan pasien pulang memberikan gambaran tentang pasien yang dirawat di rumah sakit. Ringkasan dapat digunakan oleh tenaga Kesehatan yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan, Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) meliputi:
    - a. indikasi pasien masuk dirawat, diagnosis, dan komorbiditas lain;
    - b. temuan fisik penting dan temuan-temuan lain;
    - c. tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan;
    - d. obat yang diberikan selama dirawat inap dengan potensi akibat efek residual setelah obat tidak diteruskan dan semua obat yang harus digunakan di rumah;
    - e. kondisi pasien (status present); dan
    - f. instruksi tindak lanjut.
  - (7) Ringkasan pasien pulang dijelaskan dan ditandatangani oleh pasien/keluarga memuat instruksi tindak lanjut.
  - (8) Ringkasan pasien pulang dibuat sebelum pasien keluar dari rumah sakit oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).
  - (9) Ringkasan pasien pulang Satu salinan/*copy* dari ringkasan diberikan kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab memberikan tindak lanjut asuhan kepada pasien. Satu salinan diberikan kepada pasien sesuai dengan regulasi rumah sakit yang mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku. Satu salinan diberikan kepada penjamin. Salinan ringkasan berada di rekam medis pasien.

---

## **PENGELOLAAN DAN TINDAK LANJUT PASIEN KELUAR RS SERTA MENOLAK RENCANA ASUHAN MEDIS**

### **Pasal 8**

- (1) . Rumah sakit telah menetapkan proses untuk mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan
- (2) Pasien rawat inap dan rawat jalan (termasuk pasien dari unit gawat darurat) berhak menolak tindakan medis dan keluar rumah sakit. Pasien ini menghadapi risiko karena menerima pelayanan atau tindakan tidak lengkap yang berakibat terjadi kerusakan permanen atau kematian.
- (3) Ada bukti pemberian edukasi kepada pasien tentang risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap
- (4) Jika pasien mempunyai dokter keluarga maka dokter keluarga tersebut harus diberitahu tentang keputusan pasien. Bila tidak ada dokter keluarga maka pasien dimotivasi untuk mendapat/mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut.
- (5) Rumah sakit harus mengetahui alasan pasien keluar menolak rencana asuhan medis, agar dapat melakukan komunikasi lebih baik dengan pasien dan atau keluarga pasien untuk memperbaiki proses.
- (6) Jika pasien menolak rencana asuhan medis tanpa memberi tahu siapapun di dalam rumah sakit atau ada pasien rawat jalan yang menerima pelayanan kompleks atau pelayanan untuk menyelamatkan jiwa, seperti kemoterapi atau terapi radiasi, tidak kembali ke rumah sakit maka rumah sakit harus berupaya menghubungi pasien untuk memberi tahu tentang potensi risiko bahaya yang ada.
- (7) Rumah sakit melakukan identifikasi pasien menderita penyakit yang membahayakan diri sendiri atau lingkungan yang melarikan diri.
- (8) Rumah sakit membuat laporan ke dinas kesehatan atau kementerian kesehatan tentang kasus infeksi dan memberi informasi tentang pasien yang mungkin mencelakakan dirinya atau orang lain.

## **BAB VII RUJUKAN PASIEN**

### **Pasal 9**

Pasien dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasar atas kondisi pasien untuk memenuhi kebutuhan asuhan berkesinambungan dan sesuai dengan kemampuan fasilitas kesehatan penerima untuk memenuhi kebutuhan pasien.

- (1) Pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan lain didasarkan atas kondisi pasien dan kebutuhan untuk memperoleh asuhan berkesinambungan, rujukan pasien antara lain :
  - a. untuk memenuhi kebutuhan pasien atau
  - b. konsultasi spesialisik dan tindakan,
  - c. serta penunjang diagnostik
- (2) Rumah Sakit mengatur tentang rujukan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan lain berdasar atas kondisi pasien untuk memenuhi kebutuhan asuhan pasien dan mempunyai kapasitas menerima pasien, harus dipastikan terlebih dahulu dan kesediaan menerima pasien serta persyaratan rujukan.
- (3) Rumah sakit yang merujuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk.
- (4) Rumah Sakit membuat kerjasama rumah sakit ( MOU) yang merujuk dengan rumah sakit yang menerima rujukan yang sering dirujuk.
- (5) Rumah Sakit mengatur tentang proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman, yaitu dengan melihat dari segi kualifikasi staf pendamping yang kompeten dan menentukan jenis peralatan medis yang diperlukan serta tepat sesuai kebutuhan pasien dan mempunyai kapasitas pasien dan jenis teknologi medis
- (6) Proses konsisten melakukan rujukan pasien untuk memastikan keselamatan pasien meliputi:
  - a. ada staf yang bertanggung jawab dalam pengelolaan rujukan termasuk untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan yang dapat memenuhi kebutuhan pasien;
  - b. selama dalam proses rujukan ada staf yang kompeten sesuai dengan kondisi pasien yang selalu memonitor dan mencatatnya dalam rekam medis;

- c. dilakukan identifikasi kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis yang dibutuhkan selama proses rujukan;
  - d. dalam proses pelaksanaan rujukan, ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima. Rumah sakit melakukan evaluasi terhadap mutu dan keamanan proses rujukan untuk memastikan pasien telah ditransfer dengan staf yang kompeten dan dengan peralatan medis yang tepat.
- (7) Rumah sakit menetapkan langkah langkah jika rujukan tidak mungkin dilakukan dan diinformasikan kepada keluarga pasien serta didokumentasikan di rekam medis. Apabila situasi dimana rujukan tidak memungkinkan untuk dilaksanakan maka harus dijelaskan kepada pasien dan atau keluarga tentang kemampuan dan fasilitas rumah sakit yang tidak sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien dan dijelaskan tentang alasan dan konsekwensinya. menggunakan formulir persetujuan/ penolakan rujukan.
- (8) Formulir rujukan berisi informasi tentang pasien yang dirujuk disertakan bersama dengan pasien untuk menjamin kesinambungan asuhan berisi:
- a. identitas pasien;
  - b. hasil pemeriksaan (anamesis, pemeriksaan fisis, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan;
  - c. diagnosis kerja;
  - d. terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan;
  - e. tujuan rujukan; dan
  - f. nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.
  - g. Termasuk nama fasilitas pelayanan kesehatan dan nama orang difasilitas kesehatan yang menyetujui menerima pasien
  - h. Alasan rujukan memuat kondisi pasien dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut.
  - i. Dokumen memuat prosedur dan intervensi yang sudah dilakukan

- j. Jika ada kondisi khusus untuk rujukan ( seperti kalau ruangan tersedia di penerima rujukan atau status pasien)
  - k. Catatan jika kondisi pasien atau perubahan kondisi pasien selama ditransfer ( misalnya pasien meninggal/ membutuhkan resusitasi) dokumentasi selama proses rujukan.
- (9) Rumah sakit melakukan evaluasi proses rujukan untuk menilai aspek mutu dan keselamatan pasien

## **PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN**

### **Pasal10**

Pasien rawat jalan yang membutuhkan asuhan yang kompleks atau diagnosis yang kompleks dibuat catatan tersendiri Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) dan tersedia untuk PPA.

- (1) Rumah sakit memberikan asuhan dan tindakan berlanjut kepada pasien dengan diagnosis kompleks dan atau yang membutuhkan asuhan kompleks (misalnya, pasien yang datang beberapa kali dengan masalah kompleks, menjalani tindakan beberapa kali, datang di beberapa unit klinis, dan sebagainya) maka kemungkinan dapat bertambahnya diagnosis dan obat, perkembangan riwayat penyakit, serta temuan pada pemeriksaan fisis, maka dibuat ringkasannya.
- (2) Kriteria Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) memuat informasi, termasuk:
  - a. Identifikasi pasien yang menerima asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks Onkologi.
  - b. Identifikasi informasi yang dibutuhkan oleh para dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) yang menangani pasien tersebut
  - c. Menentukan proses yang digunakan untuk memastikan bahwa informasi medis yang dibutuhkan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) tersedia dalam format mudah ditelusur (easy-to-retrieve) dan mudah di-review.

- d. Evaluasi hasil implementasi proses untuk mengkaji bahwa informasi dan proses memenuhi kebutuhan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien.

## **BAB VIII TRANSPORTASI**

### **Pasal 11**

Rumah sakit menetapkan proses transportasi dalam merujuk, memindahkan atau pemulangan, pasien rawat inap dan rawat jalan utk memenuhi kebutuhan pasien

- (1) Rumah Sakit membuat proses transportasi dalam proses merujuk, memindahkan atau pemulangan, serta pasien rawat inap dan rawat jalan untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan melakukan pengkajian kebutuhan transportasi, SDM, Obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, peralatan medis dan persyaratan PPI sesuai dengan kebutuhan pasien.
- (2) Penetapan jenis transportasi dan proses transportasi yang dimiliki rumah sakit, ada bukti pemeliharaan sesuai peraturan perundangan.
- (3) Bila Rumah Sakit bekerja sama dengan jasa transport pasien mandiri, ada bukti kerjasama tersebut dan evaluasi berkala dari Rumah Sakit mengenai kelayakan kendaraan transport, memenuhi aspek mutu, keselamatan pasien dan keselamatan transportasi
- (4) Kriteria alat transportasi yang digunakan untuk merujuk, memindahkan, atau memulangkan pasien ditentukan oleh Rumah Sakit (staf yang kompeten), harus sesuai dengan Program PPI, memenuhi aspek mutu, keselamatan pasien dan keselamatan transportasi.
- (5) Rumah sakit menanggapi/ menangani pengaduan/ keluhan proses rujukan.

---

## **BAB IX**

### **KETENTUAN PENUTUP**

#### **Pasal 12**

##### **Penetapan**

Keputusan ini berlaku terhitung sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan pada Peraturan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya;

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 12 April 2023  
DIREKTUR,



**dr. Agung Darmanto Sp.A**