

**PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3707/A000/XI/2021**

**TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN
UNIT RAWAT INAP**

LEMBAR VALIDASI
PEDOMAN PELAYANAN UNIT RAWAT INAP
NOMOR: 3707/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Baga Erlangga, A.Md.Kep	Kepala Ruangan Asoka		11-11-2021
	:	Tresna Suci NW, A.Md Kep	Kepala Ruangan Akasia		11-11-2021
	:	Yeliani Rachmi F, A.Md.Kep	Kepala Ruangan Anthurium		11-11-2021
	:	Yusti Meliana, A.Md Keb	Kepala Ruangan Azalea		11-11-2021
Verifikator	:	Depi Rismayanti S.Kep	Manajer Keperawatan		11-11-2021
	:	dr Iva Tania	Manajer Pelayanan Medik		11-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		11-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR : 3707/A000/XI/2021
TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN UNIT RAWAT INAP
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

Menimbang :

- a. bahwa rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit melalui penyelenggaraan tata kelola mutu rumah sakit yang baik;
- b. bahwa dalam rangka mendukung peningkatan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit, diperlukan acuan dalam pelaksanaan pelayanan yang efektif dan aman di Unit Rawat Inap;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan huruf b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap.

Mengingat :

1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8. Keputusan Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perizinan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMP/2021 Tentang

Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada;

9. Keputusan Direktur Utama PT. Rumah Sakit Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021-S2 tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada;
10. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3523/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;
11. Peraturan Direktur RS Intan Husada Nomor 3530/A000/XI/2021 Tentang Kebijakan Standar Manajemen Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG PEDOMAN PELAYANAN UNIT RAWAT INAP**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Utama Nomor 3707/A000/XI/2021 tentang Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap Di Rumah Sakit Intan Husada.
- Kedua : Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Husada digunakan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan Unit Rawat Inap di Rumah Sakit Intan Husada.
- Ketiga : Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap sebagaimana tercantum dalam lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Keempat : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 11 November 2021
Direktur,

drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	i
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	1
1. Tujuan Umum	1
2. Tujuan Khusus	1
C. Ruang Lingkup Pelayanan	2
D. Batasan Operasional	2
BAB II	3
STANDAR KETENAGAAN	3
A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia	3
B. Distribusi Ketenagaan	4
C. Pengaturan Jaga	5
BAB III	7
STANDAR FASILITAS	7
A. Denah Ruang	7
B. Standar Fasilitas	9
BAB IV	16
TATA LAKSANA PELAYANAN	16
BAB V	30
LOGISTIK	30
A. Perencanaan Logistik	30
B. Pengendalian Logistik	35
C. Monitoring dan Evaluasi Logistik	35
BAB VI	36
KESELAMATAN PASIEN	36
C. Identifikasi Resiko Keselamatan Pasien	36
a. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien	36
b. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien	37
BAB VII	39
KESELAMATAN KERJA	39
A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja	39
B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja	39
C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja	40
BAB VIII	42
PENGENDALIAN MUTU	42
A. Indikator Mutu	42
Pengendalian mutu di Unit rawat inap RS Intan Husada dilakukan berdasarkan standar mutu rumah sakit yang meliputi :	42

B. Monitoring	43
C. Evaluasi	44
D. Pelaporan	44
E. <i>Continuous Improvement</i>	44
BAB IX	45
PENUTUP	45
DAFTAR PUSTAKA	46

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia	4
Tabel 5.1 Barang Logistik Umum	31
Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi	33
Tabel 5.3 Barang Logistik Farmasi Masuk Tarif Kamar	36
Tabel 5.4 Barang Logistik Umum Masuk Tarif Kamar	36

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Denah Ruang Unit Rawat Inap Anthurium	8
Gambar 3.2 Denah Ruang Unit Rawat Inap Asoka	8
Gambar 3.3 Denah Ruang Unit Rawat Inap Akasia	9
Gambar 3.4 Denah Nurse Station	11
Gambar 3.5 Denah Ruang Rawat Inap VVIP	13
Gambar 3.6 Denah Ruang Rawat Inap Utama	14
Gambar 3.7 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 1	15
Gambar 3.8 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 2	16
Gambar 3.9 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 3	17
Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik Rutin	37
Gambar 5.2 Bagan Alur Pengadaan Logistik Tidak Rutin	37

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit adalah suatu institusi pelayanan kesehatan yang kompleks, padat pakar dan padat modal. Kompleksitas ini muncul karena pelayanan di rumah sakit menyangkut berbagai fungsi pelayanan, pendidikan dan penelitian, serta mencakup berbagai tingkatan maupun jenis disiplin. Tuntutan pasien dan masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan mengharuskan rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan untuk dapat menyelenggarakan sistem pelayanan kesehatan yang efektif dan aman serta sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Rumah Sakit Intan Husada memiliki visi menjadi rumah sakit terbaik di Priangan Timur, sedangkan salah satu misi yang diemban adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan bersikap mengutamakan keselamatan pasien dan kepuasan pasien. Sehingga untuk menjaga dan meningkatkan mutu, Rumah Sakit Intan Husada harus mempunyai suatu pedoman pelayanan yang dapat dilakukan di semua tingkatan.

Pelayanan Unit Rawat Inap merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menunjang upaya peningkatan dan terciptanya kondisi rumah sakit yang sehat, aman, selamat, dan nyaman. Sebagai komponen penting dalam terselenggaranya keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit secara optimal, efektif, efisien dan berkesinambungan.

Selaras dengan hal tersebut dan dalam rangka mewujudkan pelayanan yang bermutu, maka diperlukan suatu Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap yang dijadikan sebagai acuan pelaksanaan kegiatan untuk melaksanakan kegiatan pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Intan Husada.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Sebagai Acuan Penatalaksanaan Pelayanan di Unit Rawat Inap

2. Tujuan Khusus

- a. Sebagai Acuan Kegiatan Penerimaan Pasien Baru di Unit Rawat Inap.
- b. Sebagai Acuan Kegiatan Asuhan Pelayanan Medik di Unit Rawat Inap.
- c. Sebagai Acuan Kegiatan Asuhan Pelayanan Keperawatan di Unit Rawat Inap.
- d. Sebagai Acuan Kegiatan Asuhan Pelayanan Radiologi di Unit Rawat Inap.
- e. Sebagai Acuan Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Rawat Inap.
- f. Sebagai Acuan Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Rawat Inap.
- g. Sebagai Acuan Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Rawat Inap.
- h. Sebagai Acuan Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Rawat Inap.
- i. Sebagai Acuan Kegiatan Pelayanan *Binatu* di Unit Rawat Inap.
- j. Sebagai Acuan Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Rawat Inap.

C. Ruang Lingkup Pelayanan

1. Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Rawat Inap.
2. Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Rawat Inap.
3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Rawat Inap.
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Rawat Inap.
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Rawat Inap.
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Rawat Inap.
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Rawat Inap.
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Rawat Inap.
9. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Rawat Inap.
10. Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Rawat Inap.

D. Batasan Operasional

Batasan operasional pelayanan Unit Rawat Inap

1. Kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Rawat Inap adalah prosedur yang dilakukan oleh perawat di Unit Rawat Inap dalam menerima pasien baru sesuai dengan kriteria pasien masuk.
2. Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Rawat Inap adalah pelayanan yang diberikan oleh tenaga medis yang profesional dalam bidangnya yang memiliki SIP-STR di Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan baik dokter umum maupun dokter spesialis.
3. Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Rawat Inap adalah pelayanan yang diberikan oleh perawat dalam bidangnya yang memiliki SIP-STR di Rumah Sakit Intan Husada sesuai dengan kewenangan klinis yang diberikan.
4. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Rawat Inap adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang radiologi yang dilakukan pada pasien di Unit Rawat Inap
5. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Rawat Inap adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang laboratorium yang dilakukan pada pasien di Unit Rawat Inap
6. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Rawat Inap adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang rekam medis berupa pendokumentasian asuhan pasien di Unit Rawat Inap
7. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Rawat Inap adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang Farmasi yang diberikan pada pasien di Unit Rawat Inap
8. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Rawat Inap adalah salah satu pelayanan penunjang medik di bidang Gizi yang diberikan pada pasien di Unit Rawat Inap
9. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Rawat Inap adalah pelayanan di bidang binatu yang diberikan pada pasien di Unit Rawat Inap
10. Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Rawat Inap adalah serangkaian proses pemulangan pasien setelah berakhirnya masa perawatan di Unit Rawat Inap.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. Kualifikasi Sumber Daya Manusia

Tabel 2.1 Kualifikasi Sumber Daya Manusia

No	Nama Jabatan	Pendidikan	Kualifikasi
1	Kepala Unit Rawat Inap	S1/NERS	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman kerja minimal 10 tahun di area Praktik Klinis Keperawatan. - Pengalaman kerja sebagai Kepala Unit di bidang Keperawatan. - Memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit Intan Husada. - Mempunyai sertifikat pelatihan Manajemen Bangsal. - Mempunyai Sertifikat ACLS. - Mempunyai kemampuan mengorganisasikan, merencanakan, menggerakkan, mengendalikan dan mengevaluasi unit unit kerja. - Mempunyai kemampuan untuk melihat masalah, menganalisa dan memecahkan masalah. - Memiliki ketermapilan dalam memimpin dan mengarahkan unit unit kerja. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani.
2	Koordinator Rawat Inap	DIII/DIII Kebidanan/S1/ NERS	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman kerja minimal 8 tahun di area praktik klinis Keperawatan. - Pengalaman kerja sebagai PJ Shift di area praktik klinis Keperawatan. - Memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit Intan Husada. - Mempunyai sertifikat pelatihan Manajemen Bangsal. - Mempunyai Sertifikat BCLS/ACLS. - Mempunyai kemampuan mengorganisasikan, merencanakan, menggerakkan, mengendalikan dan mengevaluasi unit kerjanya. - Mempunyai kemampuan untuk melihat masalah, menganalisa dan memecahkan masalah. - Memiliki ketermapilan dalam memimpin dan mengarahkan staf.

			<ul style="list-style-type: none"> - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani.
3	Ketua Tim Rawat Inap	DIII/DIII Kebidanan/S1/ NERS	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman kerja minimal 2 tahun di area praktik klinis Keperawatan. - Memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit Intan Husada. - Memiliki Sertifikat BCLS/ACLS. - Mempunyai kemampuan mengorganisasikan, merencanakan, menggerakkan, mengendalikan dan mengevaluasi perawat pelaksana. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani.
4	Anggota Tim	DIII/S1 Keperawatan DIII Kebidanan	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman kerja minimal 0 tahun di area praktik klinis Keperawatan. - Mengikuti Masa Orientasi keperawatan di Rumah Sakit Intan Husada. - Memiliki STR dan SIP di Rumah Sakit Intan Husada. - Memiliki Sertifikat BCLS. - Mempunyai kemampuan mengorganisasikan, merencanakan, menggerakkan, mengendalikan dan mengevaluasi asuhan pasien. - Disiplin, jujur dan memiliki loyalitas. - Sehat jasmani dan rohani
5	Administrasi Rawat Inap	SMA/SMK	<ul style="list-style-type: none"> - Pengalaman kerja minimal 0 tahun. - Bisa mengoperasikan komputer. - Menguasai Microsoft Office

B. Distribusi Ketenagaan

Kebutuhan tenaga keperawatan untuk Unit Rawat Inap dihitung menggunakan metode perhitungan Gillies dengan rumus sebagai berikut :

$$\text{Tenaga Perawat} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jumlah jam kerja / hari}}$$

Keterangan :

A = Jam perawatan /24 jam → waktu perawatan yang dibutuhkan pasien.

B = Sensus Harian → BOR X jumlah tempat tidur.

C = Jumlah hari tidak efektif (86 hari) terdiri atas :

A Jumlah hari minggu = 52 hari

B Jumlah libur nasional = 14 hari

C Jumlah cuti tahunan = 12 hari

D Jumlah cuti ilmiah = 5 hari

E Cuti Sakit = 3 hari

D = Jumlah hari selama setahun adalah 365 hari.

E = Jam kerja perawat adalah 40 jam perminggu dengan hari efektif 6 hari kerja. Maka jam efektif = 6,66 jam / hari.

F = Jumlah tenaga keperawatan di satu unit harus ditambahkan 20% untuk antisipasi/kekurangan cadangan.

Langkah – langkah untuk melakukan penghitungan tenaga keperawatan adalah sebagai berikut :

D. Menentukan jumlah rata – rata BOR perhari dengan melihat sensus harian selama 3 bulan di satu Kamar perawatan.

E. Menentukan terlebih dahulu jam perawatan yang dibutuhkan pasien / hari yaitu :

B. Keperawatan langsung :

Rata – rata jam perawatan pasien berdasarkan tingkat ketergantungan pasien :

- 1) *Minimal Care* : 2 jam
- 2) *Partial Care* : 4 jam
- 3) *Total Care* : 7 jam

C. Keperawatan tidak langsung

- 1) Keperawatan tidak langsung Jumlah pasien (sesuai rata-rata BOR selama 3 bulan) X 1 jam = (.....) jam.
- 2) Penyuluhan kesehatan jumlah pasien (sesuai rata-rata BOR selama 3 bulan) X 0,25 jam (15 menit) = (.....) jam.
- 3) Keperawatan per pasien perhari didapatkan dari penambahan Jam Keperawatan Tidak langsung dan penyuluhan kesehatan lalu dibagi jumlah pasien (sesuai rata-rata BOR selama 3 bulan).

F. Menentukan jumlah kebutuhan tenaga dengan menggunakan rumus (Gillies,1994) setelah didapatkan jumlah perawat yang dibutuhkan, ditambahkan 20%.

C. Pengaturan Jaga

1. Jam kerja

Unit Rawat Inap memberikan pelayanan yang berkelanjutan dan terintegrasi setiap hari selama 24 jam, dengan pembagian jam kerja yakni:

- a. Jam kerja Kepala Unit Rawat Inap adalah *office hour*.
- b. Jam kerja Koordinator adalah *office hour*.
- c. Jam kerja Kepala Unit Rawat Inap adalah regular tidak mengikuti jam kerja *shift*.
- d. Jam kerja Perawat 3 *shift*, yakni :
 - a. *Shift* pagi : 07.00-14.00
 - b. *Shift* siang : 14.00-20.00
 - c. *Shift* malam : 20.00-07.00
- e. Diluar jam kerja tersebut mengikuti ketentuan dari aturan Unit SDM dan Diklat.

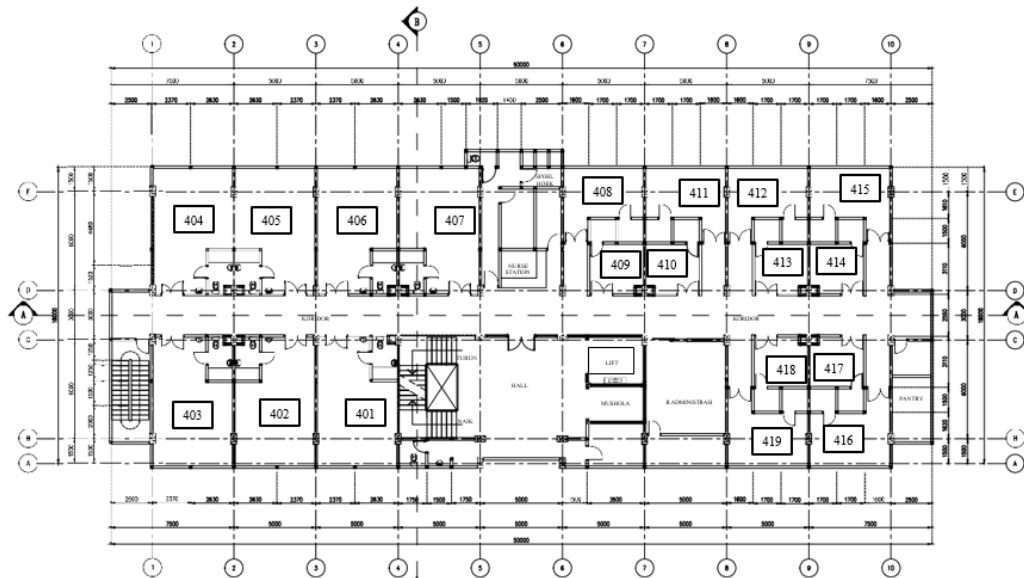
2. Jadwal jaga

- a. Pembuatan jadwal dinas dibuat oleh Koordinator setiap satu bulan sekali dan dibuat sebelum tanggal 20 setiap bulannya.
- b. Penetapan Kepala Tim di setiap shift jaga diatur oleh Koordinator.

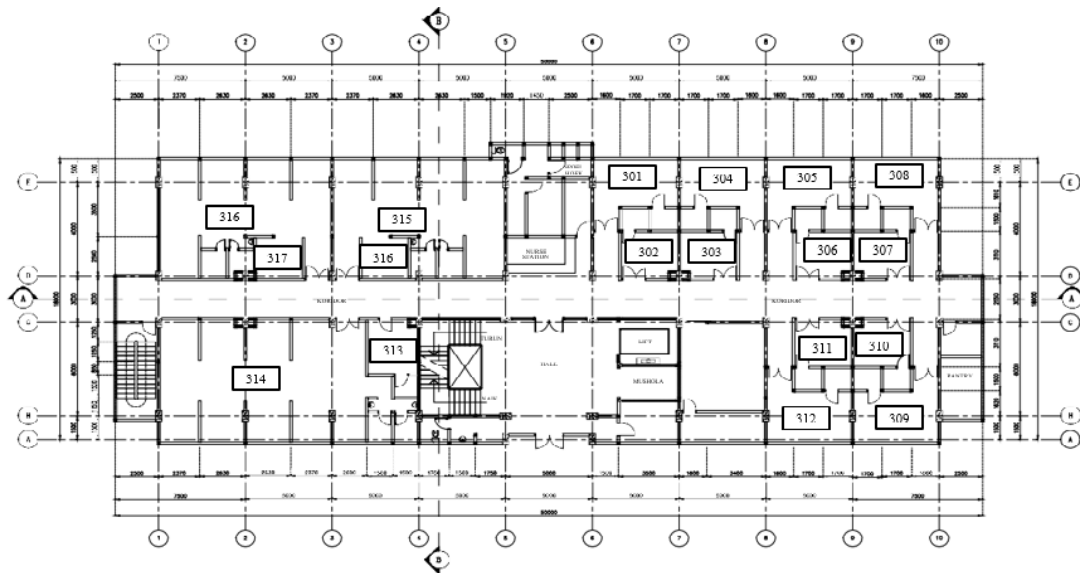
- c. Jadwal dinas dibuat dan ditandatangani oleh Koordinator dan diketahui oleh Kepala Unit dan Manajer Keperawatan.
- d. Penghitungan jumlah jam kerja dihitung mengacu pada jam kerja efektif dengan dasar perhitungan mengacu pada UU No.13/2003 yaitu 40 jam setiap minggunya. Bagi karyawan yang berkerja melebihi jam kerja standar maka kelebihan tersebut akan diperhitungkan dalam kebijakan lembur perusahaan.
- e. Pertukaran dinas diatur oleh Koordinator apabila alasan bisa diterima dan disetujui. Jika disetujui maka karyawan tersebut membuat formulir pertukaran dinas.
- f. Pertukaran dinas di batasi sebanyak 3 dalam waktu 1 bulan
- g. Setiap pergantian dinas perawat harus melakukan timbang terima selama 15 – 30 menit sebelum jam kerja, kemudian mengadakan kunjungan ke setiap pasien.
- h. Setiap perawat melakukan absen datang dan pulang.
- i. Perawat yang berhalangan hadir berdinas, wajib meminta ijin terlebih dahulu kepada koordinator.
- j. Perawat yang berhalangan hadir berdinas di karenakan sakit wajib melampirkan surat sakit dan mengkonfirmasi kepada koordinator.
- k. Setiap shift memiliki waktu istirahat selama 30 menit yang di atur secara bergantian dan *Nurse Station* harus tetap ada yang *standby*.
- l. Diluar jam kerja Kepala Instalansi dan Koordinator tanggung jawab operasional dikoordinasikan kepada *Manager on Duty* (MOD).

BAB III STANDAR FASILITAS

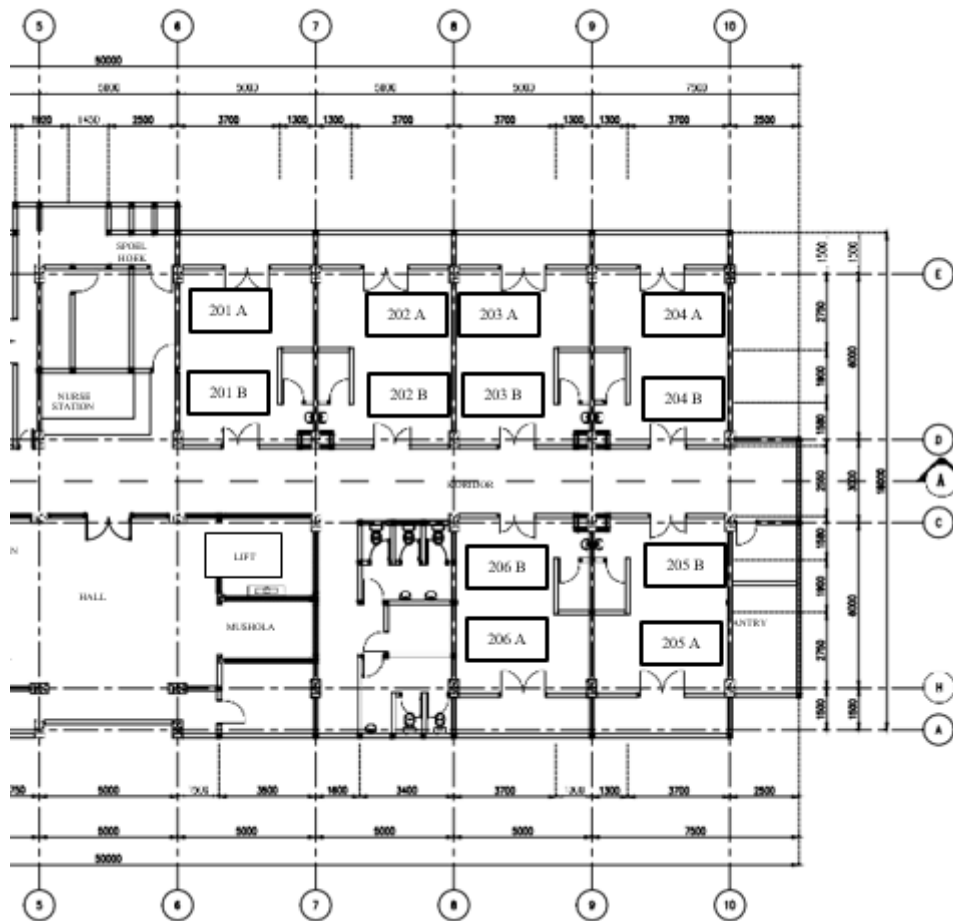
A. Denah Ruang



Gambar 3.1 Denah Ruang Rawat Inap Anthurium



Gambar 3.2 Denah Ruang Rawat Inap Asoka



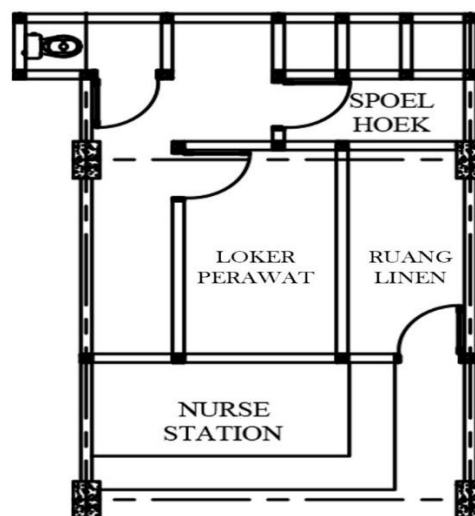
Gambar 3.3 Denah Ruang Rawat Inap Akasia

1. Unit Rawat Inap terdiri dari :
 - a. Lantai 4 (Unit Anthurium).
 - b. Lantai 3 (Unit Asoka).
 - c. Lantai 2 (Unit Akasia).
2. Letak Unit Rawat Inap di lokasi yang tenang, aman dan nyaman.
3. Unit Rawat Inap memiliki akses pintu yang mudah menuju unit penunjang pelayanan lainnya.
4. Kamar perawatan pasien rawat inap dipisahkan berdasarkan jenis kelamin, usia dan jenis penyakit.
5. Jarak antar tepi tempat tidur 1,5 meter.
6. Antar tempat tidur dibatasi oleh tirai, dimana rel menempel di plafon.
7. Setiap tempat tidur disediakan 2 stop kontak yang tidak ada percabangan.
8. Setiap tempat tidur disediakan fasilitas cuci tangan.
9. Kamar perawatan disediakan outlet oksigen dan *outlet suction* dinding.
10. Kamar perawatan mempunyai ventilasi jendela yang aman untuk kebutuhan ventilasi alami.
11. Kamar perawatan umum mempunyai pencahayaan alami dan pencahayaan buatan minimal 250 lux dan untuk pencahayaan saat tidur 50 lux.

12. Kamar perawatan isolasi mempunyai pencahayaan alami dan pencahayaan buatan minimal 200 lux dan pencahayaan saat tidur 50 lux.
13. Unit Rawat Inap mempunyai ventilasi mekanik (AC) yang dijamin pertukaran udaranya minimal total pertukaran udara 6 kali per jam.
14. Kamar perawatan disediakan *nurse call* di setiap tempat tidur yang terhubung di *Nurse Station*.
15. Kamar perawatan disediakan kamar mandi pasien dan wastafel.
16. Kamar perawatan disediakan tempat sampah.
17. Unit Rawat Inap memiliki Ruang Pos Perawat (*Nurse Station*).
18. Unit Rawat Inap terdapat kamar mandi petugas dan wastafel.
19. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Kepala Unit.
20. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Obat Pasien.
21. Unit Rawat Inap terdapat ruang untuk menyimpan alat kesehatan (*Buffer Stock*).
22. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Linen Bersih.
23. Unit Rawat Inap terdapat Gudang Bersih.
24. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Kotor (*Spoolhoek/Dirty Utility*).
25. Unit Rawat Inap terdapat Dapur (*Pantry*).
26. Di setiap lantai Unit Rawat Inap terdapat satu ruang petugas kebersihan (*Janitor*).
27. Unit Rawat Inap terdapat tempat sampah infeksius, farmasi, sitotoksik dan domestik.
28. Unit Rawat Inap terdapat 3 kamar perawatan isolasi.
29. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Dokter Jaga.
30. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Administrasi Pasien.
31. Unit Rawat Inap terdapat Ruang Satpam (*security*) yang terdapat di setiap lantai.
32. Di Unit Rawat Inap terdapat Ruang Depo Farmasi Rawat Inap .
33. Depo Rawat Inap lantai 4 digunakan untuk depo alat kesehatan dan cairan infus pasien rawat inap.

B. Standar Fasilitas

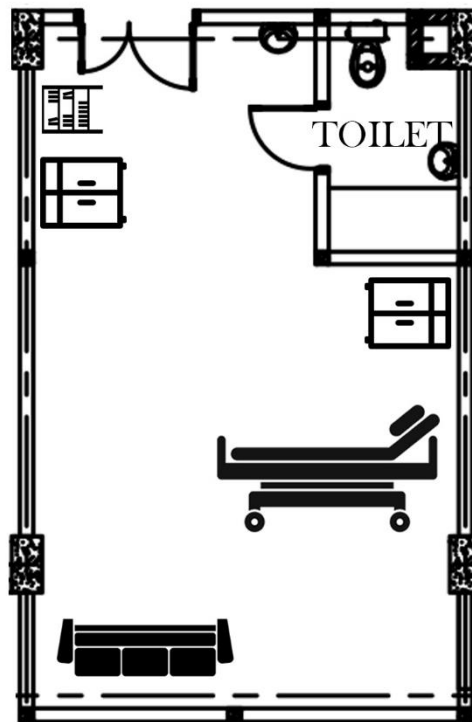
1. Standar Fasilitas Unit Rawat Inap di RSIH sesuai dengan ketentuan yang berlaku.



Gambar 3.4 Denah *Nurse Station*

2. Ruang Pos Perawat (*Nurse Station*) terdapat :
 - a. Luas Ruang Pos Perawat minimal 8 m² atau 3-5 m² per perawat di sesuaikan dengan kebutuhan satu pos perawat melayani maksimal 25 tempat tidur.
 - b. Lemari tempat menyimpan status rekam medis pasien.
 - c. Lemari tempat menyimpan formulir asuhan pasien.
 - d. Lemari tempat menyimpan obat pasien
 - e. Lemari untuk menyimpan ALKES
 - f. Lemari untuk menyimpan alat tenun
 - g. Lemari untuk menyimpan barang perawat
 - h. Meja *Nurse Station*
 - i. AC
 - j. Telephone Unit Rawat Inap
 - k. Dashborad pasien rawat inap
 - l. Komputer
 - m. Printer
 - n. Handphone
 - o. Kursi petugas
 - p. Wastafel
 - q. Tempat sampah
 - r. Pencahayaan alami/buatan.
 - s. Kulkas
 - t. Jam dinding
 - u. Box Viewer
 - v. Alat ukur suhu ruangan
3. Kamar perawatan isolasi terdapat:
 - a. Ukuran Kamar perawatan isolasi 3 x 4 m²
 - b. Satu ruangan untuk satu tempat tidur
 - c. Ruang antara (*ante room*)
 - d. Bahan bangunan yang digunakan tidak memiliki tingkat porositas yang tinggi
 - e. Terdapat 2 (dua) stop kontak.
 - f. Outlet oksigen
 - g. Outlet suction
 - h. Kamar mandi pasien
 - i. Wastafel di ruang antara (*ante room*)
 - j. Tempat sampah
 - k. Ventilasi udara bertekanan negatif
 - l. Pertukaran udara alami dan mekanik (AC)
 - m. Pencahayaan alami dan buatan.
 - n. Nurse call yang terhubung ke pos perawat (*nurse station*)

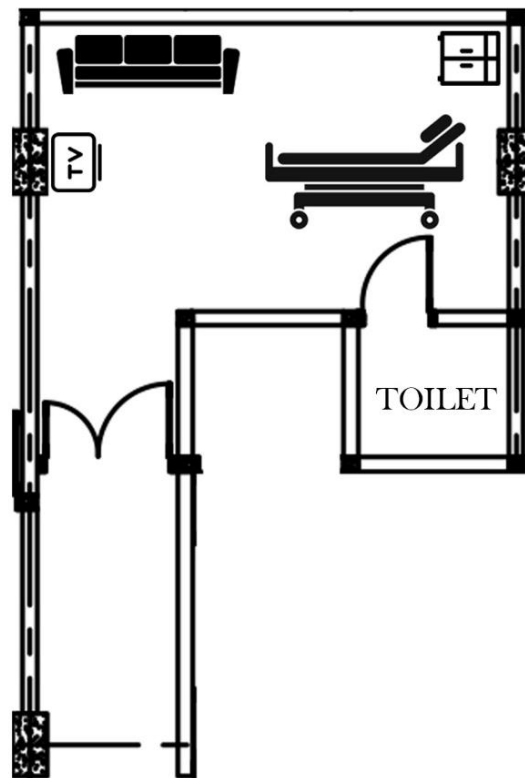
4. Standar Kelas Kamar Perawatan Rawat Inap :



Gambar 3.5 Denah Ruang Rawat Inap VVIP

a. VVIP

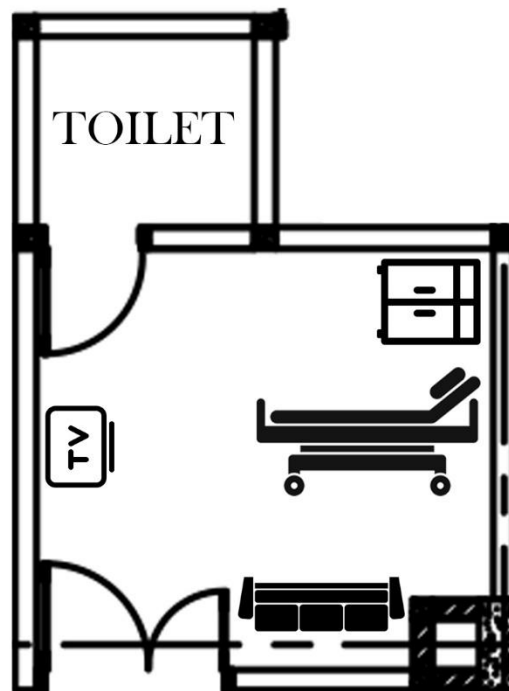
- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1. AC | 21. Kursi Meja Makan |
| 2. Jam Dinding | 22. Meja Makan Pasien |
| 3. Kulkas | 23. Alas Meja Makan |
| 4. Lemari Nakas Sedang | 24. Vas Bunga |
| 5. Lemari Nakas Besar | 25. Televisi |
| 6. Lampu Dinding | 26. Reciver TV kabel |
| 7. Meja Makan Keluarga | 27. Sofa bed |
| 8. Tempat Sepatu Kayu | 28. Tempat sampat besar |
| 9. Bed Pasien Elektrik | 29. Tempat sampah kecil |
| 10. Meja Makan Pasien | 30. Keset Handuk Toilet |
| 11. Oksigen dan Suction Central | 31. Ember |
| 12. Keset Karet Toilet | 32. Tempat Tisu |
| 13. Gayung | 33. <i>Handsoap</i> |
| 14. Wastafel | 34. Gorden Toilet |
| 15. Shower | 35. <i>Nursecall</i> |
| 16. Gorden Kamar | 36. Lukisan |
| 17. <i>Nursecall</i> Toilet | 37. Cermin Wastafel |
| 18. Tiang Infus | |
| 19. Smoke detector | |
| 20. Paket Gizi | |



Gambar 3.6 Denah Ruang Rawat Inap Utama

b. Utama

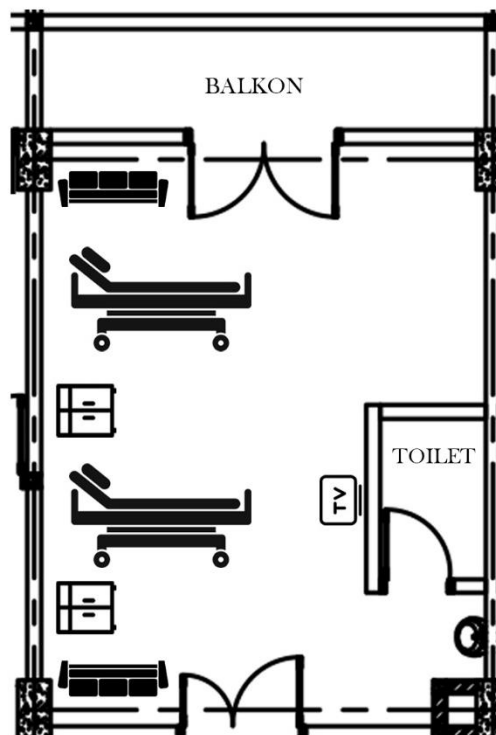
- | | |
|--------------------------|--------------------------------------|
| 1. AC | 16. Televisi |
| 2. Paket Gizi | 17. Rak Sepatu Plastik |
| 3. <i>Smoke detector</i> | 18. <i>Bed</i> Pasien Manual 2 Crank |
| 4. <i>Nursecall</i> | 19. Meja Makan Pasien |
| 5. Sofa | 20. Oksigen dan suction central |
| 6. Jam Dinding | 21. Tempat Sampah tutup Besar |
| 7. Lemari nakas kecil | 22. Tempat Sampah Kecil |
| 8. Lampu Atas Bed | 23. Keset Kamar Mandi |
| 9. Kaca Cermin | 24. Ember |
| 10. Tempat tisu | 25. Gayung <i>Washtafel</i> |
| 11. <i>Handsoap</i> | 26. <i>Nursecall</i> Toilet |
| 12. <i>Shower</i> | |
| 13. Gorden Kamar | |
| 14. Lampu Dinding Toilet | |



Gambar 3.7 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 1

c. Kelas 1

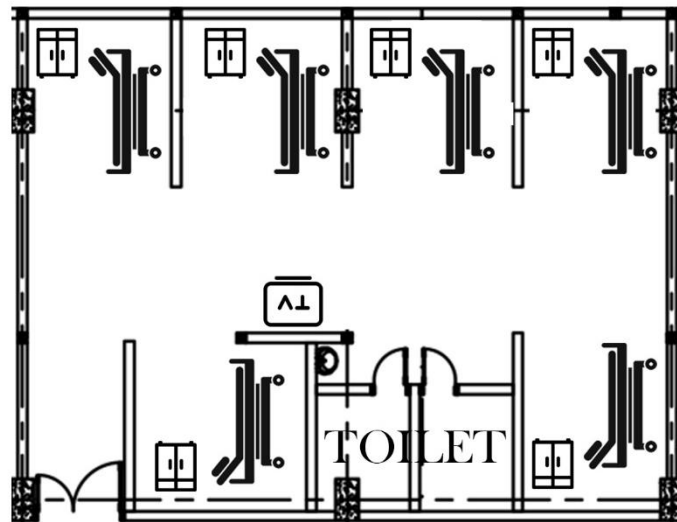
- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. AC | 13. Kaca Cermin |
| 2. <i>Bed</i> Manual 1 crank | 14. Paket Gizi |
| 3. Lemari Nakas | 15. Jam Dinding |
| 4. Rak Sepatu Plastik | 16. Gorden |
| 5. Tong Sampah Tutup Sedang | 17. <i>Shower</i> Air |
| 6. Tong Sampah Kecil | 18. Televisi |
| 7. Gayung | 19. <i>Nursecall</i> Toilet |
| 8. Ember | 20. Lampu Dinding Toilet |
| 9. <i>Washtafel</i> | 21. <i>Nursecall</i> |
| 10. Keset Kamar mandi | |
| 11. <i>Handsoap</i> | |
| 12. <i>Smoke Detector</i> | |



Gambar 3.8 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 2

d. Kelas 2

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Sofa | 10. Tempat Sampah Sedang |
| 2. <i>Nursecall</i> | 11. Ember |
| 3. <i>Nursecall</i> Toilet | 12. Gayung |
| 4. <i>Bed</i> Manual 1 crank | 13. Tempat Sampah kecil |
| 5. Lemari Nakas | 14. Jam Dinding |
| 6. Televisi | 15. Oksigen dan <i>Suction Central</i> |
| 7. AC | 16. Rak Sepatu Plastik |
| 8. Jemuran | |
| 9. <i>Smoke Detector</i> | |



Gambar 3.9 Denah Ruang Rawat Inap Kelas 3

e. Kelas 3

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Televisi | 8. <i>Washtafel</i> |
| 2. AC | 9. Kaca Cermin |
| 3. Rak Sepatu Plastik | 10. Gayung |
| 4. Jam Dinding | 11. Ember |
| 5. <i>Bed Manual 1 crank</i> | 12. <i>Nursecall</i> |
| 6. Oksigen Central | 13. <i>Nursecall Toilet</i> |
| 7. Gorden | |

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Tatalaksana kegiatan Penerimaan Pasien di Unit Rawat Inap

1. Pelayanan rawat inap adalah pelayanan terhadap pasien masuk rumah sakit yang menempati tempat tidur perawatan untuk keperluan observasi, diagnosa, terapi, rehabilitasi medik dan atau pelayanan medik lainnya.
2. Kalsifikasi pasien rawat inap :
 - a. Pasien baru
 - b. Pasien lama
3. Pendaftaran pasien baru
 - a. Pasien masuk ke rawat inap melalui pintu masuk rumah sakit yaitu Unit Gawat Darurat (UGD) atau Unit Rawat jalan (URJ).
 - b. Pasien/keluarga datang ke pendaftaran (admission) dengan membawa formulir permohonan rawat inap.
 - c. Petugas pendaftaran (admission) akan mendata dan menempatkan pasien di Unit Rawat Inap sesuai dengan ketersediaan kamar.
 - d. Unit Rawat Inap menerima pemesanan kamar untuk pasien baru melalui telepon dari pendaftaran.
4. Penerimaan pasien baru.
 - a. Unit Rawat Inap menerima pasien baru.
 - b. Unit Rawat Inap melakukan serah terima pasien baru.
 - c. Unit Rawat Inap menginput data pasien baru di komputer register pasien baru.

B. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Medik di Unit Rawat Inap

1. Dokter spesialis di Unit Rawat Inap bertindak sebagai Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).
2. DPJP dalam melakukan asuhan pasien dapat dibantu oleh Dokter Jaga/*General Practitioner* (GP) Rawat Inap yang bertugas selama 24 jam.
3. DPJP melakukan asesmen awal medis pasien baru dalam waktu maksimal 1 x 24 jam.
4. DPJP setiap hari wajib melakukan asesmen ulang medis pada setiap pasien.
5. DPJP/Dokter Spesialis setiap hari melakukan *visite* pasien sebelum jam 14.00 WIB.
6. GP wajib melakukan pemeriksaan fisik setiap ada pasien baru.
7. DPJP/Dokter Spesialis memberikan informasi medis kepada pasien dan keluarga tentang asuhan pasien yang akan diberikan termasuk kondisi yang tidak diharapkan.
8. DPJP/Dokter Spesialis melakukan *informed consent* kepada pasien dan keluarga yang akan dilakukan tindakan medis.
9. DPJP wajib melakukan verifikasi asuhan yang oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lain dalam waktu 1 x 24 jam.
10. DPJP/Dokter Spesialis/GP melakukan tindakan resusitasi bila terjadi kegawatan pasien
11. DPJP/Dokter Spesialis/GP melakukan dokumentasi asuhan secara lengkap pasien di formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).
12. DPJP/Dokter Spesialis/GP menulis order obat pasien di dalam form order obat pasien.

C. Tatalaksana Kegiatan Pelayanan Keperawatan di Unit Rawat Inap

1. Pelayanan keperawatan kepada pasien di Unit Rawat Inap diberikan selama 24 jam.
2. Perawat Unit Rawat Inap menerima pasien baru di Unit Rawat Inap.
3. Perawat Unit Rawat Inap melakukan orientasi ruangan yang dilakukan mencakup: lingkungan kamar perawatan, gelang identitas dan identifikasi pasien, petugas, perawatan dan konsultasi dan persiapan pulang.
4. Perawat Unit Rawat Inap melakukan asesmen awal keperawatan dan pemberian informasi risiko jatuh untuk setiap pasien baru
5. Perawat Unit Rawat Inap melakukan asesmen awal keperawatan harus dilakukan dalam waktu maksimal 1 x 24 jam
6. Perawat Unit Rawat Inap menyusun rencana asuhan keperawatan kepada pasien.
7. Perawat Unit Rawat Inap wajib melakukan asesmen ulang setiap shift.
8. Perawat Unit Rawat Inap melakukan asesmen kebutuhan edukasi pasien dan keluarga.
9. Perawat Unit Rawat Inap menyusun rencana kebutuhan edukasi pasien dan keluarga
10. Perawat Unit Rawat Inap melakukan edukasi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga.
11. Perawat Unit Rawat Inap melakukan kegiatan asuhan keperawatan di Unit Rawat Inap yang terdiri dari:
 - Membersihkan Kanul Tracheostomi
 - Merawat Luka Tracheostomi
 - Perawatan Pasien Dengan Pemasangan Water Seal Drainage
 - Menghisap Lendir
 - Clapping Dan Vibrasi
 - Memberi Oksigen
 - Melatih Batuk Efektif
 - Persiapan Pasien Pra Tracheostomi
 - Latihan Nafas Dalam Pada Pasien Tracheostomi
 - Penatalaksanaan Pasien Henti Jantung Dewasa
 - Melakukan Bagging
 - Pemberian Nutrisi Pada Pasien Melalui Mulut.
 - Memberi Makan Pasien Melalui Nasogastik Tube
 - Memasang Infus
 - Mengganti Cairan Infus
 - Mengganti Set Infus
 - Melepas Infus
 - Pemberian Transfusi
 - Menimbang Berat Badan
 - Mengukur Tinggi Badan
 - Mengukur Balance Cairan
 - Menolong Pasien Muntah
 - Membantu Memperlancar Buang Air Kecil
 - Menolong Pasien Buang Air Kecil dan Buang Air Besar.
 - Pemasangan Kateter Sementara
 - Pemasangan Kateter Tetap
 - Perawatan Catheter Menetap
 - Pemasangan Catheter Kondom
 - Melepas Catheter Menetap

- Memberi Huknah Rendah
- Menyiapkan Dan Memberi Huknah Tinggi
- Memberi Huknah Glicerin
- Mengeluarkan Feses Secara Manual
- Menerima Pesan Melalui Telepon
- Menyiapkan Pasien Untuk Istirahat Dan Tidur
- Pemberian Obat Secara Oral
- Cara Menggunakan dan Melepas Sarung Tangan Steril
- Cara Menggunakan Masker
- Pemberian Identitas Bayi Baru Lahir
- Memulangkan Bayi
- Mencuci Tangan
- Mencegah Kecelakaan Akibat Faktor Lingkungan
- Mengantar Bayi Menyusui
- Memakai Dan Melepas Apron
- Pemasangan dan Perawatan Physical Restraint pada pasien di Tempat Tidur.
- Menjaga Keselamatan Pasien Yang Dibawa Dengan Trolley Pasien / Kursi Roda
- Mencegah Kekeliruan Pemberian Obat
- Memandikan Pasien Di Tempat Tidur Dalam Posisi Baring
- Memandikan Pasien Di Tempat Tidur Dengan Posisi Duduk
- Membantu Menyikat Gigi
- Membersihkan Mulut
- Membersihkan Gigi Palsu
- Memelihara dan Menyisir Rambut
- Mencuci Rambut
- Memelihara Dan Memotong Kuku
- Mengganti Alat Tenun Dengan Pasien Diatasnya
- Mengganti Alat Tenun Tanpa Pasien Diatasnya
- Perawatan Pasien Yang Berbaring Lama
- Merawat Decubitus
- Posisi Genu Pectoral (Knee Chest)
- Posisi Sim
- Melaksanakan Mobilisasi Dini Sesuai Kebutuhan
- Posisi Dorsal Recumbent
- Melaksanakan Ambulasi Dini
- Menyiapkan Dan Memasang Bantal Dan Kasur Angin
- Posisi Fowler
- Posisi Lithotomi
- Posisi Trendelenberg
- Posisi Anti Trendelenberg
- Merawat Pasien Kritis
- Merawat Jenazah
- Menyiapkan Kamar Untuk Pasien Baru
- Menerima Pasien Baru di Rawat Inap
- Memindahkan Pasien Antar Ruangan
- Menyiapkan Pasien Pulang

- Persiapan Pasien Pre Operatif
- Mencukur Daerah Operasi
- Menyiapkan Ruang Untuk Pasien Post Operasi
- Menjemput Pasien Di Ruang Pemulihan
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Intracutan
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Subcutan
- Pemberian Obat Injeksi Melalui Intramuskular
- Memberi Obat Melalui Intra Vena
- Memberikan Obat Melalui Pernafasan
- Memberikan Obat Tetes Hidung
- Memberi Obat Melalui Sub Lingual
- Memberi Obat Melalui Vagina
- Memberikan Obat Melalui Rectum
- Memberi Obat Melalui Kulit
- Memberikan Obat Tetes Mata
- Memberi Obat Tetes Telinga
- Merawat Pasien Colostomy
- Mengukur Suhu Tubuh Melalui Ketiak / Axilla
- Mengukur Suhu Melalui Mulut
- Mengukur Suhu Melalui Rectum
- Menghitung Pernafasan
- Menghitung Denyut Nadi
- Mengukur Lingkar Perut
- Memberi Kompres Hangat
- Melakukan Lavage Lambung
- Pemasangan Pipa Lambung
- Menghisap Cairan Lambung
- Memberi Kompres Dingin
- Mengganti Balutan Luka
- Prosedur Melakukan Pijat Bayi
- Merawat Luka Yang Memakai Drain
- Mengangkat Jahitan
- Administrasi Penggunaan Narkotika Di Kamar perawatan
- Waktu Pemberian Obat
- Mengikuti Visite Dokter Di Bagian Rawat Inap
- Melepas Naso Gastric Tube / Pipa Lambung
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Strecher Dengan Menggunakan Mattress
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Strecher Tanpa Menggunakan Mattress
- Cara Memindahkan Pasien Dari Strecher Ke Tempat Tidur Dengan Menggunakan Mattress
- Cara Memindahkan Pasien Dari Strecher Ke Tempat Tidur Tanpa alat
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Tempat Tidur Menggunakan Mattress
- Cara Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Tempat Tidur Tanpa Mattress

- Tindakan Melepas Water Seal Drainage.
- Prosedur Mencuci Tangan Hygienis
- Standar Pengenceran Obat
- Inventaris Peralatan
- Penanganan Pasien Dengan Penyakit Menular
- Menimbang Diapers
- Penggunaan Ruang Isolasi
- Permintaan Darah Ke PMI
- Memindahkan Pasien Dari Tempat Tidur Ke Kursi Roda
- Memindahkan Pasien Dari Kursi Roda Ke Tempat Tidur
- Cara Melaporkan Hasil Ke Dokter Via Telepon
- Penggunaan Gelang Identitas Pasien
- Pedoman Pemberian Obat
- Penyimpanan Obat Pasien Di Kamar perawatan
- Orientasi Karyawan Baru
- Mengunjungi Taman
- Penulisan Dan Penempatan Kartu Dokter Di Unit Rawat Inap
- Perawatan Pada Pasien Yang Terpasang Instopper
- Hubungan Kerjasama Dengan Unit Lain
- Obsevasi Pasien Khusus
- Orientasi Pasien Baru
- Evaluasi Kinerja
- Serah Terima Pasien Antar Ruangan
- Memberi Makan Melalui Gastrostomi
- Penempatan Pasien Di Ruang Isolasi
- Perijinan Pasien Anak Yang Keluar Dari Unit Rawat Inap
- Serah Terima Pasien Antar Ruangan
- Melakukan Tindakan Nebulizer
- Mengantar Pasien Ke Kamar Perawatan atau Tindakan
- Pemulangan Pasien Meninggal Dunia
- Serah Terima Obat Pasien Pulang
- Serah Terima Obat dari Farmasi
- Mencegah Kekeliruan Pemberian Obat Injeksi di Unit Rawat Inap
- Pemesanan Diet Pasien Baru
- Pemberitahuan Perubahan Diet Pasien Rawat Inap
- Persiapan Administrasi Pasien Pulang
- Monitoring Pasien Selama Tranfusi
- Pemberian Izin Sementara Kepada Pasien Untuk Meninggalkan Kamar Perawatan
- Pengaturan Pasien Pindah Kamar Dikarenakan ada Trouble
- Pemasangan Gelang Identitas Pasien Risiko Jatuh.
- Pengkajian Keperawatan Rawat Inap
- Pemasangan Gelang Identitas Pasien Alergi
- Pemasangan Gelang Identitas Pasien DNR
- Melepaskan Gelang Identitas
- Cara Pengisian Label Kematian.

- Metode penugasan/asuhan keperawatan yang digunakan di Unit Rawat Inap menggunakan metode Tim.
- Metode tim yang dilakukan meliputi timbang terima, pre konferens, pelaksanaan kegiatan asuhan dan post konferens.
- Unit Rawat Inap melihat data pasien baru, pasien lama, pasien rencana pulang pasien dapat dilihat di dashboard TV pasien/SC perawat di komputer Unit Rawat Inap.
- Perawat Unit Rawat Inap dalam membuang sampah wajib melakukan pemilahan sampah (limbah infeksius, farmasi, domestik dan benda tajam)
- Tata Terib berkunjung di Unit Rawat Inap:
Setiap Hari : pukul 10.00-11.00 dan pukul 17.00-19.00 WIB.

D. Kegiatan Pelayanan Radiologi di Unit Rawat Inap

1. Dokter memberikan *advice* pemeriksaan radiologi di CPPT dan menulis permintaan di formulir radiologi.
2. Perawat Unit Rawat Inap melakukan *informed consent* kepada pasien/keluarga pasien.
3. Perawat Unit Rawat Inap menelpon petugas radiologi terkait rencana pemeriksaan, jika pasien/keluarga pasien acc untuk dilakukan pemeriksaan radiologi.
4. Perawat Unit Rawat Inap mendapatkan telepon dari petugas radiologi terkait jadwal pemeriksaan
5. Perawat Unit Rawat Inap menyampaikan jadwal rencana tindakan pemeriksaan radiologi ke pasien/keluarga pasien.
6. Perawat Unit Rawat Inap mengantarkan pasien ke radiologi dengan membawa berkas rekam medik tersebut setelah menerima telepon dari radiologi.
7. Unit Rawat Inap dapat melihat hasil pemeriksaan radiologi berupa foto basah.
8. Hasil pemeriksaan radiologi berupa expertise diantarkan oleh petugas radiologi ke Unit Rawat Inap.
9. Petugas radiologi menyimpan hasil expertise di amplop hasil pemeriksaan radiologi.
10. Unit Rawat Inap menyimpan hasil expertise di status rekam medis pasien.
11. Penyimpanan hasil pemeriksaan radiologi diletakkan pada lemari status pasien.
12. Hasil pemeriksaan radiologi pasien rawat inap berupa foto dan expertise, yang akan diberikan ke pasien/keluarga pasien pada saat pasien pulang.

E. Kegiatan Pelayanan Laboratorium di Unit Rawat Inap

1. Dokter menulis *advice* pemeriksaan laboratorium di CPPT dan menulis permintaan di formulir laboratorium
2. Perawat Unit Rawat Inap menghubungi bagian laboratorium untuk mengkonfirmasi bahwa ada pemeriksaan
3. Pengambilan sampel di rawat inap dilakukan oleh petugas laboratorium
4. Hasil pemeriksaan laboratorium pasien rawat inap dapat dilihat di sistem komputer atau berupa *hard copy* yang akan dikirimkan oleh Unit laboratorium ke Unit Rawat Inap.
5. Hasil laboratorium dilaporkan ke Dokter dan disimpan di dalam rekam medis pasien.
6. Perawat Unit Rawat Inap mendapat telepon dari petugas laboratorium terkait hasil kritis laboratorium dan perawat segera melakukan pelaporan ke dokter dalam waktu kurang dari 30 menit.

7. Dokter menulis *advice* transfusi pasien di CPPT dan menulis permintaan di formulir permintaan darah setelah menjelaskan ke pasien dan keluarga.
8. Perawat Unit Rawat Inap memastikan kembali persetujuan pemberian transfusi darah sudah terisi lengkap.
9. Perawat rawat inap melakukan order darah melalui Unit Laboratorium dengan menyerahkan form permintaan darah
10. Petugas laboratorium mengambil sampel darah untuk pemeriksaan di Unit Bank Darah/PMI
11. Petugas laboratorium menghubungi dinas luar untuk melakukan permintaan darah ke Unit Bank Darah/PMI
12. Pengambilan darah ke Unit Bank Dara/PMI wajib menggunakan *cool box* yang berisi *ice cool pack*.
13. Perawat Unit Rawat Inap memeriksa kembali identitas labu darah.
14. Pasien rawat inap yang mendapatkan terapi transfusi wajib dilakukan monitoring selama transfusi.

F. Kegiatan Pelayanan Rekam Medis di Unit Rawat Inap

1. Unit Rawat Inap terdapat lemari status rekam medis.
2. Status rekam medis pasien selalu tersimpan rapi di lemari status pasien.
3. Semua kegiatan asuhan pasien wajib dicatat di rekam medis pasien.
4. Semua rekam medis pasien wajib terisi lengkap.
5. Perawat Unit Rawat Inap melakukan serah terima antar shift didokumentasikan dalam status rekam medis pasien.
6. Unit Rawat Inap melakukan permintaan formulir ke Logistik Umum menggunakan formulir permintaan barang rutin/tidak rutin (untuk formulir yang tidak disediakan oleh Logistik Umum).
7. Supervisi kelengkapan rekam medis pasien dilakukan setiap hari oleh Kepala Unit.
8. Formulir formulir tertata rapih di rak/lemari formulir

G. Kegiatan Pelayanan Farmasi di Unit Rawat Inap

1. Dokter menulis *advice* obat di CPPT dan menulis permintaan di formulir order obat/Resep
2. Perawat Unit Rawat Inap menulis permintaan alat kesehatan di formulir order obat/Resep.
3. Permintaan obat/alat kesehatan/cairan untuk pasien di Unit Rawat Inap ke Unit Farmasi dengan cara-cara sebagai berikut :
 - a. Menggunakan order obat rawat inap.
 - b. Formulir order obat rawat inap diserahkan ke depo farmasi.
 - c. Formulir order obat rawat inap di Unit Anthurium, Asoka dan Akasia langsung diserahkan ke Depo Farmasi lantai 3.
4. Petugas farmasi menelpon Unit Rawat Inap jika permintaan obat sudah beres.
5. Perawat Unit Rawat Inap mengambil obat pasien di depo farmasi dengan cara mengecek terlebih dahulu jenis obat dan disesuaikan dengan invoice obat pasien.
6. Perawat Unit Rawat Inap memasukkan obat pasien ke dalam lemari obat masing masing pasien.

7. Lemari obat pasien diberikan identitas masing masing pasien sesuai nomor kamar perawatan.
8. Obat-obatan pasien Unit Rawat Inap disusun rapih dalam lemari obat pasien rawat inap.

9. Jam pemberian obat pasien Unit Rawat Inap :

Obat Injeksi

- 1 x Pemberian : 09.00
- 2 x Pemberian : 09.00-21.00 atau 17.00-05.00 atau 13.00-01.00
- 3 x Pemberian : 09.00-17.00 -01.00 atau 04.00-12.00-20.00
- 4 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00-24.00

Obat Non Injeksi

- 1 x Pemberian : 06.00 atau 12.00 atau 18.00
- 2 x Pemberian : 06.00-18.00
- 3 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00
- 4 x Pemberian : 06.00-12.00-18.00-24.00
- 5 x Pemberian : 08.00-12.00-16.00-20.00-24.00
- 6 x Pemberian : 08.00-12.00-16.00-20.00-24.00-04.00

Antibiotik Oral/Injeksi

- 1 x : Tiap 24 jam
- 2 x : Tiap 12 jam
- 3 x : Tiap 8 jam
- 4 x : Tiap 6 jam

Obat AC (*Ante Caecum*)

1/2 jam sebelum makan

9. Pasien baru yang datang dari UGD/Rawat Jalan , terapi obat-obatan baru yang datang dari farmasi langsung diberikan kepada pasien dan selanjutnya diberikan sesuai jam pemberian obat
10. Pemberian obat ekstra di luar jadwal rutin diberikan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien dengan intruksi dokter
11. Dokumentasi instruksi dan pemberian obat terdapat dalam formulir catatan pengobatan pasien.
12. Perawat Unit Rawat Inap bersama petugas farmasi melakukan pengecekan obat-obatan dan alat kesehatan di troli emergensi setelah selesai menggunakan troli emergensi.
13. Retur obat, alat kesehatan dan cairan pasien di Unit Rawat Inap:
 - a. Unit Rawat Inap melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila sudah tidak digunakan menggunakan form retur obat/alkes pasien rawat inap.
 - b. Unit Rawat Inap melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila kemasan rusak dengan menggunakan form barang rusak.
 - c. Unit Rawat Inap melakukan retur obat/alat kesehatan/cairan bila mendekati waktu Expired date (ED).

- d. Retur obat/alat kesehatan pasien rawat inap dengan menggunakan form retur obat.
 - e. Retur obat/alat kesehatan pasien rawat inap diserahkan terima di depo farmasi lantai 3
 - f. Retur obat/alat kesehatan pasien Rawat Inap Anthurium, Asoka dan Akasia di Depo Farmasi lantai 3.
15. Permintaan alat kesehatan dan cairan *buffer stock* Unit Rawat Inap :
- a. Pemakaian alat kesehatan di *buffer stock* oleh pasien rawat inap wajib diganti dengan cara membuat resep/permintaan untuk penggantian alat kesehatan dan cairan *buffer stock* sesuai pemakaian.
 - b. Formulir pemakaian alat kesehatan dan resep diserahkan ke Depo Farmasi.
 - c. Unit Rawat Inap mengambil alat kesehatan ke depo farmasi
 - d. Penambahan jumlah dan jenis alat kesehatan/cairan dapat dilakukan oleh Unit Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan.
16. Standar Barang Medis Habis Pakai (BMHP) di Unit Rawat Inap:
- a. Sarung tangan.
 - b. Masker.
 - c. Aqua Bides.
 - d. OK Plast.
 - e. Parafilm.
 - f. Alkohol Swab.
 - g. Plester coklat.
 - h. Betadine.
 - i. Alkohol 70%.
 - j. Kassa gulung.
 - k. Polifix.
 - l. Head cup.
17. Permintaan BMHP ke Logistik Farmasi dengan cara:
- a. Menggunakan formulir permintaan barang rutin ke logistik farmasi.
 - b. Formulir permintaan barang rutin ke logistik farmasi diserahkan ke Logistik Farmasi.
 - c. Unit Rawat Inap mengambil BMHP ke Logistik Farmasi sesuai dengan jadwal.
 - d. Unit Rawat Inap memasukkan BMHP ke dalam lemari BMHP
 - e. Keluar masuk BMHP dicatat dalam kartu stok.
18. Permintaan alat kesehatan dan cairan *buffer stock* Unit Rawat Inap :
- a. Pemakaian alat kesehatan di *buffer stock* oleh pasien rawat inap wajib diganti dengan cara membuat resep/permintaan untuk penggantian alat kesehatan dan cairan *buffer stock* sesuai pemakaian.
 - b. Formulir pemakaian alat kesehatan dan resep diserahkan ke Depo Farmasi.
 - c. Unit Rawat Inap mengambil alat kesehatan ke Depo Farmasi.
 - d. Penambahan jumlah dan jenis alat kesehatan/cairan dapat dilakukan oleh Unit Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan.
19. Setiap pasien baru di Unit Rawat Inap dilakukan rekonsiliasi obat oleh Apoteker ruangan masing masing.
20. Inspeksi perbekalan farmasi (*buffer stock* dan troli *emergency*) di Unit Rawat Inap dilakukan setiap 1 bulan sekali bersama Unit Farmasi.

H. Kegiatan Pelayanan Gizi di Unit Rawat Inap

1. Dokter menulis *advice* diit di CPPT.
2. Perawat Unit Rawat Inap melakukan konfirmasi order diit ke *Dietary Food Service* (DFS).
3. Diit pasien rawat inap dapat berubah sesuai *advice* dokter.
4. Perawat Unit Rawat Inap melakukan serah terima diit pasien dengan mencocokkan daftar makan pasien.
5. Distribusi diit pasien lama rawat inap
 - a. Makan pagi jam 06.30 - 07.30 WIB
 - b. Snack pagi jam 10.00
 - c. Makan siang jam 11.30 - 12.30 WIB
 - d. Snack sore jam 15.00
 - e. Makan malam jam 18.30 - 19.30 WIB
6. Pemesanan diit pasien lama rawat inap
 - a. Petugas DFS mendatangi Rawat Inap untuk mengkonfirmasi diit setiap jam 18.00 (untuk makan pagi dan siang) dan setiap jam 12.00 (untuk makan malam)
 - b. Petugas DFS mendata sensus diit dan mengecek daftar nama dan diit pasien (perubahan diit, puasa, alergi dan keterangan penting lainnya)
 - c. Setiap perubahan diit pasien diluar jam sensus diit dilakukan dengan cara mengisi form pemesanan makan pasien dan melakukan konfirmasi ke DFS.
7. Pemesanan diit pasien baru
 - a. Pemesanan diit pasien pagi maksimal jam 09.00 WIB.
 - b. Pemesanan diit pasien siang maksimal jam 15.00 WIB.
 - c. Pemesanan diit pasien malam maksimal jam 24.00 WIB.
 - d. Pemesanan diit pasien baru dilakukan dengan cara menghubungi bagian DFS pemesanan makan pasien .
8. Perawat Unit Rawat Inap melakukan pemesanan diit pasien baru dengan diit khusus (DM, Jantung, Ginjal dan ulkus peptikum) dalam form order pemesanan makan ditulis " makan segera". Dimana permintaan dan pengantaran akan dilakukan setiap saat oleh DFS dan tidak dibatasi oleh jam order.
9. Informasi fasilitas makan dan minum pasien rawat inap dilakukan oleh DFS dan disampaikan secara lisan/ tertulis (via brosur) kepada pasien.
10. Pasien rawat inap yang sudah menyelesaikan administrasi mulai tidak berhak mendapatkan makan.

I. Kegiatan Pelayanan Binatu di Unit Rawat Inap

1. Standar Linen Kamar Perawatan
 - a. Kelas VVIP
 - 1) Laken 2
 - 2) Stik laken
 - 3) Perlak
 - 4) Selimut Beludru
 - 5) Bedcover
 - 6) Sarung Bantal 2
 - 7) Bantal 2 buah
 - 8) Alas Meja
 - 9) Baju Pasien
 - 10) *Inner Cover Single*
 - b. Kelas Utama
 - 1) Laken
 - 5) Bantal

- 2) Stik Laken
 - 3) Perlak
 - 4) Selimut Beludru
 - 6) Baju Pasien
 - 7) Sarung Bantal
- c. Kelas 1
- 1) Laken
 - 2) Stik Laken
 - 3) Perlak
 - 4) Selimut Beludru
 - 5) Sarung Bantal
 - 6) Bantal
 - 7) Baju Pasien
- d. Kelas 2
- 1) Laken
 - 2) Stik Laken
 - 3) Perlak
 - 4) Selimut
 - 5) Sarung Bantal
 - 6) Bantal
 - 7) Baju Pasien
2. Unit Rawat Inap menyimpan linen bersih di lemari linen.
 3. Pencatatan keluar masuk linen bersih dicatat di dalam kartu stok masing masing jenis linen.
 4. Linen rawat inap disusun rapih berdasarkan sesuai dengan jenis linen.
 5. Unit Rawat Inap tersedia troli linen kotor.
 6. Pencucian kanvas troli linen dicuci setiap 1 minggu sekali.
 7. Linen kotor dibedakan jenis infeksius dan non infeksius.
 8. Linen kotor infeksius dimasukkan dalam kantong plastik warna kuning.
 9. Linen kotor non infeksius dimasukkan dalam kantong plastik warna putih.
 10. Di kantong plastik di tuliskan jenis dan jumlah oleh perawat ruang rawat inap.
 11. Penyortiran linen kotor wajib dilakukan sebelum dimasukkan ke kantong plastik.
 12. Serah terima linen kotor dan bersih dicatat dalam formulir serah terima linen.
 13. Pengambilan linen kotor oleh Binatu dilakukan di ruangan *dirty utility* :
 - a. Pagi (07.00 s/d 10.00).
 - b. Sore (12.00 s/d 15.00).
 14. APD (apron, masker, sarung tangan) harus digunakan pada saat penghitungan linen kotor.
 15. Penerimaan linen bersih di Unit Rawat Inap:
 - a. Siang (pukul 10.00 s/d 11.00 WIB).
 - b. Sore (pukul 15.00 s/d 16.00 WIB).
 - c. Diluar jam tersebut Unit Rawat Inap dapat meminta linen ke Unit Binatu jika dibutuhkan.
 16. Kamar perawatan terdapat curtain (Gordyn, Vitrage, Blackout,).
 17. Unit Rawat Inap terdapat *Vertical Blind* .
 18. Jadwal penggantian *curtain* Unit Rawat Inap:
 - a. Jadwal penggantian *gordyn* (3 bulan 1 kali).
 - b. Jadwal penggantian *vitrage* (2 bulan 1 kali).
 - c. Jadwal penggantian *blackout* (6 bulan 1 kali).

- d. Jadwal penggantian *vertical blind* (1 tahun 1 kali).
- e. Diluar jadwal tersebut bisa dilakukan jika diperlukan.
- 19. Jadwal pergantian linen Unit Rawat Inap:
 - a. Setiap hari untuk pasien VVIP dan Utama.
 - b. Setiap 2 hari sekali untuk pasien kelas 1.
 - c. Setiap 3 hari sekali untuk kelas 2 dan 3.
- 20. Linen Unit Rawat Inap dilakukan *stock opname* minimal 3 bulan sekali.
- 21. Standar set linen Unit Rawat Inap 3-4 par dengan perhitungan:
 - a. Satu par digunakan pasien.
 - b. Satu par bersih di lemari linen unit.
 - c. Satu par proses pencucian Unit Binatu.
 - d. Satu par disimpan di Logistik Umum.
- 22. Kebutuhan linen steril di Unit Rawat Inap dapat diambil di Unit OK.
- 23. Penggunaan baju ruang isolasi digunakan oleh petugas kesehatan dan penunggu pasien. Pasien menggunakan baju pasien.
- 24. Penandaan linen rawat inap menggunakan kode
- 25. Linen/ baju pasien tidak perlu di ganti jika terjadi perpindahan pasien antar rawat inap pemulihan baju pasien akan di lakukan oleh Unit Binatu, dimana Unit Binatu akan mengembalikan baju pasien ke unit Rawat Inap sesuai kode.
- 26. Pencucian kasur rawat inap dilakukan dan diturunkan mengikuti sesuai jam operasional Unit Binatu.
- 27. Perlakuan linen rusak/terdapat noda permanen rawat inap diserahkan ke Unit Binatu untuk dilakukan penggantian.
- 28. Pasien Unit Rawat Inap yang meninggal pemulazaran jenazah menggunakan linen jenazah.
- 29. Inventory linen Unit Rawat Inap dilakukan setiap satu bulan sekali bersama dengan Unit Binatu.

J. Kegiatan Pemulangan Pasien di Unit Rawat Inap

- 1. DPJP memberikan *advice* pasien boleh pulang.
- 2. DPJP membuat resume medik pasien pulang sesuai kondisi pasien saat pulang : pulang perbaikan/pulang atas permintaan sendiri/dirujuk/meninggal.
- 3. DPJP membuat surat sakit dan surat keterangan dirawat jika ada permintaan pasien
- 4. Perawat Unit Rawat Inap memberitahu billing ruangan bahwa pasien rencana pulang.
- 5. Perawat Unit Rawat Inap mengklik rencana pulang pada SIMRS pasien/SC perawat di komputer rawat inap.
- 6. Perawat Unit Rawat Inap melakukan order obat pulang pasien.
- 7. Perawat Unit Rawat Inap melakukan retur obat dan alkes pasien yang sudah tidak digunakan.
- 8. Perawat Unit Rawat Inap Memberikan Ontang Anting ke ruang billing
- 9. Perawat Unit Rawat Inap membuat resume keperawatan.
- 10. Perawat Unit Rawat Inap menyiapkan copy hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang dan obat pulang.
- 11. Jika pasien asuransi resume medis dan hasil penunjang pasien di berikan ke billing.
- 12. Unit Rawat Inap menerima telpon dari billing bahwa billing pasien sudah selesai.

13. Perawat Unit Rawat Inap memberikan informasi kepada pasien/keluarga pasien bahwa billing pasien sudah selesai dan memberikan form pasien pulang (keluar RS)
14. Keluarga pasien melakukan pembayaran ke billing rawat inap dengan membawa form pasien pulang (keluar RS) yang diberikan oleh perawat ruangan.
15. Perawat Unit Rawat Inap menerima telpon dari billing bahwa pembayaran pasien sudah selesai
16. Perawat Unit Rawat Inap menerima form pulang (keluar RS) dari keluarga pasien yang sudah ditandatangani dan di cap oleh bagian billing.
17. Perawat Unit Rawat Inap menyerahkan copy resume medik pasien pulang, surat sakit dan surat keterangan dirawat (jika ada), form pemeriksaan lab/radiologi saat kontrol (jika ada), hasil laboratorium dan pemeriksaan penunjang dengan pasien dan keluarga.
18. Jika pasien pulang atas permintaan sendiri (APS) resume medis tidak diberikan ke pasien/keluarga pasien
19. Serah terima obat pasien pulang dilakukan oleh apoteker ruangan.
20. Perawat Unit Rawat Inap memberitahukan ke pasien dan keluarga setelah keluar dari rawat inap untuk mendaftarkan antrian kontrol ke poli rawat jalan.
21. Perawat Unit Rawat Inap melakukan klik pasien pulang.
22. Perawat Unit Rawat Inap memberikan form check list kepada security untuk di berikan ke pendaftaran.
23. Perawat Unit Rawat Inap menggunting gelang identitas pasien.
24. Perawat Unit Rawat Inap merapihkan status rekam medis pasien pulang.
25. Pasien rawat inap izin keluar sementara saat dalam masa perawatan
 - a. Pasien atau penanggung jawab pasien menyampaikan keinginannya untuk izin pulang dalam jangka waktu tertentu selama dalam perawatan rumah sakit.
 - b. Penanggung jawab pasien mengisi dan menandatangani formulir Permohonan Izin Pasien Pulang Dalam Jangka Waktu Tertentu setelah mendapat penjelasan medis mengenai keadaan pasien dan risiko yang mungkin terjadi saat pasien keluar rumah sakit.
 - c. Perawat Unit Rawat Inap memberitahukan permintaan pasien atau penanggung jawab pasien tersebut kepada DPJP.
 - d. DPJP menandatangani surat permohonan tersebut sebagai tanda mengetahui dengan mempertimbangkan kondisi medis pasien.
 - b. Perawat Unit Rawat Inap mengkaji keluhan, kondisi umum, tanda-tanda vital pasien dan mendokumentasikan di formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi sesaat sebelum pasien meninggalkan rumah sakit.
 - c. Perawat Unit Rawat Inap mempersiapkan pasien untuk meninggalkan rumah sakit sementara pada waktu yang telah ditentukan.
 - d. Pasien rawat inap wajib kembali ke rumah sakit dan menempati ruang perawatan yang sama dalam waktu 1 x 24 jam sejak pasien keluar dari rumah sakit.
 - e. Perawat Unit Rawat Inap melaporkan kepada DPJP jika pasien sudah meninggalkan rumah sakit.
21. Pasien rawat inap pulang atas permintaan sendiri
 - a. Pasien rawat inap yang meminta pulang atas permintaan sendiri harus sepengetahuan DPJP

- b. Pasien yang pulang atas permintaan sendiri wajib mengisi dan menandatangani formulir surat pernyataan penolakan untuk melanjutkan rawat inap .
- 22. Pasien rawat inap meninggal
 - a. Pasien rawat inap yang meninggal dibuatkan surat keterangan kematian
 - b. Pasien rawat inap yang meninggal dibuatkan form serah terima jenazah
 - c. Pasien rawat inap yang meninggal menggunakan linen jenazah
- 23. Pasien rawat inap dirujuk.
 - a. Pasien rawat inap yang membutuhkan asuhan yang tidak tersedia di RSIH maka akan difasilitasi untuk dirujuk ke fasilitas kesehatan lainnya dengan mempertimbangkan keadaan pasien.
 - b. Pasien rawat inap yang dirujuk dibuatkan surat rujukan.
 - c. Pasien rawat inap yang dirujuk akan diantarkan oleh ambulans rumah sakit ke tempat tujuan rujukan didampingi oleh perawat.
- 24. Pasien rawat inap yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri)
 - a. Pasien rawat inap yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan adalah pasien yang keluar dari lingkungan rumah sakit tanpa izin dan pemberitahuan terlebih dahulu kepada petugas rumah sakit.
 - b. Pasien / penanggung jawab pasien tersebut akan dihubungi oleh perawat Unit Rawat Inap untuk menanyakan keberadaan dan alasan pasien meninggalkan rumah sakit.
 - c. Perawat Unit Rawat Inap melaporkan kasus ini kepada Manager Pelayanan Pasien (MPP)
 - d. MPP membuat janji temu kepada pasien /penanggung jawab pasien untuk menjelaskan mengenai potensi risiko yang mungkin terjadi dan memotivasi pasien untuk mencari pelayanan kesehatan lebih lanjut

BAB V LOGISTIK

A. Perencanaan Logistik

Perencanaan kebutuhan logistik merupakan kegiatan untuk menentukan jumlah dan periode pengadaan logistik di Unit Rawat Inap sesuai dengan hasil kegiatan pemilihan untuk menjamin terpenuhinya kriteria tepat jenis, tepat jumlah, tepat waktu dan efisien. Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan logistik dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan sehingga tercapai efisiensi dan penghematan biaya serta kualitasnya dapat dipertanggungjawabkan.

Adapun kelompok logistik di meliputi :

Tabel 5.1 Barang Logistik Umum

NO	JENIS BARANG LOGISTIK UMUM	STANDAR STOK				ALUR PENGADAAN	
		ANTHURIUM	ASOKA	AKASIA	SATUAN	RUTIN	TIDAK RUTIN
1	Kertas HVS A4	1	3	1	Rim	√	
2	Amplop RSIH besar & Amplop RSIH kecil	1/2	2/2	1/1	Pax	√	
3	Bindex	-	3	-	Pcs	√	
4	Plastik klip obat 25 x 35 /100	5	3	2	Pax	√	
5	Busnies file	5	10		Pcs	√	
6	Spidol permanen dan board marker	2/2	3/3	2/2	Pcs	√	
7	Lem kertas	1	4	1	pcs	√	
8	Lakban bening	2	2	2	pcs	√	
9	Refil tinta printer (4 Warna)	1	1	1	pcs	√	
10	Plastik kuning 55 x60	3	3	2	pax	√	
11	Isi Cuter	1	1	1	pax	√	
12	Isi Staples no.10	1	2	1	pax	√	
13	Plastik putih 60 x100 / 16	5	4	2	pax	√	

14	Buku Kecil Head cover 100 lembar	2	3	2	pcs	√	
15	Buku Polio hedcover 200 lembar	2	3	2	pcs	√	
16	Formulir asuhan keperawatan		4	2	pax	√	
17	Plastik kuning 60x100		3	1	pax	√	
18	Penghapus		1		pcs	√	
19	Label 109/10 sheet	5	5	2	pax	√	
20	Label 121/10 sheet	5	5	2	pax	√	
21	Stabilo	1	2		pcs	√	
22	Double tip 2cm	2	2		pcs	√	
23	Klip Binder 111 (25mm)	1	1		pcs	√	
24	Baterai AAA (kecil)	10	10	3	pcs	√	
25	Baterai AA (sedang)	10	8	3	pcs	√	
26	Baterai (besar)	2	4		pcs	√	
27	Post It 3 x 3	2	3	2	pax	√	
28	Tisu Facial 250 sheet	4	4	2	pax	√	
29	Pulpen 4 warna	4	4	2	pax	√	
30	Pulpen Tinta Hitam	6	5	4	pax	√	

Tabel 5.2 Barang Logistik Farmasi

NO	JENIS BARANG LOGISTIK FARMASI DENGAN PENGANTIAN RESEP	STANDAR STOK				ALUR PENGADAAN	
		ANTHU RIUM	ASOKA	AKASIA	SATUAN	RUTIN	TIDAK RUTIN
1	Guedel berbagai ukuran	6	1	6	Pcs	√	
2	Micropore berbagai ukuran	6	5	6	Pcs	√	
3	Electroda Dewasa	5	5	10	Pcs	√	
4	Infus macro Set	2	3	2	Pcs	√	
5	Bloodset	2	3	2	Pcs	√	
6	Three Way Discovix Tubing	2	3		Pcs	√	
7	Masker Nebulizer Adult	1	2	1	Pcs	√	
8	Suction Catheter berbagai ukuran	5	2	4	Pcs	√	
9	Extensin Tube 150M	2	3	2	Pcs	√	
10	Meylon 25 ml	2	3		Pcs	√	
11	Tounge Spatel Kayu	100	100	100	Pcs	√	
12	Dex 5%	3	3	3	Pcs	√	
13	Elektroda Anak	0	0	0	Pcs	√	
14	NaCl 0.9 % 100	2	3	3	Pcs	√	
15	RingAs 500 ml	2	3	3	Pcs	√	
16	Kassa Rol 100 CM	1	1	1	Pcs	√	
17	Sput Insulin	-	3		Pcs	√	
18	Folley Cath 2 way no 12	2	2	1	Pcs	√	
19	Syringe berbagai ukuran	3	3	3	Pcs	√	
20	Folley Cath 2 Way no 14	2	3	2	Pcs	√	
21	Folley Cath 2 Way no 16	2	3	2	Pcs	√	
22	Folley Cath no 18	2	2	1	Pcs	√	
23	Cath Jelly	2	3	2	Pcs	√	
24	Urine Bag	2	3	2	Pcs	√	
25	Glove sterille berbagai ukuran	8	2	6	Pcs	√	
26	IV Chateter berbagai ukuran	3	3	3	Pcs	√	
27	IV3000 berbagai ukuran	3	3	3	Pcs	√	
28	Nasal Canul berbagai ukuran	4	3	2	Pcs	√	
29	Simple Mask	2	2	1	Pcs	√	
30	Rebreathing Mask	1	2	1	Pcs	√	
31	Non Rebreathing Mask	3	2	2	Pcs	√	
32	NGT berbagai ukuran	2	2	2	Pcs	√	

33	Catheter Tip 50 ml	2	2	2	Pcs	√	
34	Pampers Dewasa (All Size)	0	0	0	Pcs	√	
35	ETT berbagai Ukuran	2	2	2	Pcs	√	
36	Bethadine 1000 ml	1	1	1	Pcs	√	
37	Dextrose 40% 25ml	5	3	2	Pcs	√	
38	Dextrose 10 % 500ml	2	2	2	Pcs	√	
39	Niplenut	2	2	2	Pcs	√	
40	NaCl 0.9% 500 ml	2	3	2	Pcs	√	
41	RL 500 ml	2	3	2	Pcs	√	
42	KYJeli	1	1	1	Pcs	√	
43	Needle berbagai ukuran	0	2	0	Pcs	√	
44	Masker Nebu Anak	1	1	1	Pcs	√	
45	Mgso40% 25 ml	0	2	0	Flakon	√	
46	KCL 25 ml	0	3	0	Flakon	√	
47	Sulfas Atropin	10	6	3	Amp	√	
48	Epineprin	10	10	3	Amp	√	
49	Dopamin	3	1	1	Vial	√	
50	Dobutamin	5	3	1	Vial	√	
51	Fasorbid	2	3	2	Amp	√	
52	Vascon	2	3	3	Amp	√	
53	Aminophilin	2	3	2	Amp	√	
54	Dexa	5	6	4	Amp	√	
55	Ca Gluconas	2	2	1	Amp	√	
56	Amiodarone	5	6	5	Amp	√	
57	Fargoxin	2	2	2	Amp	√	
58	Myotonic	1	1	1	Amp	√	
59	Farsix	5	10	3	Amp	√	
60	Lidocain	5	10	3	Amp	√	

Tabel 5.3 Barang Logistik Farmasi Masuk Ke Tarif Kamar

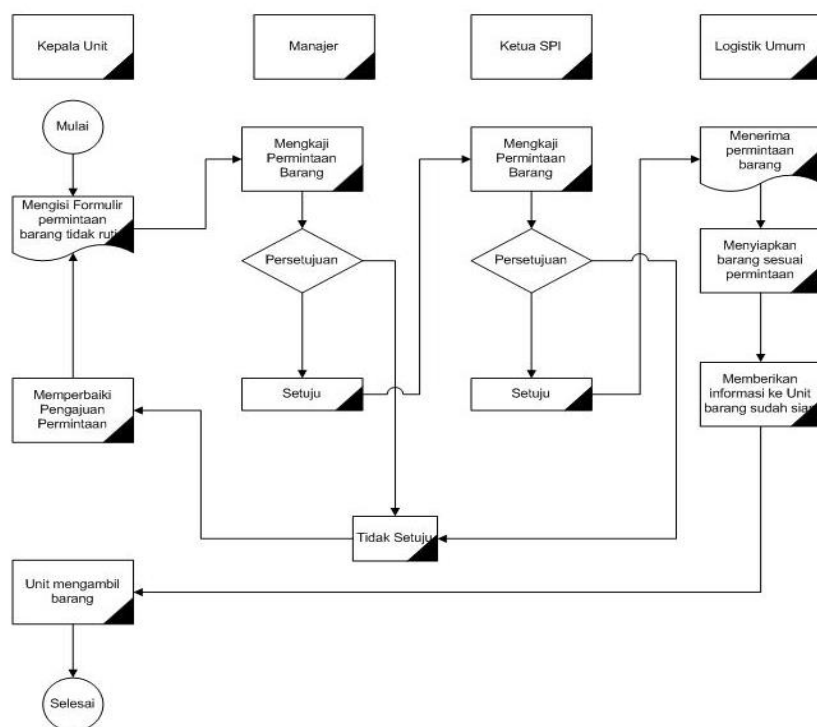
No	JENIS BARANG LOGISTIK FARMASI MASUK KE TARIF KAMAR	STANDAR	JENIS PENGADAAN	
		STOK	RUTIN	TIDAK RUTIN
1	Glove (@50 pcs)	6	√	
2	Masker earloop (@50 pcs)	10	√	
3	Aqua Bides	4	√	
4	OK Plast (@100 pcs)	2	√	
5	Para Film (1 pcs= 4 cm)	1	√	
6	Alkohol swab (@ 100)	3	√	

No	JENIS BARANG LOGISTIK UMUM MASUK KE TARIF KAMAR	STANDAR STOK	JENIS PENGADAAN	
			RUTIN	TIDAK RUTIN
1	Paket Kelas VVIP	10	√	
2	Paket Kelas utama dewasa	15	√	
3	Paket Kelas utama anak	8	√	
4	Paket Kelas 1 dewasa	15	√	
5	Paket Kelas 1 Anak	8	√	
6	Paket Kelas 2	15	√	
7	Paket Kelas 3	20	√	

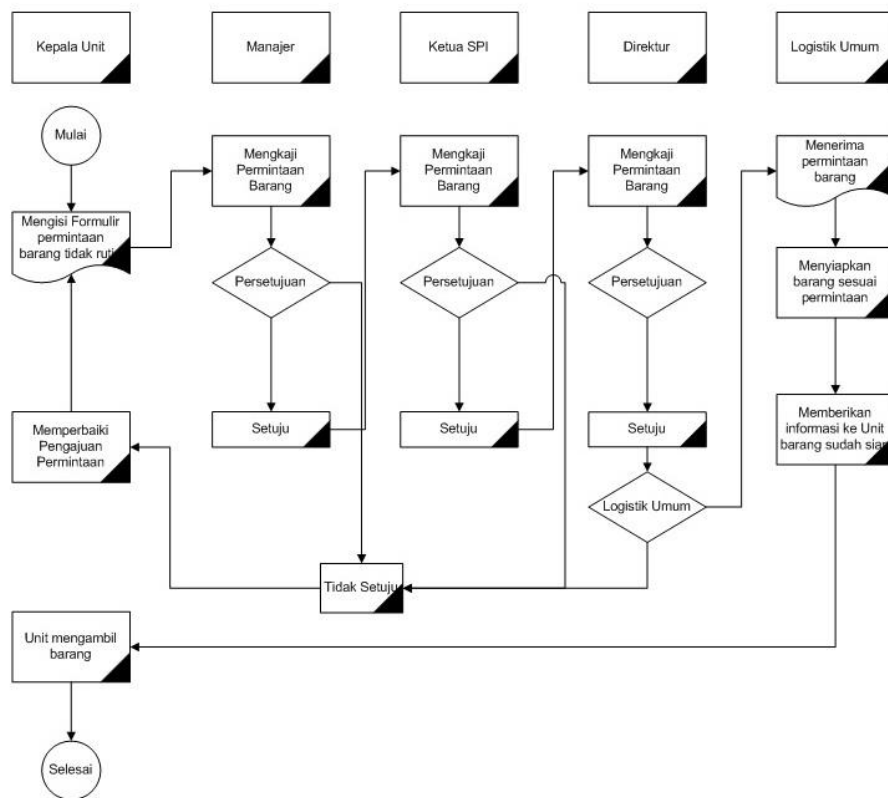
Tabel 5.4 Barang Logistik Umum Masuk Ke Tarif Kamar

Pengadaan logistik di Unit Rawat Inap dilakukan melalui Logistik Umum dan/atau Logistik Farmasi, sesuai dengan ketentuan atau prosedur yang sudah ditetapkan.

Adapun pengadaan logistik di Unit Rawat Inap dilakukan berdasarkan alur sebagai berikut :



Gambar 5.1 Bagan Alur Pengadaan Logistik Rutin



Gambar 5.2 Bagan Alur Pengadaan Logistik Tidak Rutin

B. Pengendalian Logistik

Pengendalian dilakukan terhadap jenis, jumlah dan penggunaan logistik. Tujuan pengendalian persediaan logistik adalah untuk memastikan persediaan efektif dan efisien atau tidak terjadi kelebihan dan kekurangan/kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, dan kehilangan serta pengembalian pesanan logistik. Adapun cara untuk mengendalikan persediaan logistik di Unit Rawat Inap adalah :

1. Melakukan evaluasi persediaan yang jarang digunakan (*slow moving*).
2. Melakukan evaluasi persediaan yang tidak digunakan dalam waktu tiga bulan berturut-turut (*death stock*).
3. *Stock opname* yang dilakukan secara periodik dan berkala.

C. Monitoring dan Evaluasi Logistik

Untuk mencapai akuntabilitas terhadap penyelenggaraan pelaksanaan kegiatan dan pengembangan di Unit Rawat Inap diperlukan adanya manajemen kegiatan berupa monitoring dan evaluasi. Adapun yang menjadi indikator dalam melakukan monitoring dan evaluasi adalah sebagai berikut:

- Ketepatan perencanaan kebutuhan selama periode tertentu.
- Ketepatan pengalokasian dana yang berdampak terhadap pemenuhan/kebutuhan.
- Ketepatan penyimpanan yang berpotensi terjadinya kerusakan, kesalahan dalam pemberian, kehilangan fisik yang tidak mampu telusur, kesalahan dalam pendistribusian.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Identifikasi Resiko Keselamatan Pasien

Untuk mencegah terjadinya resiko keselamatan pasien dalam di Unit Rawat Inap maka semua unit-unit di Rawat Inap wajib melakukan identifikasi resiko keselamatan pasien sesuai dengan Pedoman Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Identifikasi keselamatan pasien antara lain:

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar;
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif;
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar;
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh.

a. Manajemen Risiko Keselamatan Pasien

Manajemen Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap yakni:

1. Melakukan identifikasi pasien sesuai standar yang berlaku.
2. Peningkatan komunikasi efektif.
 - a. Melakukan komunikasi efektif SBAR pada saat :
 - 1) Komunikasi antar perawat.
 - 2) Komunikasi perawat dengan dokter.
 - 3) Komunikasi antar staf kesehatan lainnya yang bertugas di Rumah sakit.
 - b. Menggunakan komunikasi SBAR pada saat :
 - 1) Pergantian *shift* jaga.
 - 2) Terjadi perpindahan rawat pasien.
 - 3) Terjadi perubahan situasi atau kondisi pasien.
 - 4) Melaporkan hasil pemeriksaan, efek samping terapi/tindakan, atau perburukkan kondisi pasien melalui telepon kepada dokter yang merawat.
3. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai
 - a. Melaksanakan SPO *Independent Double Check*, Obat kewaspadaan tinggi pada obat-obat yang termasuk dalam daftar obat *High Alert*.
 - b. Melakukan pengkajian 5 tepat (tepat jenis, tepat pasien, tepat dosis, tepat rute, tepat cairan pelarut) baik obat, darah maupun produk darah lain sebelum diberikan kepada pasien.
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien pada operasi.
5. Pengurangan Risiko Infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - a. Melakukan pengisian formulir data pemantauan surveilans:
 - 1) Infeksi luka infuse/flebitis.
 - 2) Infeksi aliran darah.
 - 3) Infeksi saluran kemih.
 - 4) Infeksi daerah operasi.
 - 5) HAP (*hospital acquired pneumonia*).

- 6) Kepatuhan kebersihan tangan.
- b. Melakukan pemantauan kegiatan pengendalian infeksi.
- c. Melakukan pelaporan dan analisa kejadian infeksi.
- d. Melakukan sosialisasi hasil analisa kejadian infeksi.
- e. Melakukan evaluasi kegiatan pengendalian infeksi.
- 6. Pengurangan Risiko pasien jatuh:
 - a. Melakukan pencegahan pasien jatuh dengan *assesment* risiko dan tindak lanjut kepada pasien yang dirawat.
 - b. Melakukan pengkajian risiko pasien jatuh dan edukasi pasien dan keluarga.
 - c. Melaporkan kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi.
 - d. Melakukan analisa sederhana terhadap kejadian KTD yang terjadi di masing-masing unit pelayanan.
 - e. Melakukan sosialisasi hasil analisa KTD yang terjadi.

b. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Pasien

1. Tata Laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat 7 langkah menuju keselamatan pasien Rumah Sakit. Adapun 7 langkah tersebut adalah :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan pengkajian hal potensial bermasalah.
- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara-cara yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa suatu kejadian timbul.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

2. Standar Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien ada beberapa standar yang harus diterapkan, yaitu :

- a. Hak pasien.
- b. Mendidik pasien dan keluarga.
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
- f. Mendidik karyawan tentang keselamatan pasien.

- g. Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.
- 3. Sasaran Keselamatan Pasien
 - a. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.
 - b. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan limbah termasuk limbah B3 (Bahan Berbahaya dan Beracun).
 - c. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan sanitasi dan lingkungan.
 - d. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan linen.
 - e. Pengurangan risiko infeksi terkait dengan pengelolaan makanan.
- 4. Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran.

Medication error terjadi akibat pemberian obat ataupun salah mendiagnosis yang berdampak pada kesalahan dalam pemberian obat, yang termasuk kesalahan dalam pengobatan (*Medication Error*) adalah :

 - 1) Salah Obat.
 - 2) Salah dosis.
 - 3) Salah jumlah obat.
 - 4) Salah resep/*order* yang berkaitan dengan penyakit atau kondisi pasien.
 - 5) Salah aturan pakai obat/frekuensi pemberian.
 - 6) Salah rute pemberian (Misalnya seharusnya diberikan intramuscular tetapi diberikan intravena).
 - 7) Salah pasien.
 - 8) Salah indikasi.
 - 9) Obat Kadaluaarsa.

BAB VII KESELAMATAN KERJA

A. Identifikasi Risiko Keselamatan Kerja

Risiko Keselamatan Staf (*Staff Safety*)

1. Tertusuk jarum suntik.
2. Terpapar cairan tubuh pasien (bahan infeksius).
3. Terpapar bahan kimia cair.
4. Terpapar infeksi terutama *air-borne*.
5. Terpapar bahaya radiasi dari obat kemoterapi.
6. *Security hazard* dari pasien/pengunjung.

B. Manajemen Risiko Keselamatan Kerja

1. Manajemen Keselamatan Staf

- a. Menerapkan *universal precaution* dalam setiap tindakan.
- b. Selalu menggunakan Alat Pelindung Diri (sarung tangan, masker, alat pelindung mata/muka) pada saat melakukan prosedur.
- c. *Sputum* dan benda tajam lainnya diletakkan dalam wadah tahan tusuk. Jangan menutup, membengkokkan atau mematahkan benda tajam secara manual.
- d. Permukaan meja, lantai harus didekontaminasi dengan desinfektan kimiawi setelah ada tumpahan bahan infeksius.
- e. Pengadaan, penyimpanan, pemakaian dan pembuangan B3 sesuai dengan prosedur.
- f. Monitoring paparan radiasi dengan personal monitor.
- g. Prosedur penanganan *needle stick injury* dan cairan tubuh lainnya.
- h. Pelatihan pencegahan dan pengendalian infeksi RS.
- i. Penanaman budaya *safety*.
- j. Memberikan pendidikan untuk setiap prosedur dan bahan berbahaya yang baru
- k. Melakukan edukasi bencana :
 - 1) Kode yang diumumkan melalui *paging* :
 - Red Code* : pemberitahuan kebakaran.
 - Green Code* : pemberitahuan gempa.
 - Blue Code* : pemberitahuan henti jantung.
 - 2) Kode yang tidak diumumkan melalui *paging* :
 - Black Code* : pemberitahuan ancaman bom.
 - Purple Code* : pemberitahuan pasien IGD melebihi kapasitas pelayanan.
 - Pink Code* : pemberitahuan penculikan bayi/anak..
 - 107 Code* : pemberitahuan adanya wabah.
- l. Melakukan edukasi kebakaran
 - 1) Prosedur bila menemukan api : RACE
 - R / *Rescue* : selamatkan orang dekat api.
 - A / *Alarm* : tekan alarm atau hubungi *security*
 - C / *Confine* : batasi perjalanan api dengan menutup pintu/jendela.
 - E / *Extinguish*: padamkan api dengan APAR.
 - 2) Prosedur penggunaan APAR : PASS
 - P / Pin pengaman dicabut.

- A / Arahkan *spray nozzle* ke dasar api.
- S / Semprotkan APAR dengan menekan *handle*.
- S / Sapukan ke sisi-sisi api.
- 3) Prosedur bila mendengar *Code Red* : 4S
 - S / Stop pekerjaan.
 - S / Siapkan pasien-pasien, rekam medis dan peralatan penting lainnya yang akan di evakuasi.
 - S / Setelah terdengar instruksi lewat *paging* lakukan evakuasi sesuai dengan petunjuk.
 - S / Selalu menggunakan tangga darurat.
- m. Melakukan edukasi bila terjadi gempa :
 - J / Jangan tinggalkan ruangan sampai gempa berhenti.
 - J / Jatuhkan tubuh/berlindung dibawah meja atau *furniture* yang kokoh.
 - J / Jauhi benda yang mudah jatuh.
 - J / Jangan panik dan tunggu instruksi selanjutnya.

C. Pencegahan dan Pengendalian Risiko Keselamatan Kerja

1. Keselamatan dan Kesehatan Kerja Pegawai:
 - a. Pemeriksaan kesehatan prakerja.
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala.
 - c. Pencegahan dan penanganan kecelakaan kerja (tertusuk jarum bekas).
 - d. Pencegahan dan penanganan penyakit akibat kerja.
 - e. Penanganan dan pelaporan kontaminasi bahan berbahaya.
 - f. *Monitoring* ketersediaan dan kepatuhan pemakaian APD bagi staf.
 - g. *Monitoring* penggunaan bahan desinfeksi.
2. Pengelolaan Bahan dan Barang Berbahaya:
 - a. *Monitoring* kerjasama pengendalian hama.
 - b. *Monitoring* ketentuan pengadaan jasa dan barang berbahaya.
 - c. Memantau pengadaan, penyimpanan dan pemakaian B3.
3. Kesehatan Lingkungan Kerja:
 - a. Penyehatan ruang bangunan dan halaman Rumah Sakit.
 - b. Penyehatan *hygiene* dan sanitasi makanan dan minuman.
 - c. Penyehatan air.
 - d. Pengelolaan limbah.
 - e. Pengelolaan tempat pencucian.
 - f. Pengendalian serangga, tikus, dan binatang pengganggu.
 - g. Desinfeksi dan sterilisasi.
 - h. Kawasan tanpa rokok.
4. Pengelolaan Limbah Medis Padat, Cair dan Gas:

Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/ pemusnahan. Kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah dengan kandungan logam berat, limbah farmasi, limbah kimia. Pemisahan limbah sesuai jenisnya, antara lain limbah infeksius, non infeksius, limbah benda tajam dan limbah cair. Wadah tempat penampungan sementara diberi label sesuai pemilahannya yaitu kuning

infeksius, hitam non infeksius, coklat kimia farmasi, ungu sitotoksik, dan safety box untuk benda tajam. Pengangkutan menggunakan troli khusus yang kuat, tertutup dan mudah dibersihkan, petugas dalam pengangkutan menggunakan APD untuk dibawa ke tempat penampungan sementara (TPS) yang bertempat di area terbuka dan dapat dijangkau oleh kendaraan pihak ke 3.

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

A. Indikator Mutu

Pengendalian mutu di Unit rawat inap RS Intan Husada dilakukan berdasarkan standar mutu rumah sakit yang meliputi :

1. Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal Medis Pasien Ranap 1x24 jam

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Meningkatkan persentase kelengkapan formulir asesmen awal medis pasien rawat inap	Formulir asesmen awal medis diisi oleh DPJP dalam 1 x 24 jam	100% formulir asesmen awal medis terisi lengkap dalam 1 x 24 jam	Penanggung Jawab Mutu Unit

2. Kelengkapan Pengisian Asesmen Awal Keperawatan Pasien Ranap 1x24 jam

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Meningkatkan persentase kelengkapan pengisian formulir asesmen awal keperawatan pasien rawat inap	Formulir asesmen awal keperawatan diisi oleh perawat dalam 1 x 24 jam	100% formulir asesmen awal keperawatan diisi lengkap oleh perawat dalam 1 x 24 jam	Penanggung Jawab Mutu Unit

3. Kepuasan Pasien rawat Inap

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Tergambarnya persepsi kepuasan pasien rawat inap terhadap mutu pelayanan rawat inap	Penilaian kepuasan dari pasien rawat inap	90% pasien rawat inap puas	Penanggung Jawab Mutu Unit

4. Kepatuhan jam visite dokter spesialis

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Tergambarnya kepatuhan dokter spesialis (spesialis part dan full time)	Dokter spesialis jantung,orthopedi dan full time yang visite di rawat inap	80% Dokter spesialis jantung,orthopedi dan full time patuh visite pada jam < 14.00 WIB di rawat inap	Penanggung Jawab Mutu Unit

terhadap ketepatan waktu pemberian pelayanan			
--	--	--	--

5. Kepatuhan identifikasi pasien

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Tergambarnya kepatuhan PPA dalam memastikan kebenaran data dari rekam medis pasien dan agar tidak terjadinya kesalahan dalam pemberian tindakan pelayanan pasien selama perawatan di rumah sakit.	PPA (dokter, perawat, Dietisien, Apoteker) di rawat inap	100% PPA melakukan identifikasi pasien	Penanggung Jawab Mutu Unit

6. Kepatuhan verbal order/telepon yang diverifikasi dalam 1 x 24 jam

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Mengurangi jumlah verbal order	Jumlah verbal order yang dilakukan verifikasi dalam 1x24 jam	80% verbal order diverifikasi dalam 1 x 24 jam	Penanggung Jawab Mutu Unit

7. Kepatuhan upaya pencegahan risiko cedera akibat pasien jatuh

TUJUAN	SASARAN	INDIKATOR	PIC
Mengurangi terjadinya risiko cedera akibat pasien jatuh	Perawat melakukan edukasi informasi dan implementasi pencegahan risiko jatuh	100% perawat melakukan edukasi informasi dan implementasi pencegahan risiko jatuh pada pasien rawat inap	Penanggung Jawab Mutu Unit

B. Monitoring

Monitoring merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengusahakan agar pekerjaan terlaksana sesuai dengan rencana, target, instruksi, pedoman, standar,

peraturan dan hasil yang telah ditetapkan sebelumnya agar mencapai tujuan yang diharapkan. Dalam hal ini, monitoring dilakukan terhadap 7 indikator mutu rawat inap

C. Evaluasi

Evaluasi dilakukan berdasarkan hasil dari monitoring indikator mutu.

D. Pelaporan

Laporan dilakukan sebagai bahan untuk peningkatan pelayanan di unit rawat inap. Pelaporan indikator mutu dilakukan oleh Unit Rawat Inap setiap bulan ke kepala unit rawat inap dan PMKP

E. *Continuous Improvement*

1. Penyusunan program kerja unit terkait hasil analisa indikator mutu Unit Rawat Inap.
2. Revisi prosedur dan kebijakan, maupun penyusunan prosedur/kebijakan baru di Unit Rawat Inap.
3. Sosialisasi dan reedukasi terkait indikator mutu unit di Unit Rawat Inap.
4. Pengembangan staf Unit Rawat Inap melalui pendidikan dan pelatihan.

BAB IX PENUTUP

Pedoman Pelayanan Unit Rawat Inap ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi semua pihak yang terlibat dalam pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit, sehingga dapat meningkatkan derajat keselamatan dan kesehatan pekerja yang setinggi-tingginya dan timbul pekerjaan yang efektif dan efisien.

Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja akan terlaksana dengan optimal bila didukung oleh pengambil kebijakan dan seluruh staf kesehatan yang terlibat dalam pelayanan kesehatan. Disamping itu staf di rumah sakit diharapkan mampu memahami program keselamatan dan kesehatan kerja, agar tercipta efektifitas kerja.

DAFTAR PUSTAKA

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana Rumah Sakit
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 24 Tahun 2016 Tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tentang Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit Tahun 1999
- S. Suarli-yanyan Bahtiar. Manajemen keperawatan dengan pendekatan kritis. Erlangga. Jakarta