



PERATURAN DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT
NOMOR : 001/ PER / DIR / P02 / RSUD-DM / I / 2018

TENTANG
KEBIJAKAN PELAYANAN RSUD dr. MURJANI SAMPIT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR RSUD dr. MURJANI SAMPIT

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi;
- b. bahwa agar pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Peraturan Direktur tentang Kebijakan Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit sebagai landasan bagi penyelenggaraan seluruh pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 27 Tahun 1959 tentang Penetapan Undang-Undang Darurat Nomor 3 tahun 1953 tentang Pembentukan Daerah Tingkat II di Kalimantan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1953 Nomor 9) sebagai Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1959 Nomor 72, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1820);
2. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);
3. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 1441 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5072);
5. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 472 Tahun 1996

tentang Pengamanan Bahan Berbahaya Bagi Kesehatan;

6. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 363/Menkes/Per/IV/1998 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat;
7. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis;
8. Peraturan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 72 Tahun 2016 Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
9. Peratutan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
10. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan di lingkungan Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Standar Pelayanan Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit ;
14. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1203/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan *Intensive Care Unit*;
15. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 382/Menkes/SK/III/2007 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnnya;
16. Peraturan Bupati Kotawaringin Timur Nomor 53 Tahun 2009 tentang Rincian Tugas Pokok, Fungsi dan Uraian Tugas RSUD dr.Murjani Sampit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH DR. MURJANI SAMPIT.**

PASAL 1
KEBIJAKAN PELAYANAN RUMAH SAKIT
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

1. Pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit harus selalu berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
2. Direktur bertanggung jawab dalam perencanaan dan evaluasi keberhasilan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
3. Direktur menetapkan komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja sebagai pelaksana proses peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien dengan dibantu oleh *Champion Unit* di masing masing unit Rumah Sakit. Ketentuan ini ditetapkan direktur dalam sebuah surat keputusan.
4. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien dilaporkan oleh direktur RSUD dr. Murjani Sampit kepada Dewan Pengawas RSUD dr. Murjani Sampit tiap tiga bulan sekali untuk di evaluasi dan dibahas bersama penyelesaian atas permasalahan yang ada.
5. Indikator mutu.
 - a. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit sehingga dapat menerapkan langkah-langkah upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerjanya.
 - b. RSUD dr. Murjani Sampit mempunyai indikator yang terdiri dari:
 - 1) Indikator Mutu Klinis
 - 2) Indikator Mutu Manajemen
 - 3) Indikator Sasaran keselamatan Pasien (*Patient Safety Goals*)
 - 4) Indikator JCI *library of measure*
 - c. Pelaporan Indikator Mutu berupa pelaporan indikator mutu utama yang terdiri dari indikator mutu klinis, indikator mutu manajemen, sasaran keselamatan pasien, dan JCI dan indikator mutu unit. Indikator dilaporkan secara rutin setiap bulan oleh unit kepada Komite Mutu, Keselamatan, dan Kinerja (KMKK).
 - d. Setiap data laporan indikator mutu dilakukan validasi data.
6. Insiden Keselamatan Pasien
 - a. Setiap Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan kepada Komite Mutu, Keselamatan dan kinerja RSUD dr. Murjani Sampit dalam waktu 2 x 24 jam menggunakan formulir pelaporan insiden keselamatan pasien.
 - b. Insiden keselamatan pasien meliputi Kejadian potensi cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), dan sentinel.
7. Manajemen Risiko
 - a. Setiap unit memiliki kewajiban membuat register risiko yang ada di unit yang memberi risiko terhadap keselamatan pasien, staf, dan alat kesehatan.
 - b. Tiap register risiko dilakukan analisa grading, dan dilakukan *Failure Mode of Effect and Analysis* (FMEA) tiap tahunnya.
8. *Clinical Pathway* dan Panduan praktik klinis
 - a. *Clinical Pathway* merupakan sebuah rencana yang menyediakan secara detail setiap tahap penting dari pelayanan kesehatan, bagi sebagian besar pasien dengan masalah klinis (diagnosis atau prosedur) tertentu, berikut dengan hasil yang diharapkan.
 - b. Tujuan Implementasi *Clinical Pathway* adalah untuk:
 - 1) Menstandarisasi proses perawatan klinis.
 - 2) Mengurangi risiko yang muncul dalam proses perawatan, klinis secara tepat waktu dan efektif dengan sumber daya yang muncul dalam proses perawatan.

- 3) Menyediakan perawatan klinis secara tepat waktu dan efektif dengan sumber daya yang ada secara efisien.
- 4) Menyediakan perawatan bermutu dengan menggunakan praktik-praktik yang sudah terbukti.
- c. Setiap tahun RSUD dr. Murjani Sampit menetapkan setidaknya 5 (lima) prioritas pelayanan yang kemudian diimplementasikan dalam bentuk *Clinical Pathway*.
- d. Setelah penyusunan *Clinical Pathway* dilakukan implementasi selama waktu tertentu dan dilakukan audit.
- e. RSUD dr. Murjani Sampit menyusun panduan praktik klinis sebagai panduan tata laksana penanganan penyakit oleh dokter.
9. RSUD dr. Murjani Sampit melakukan audit kinerja baik medis, keperawatan, dan penunjang, serta audit tenaga kontrak.
10. RSUD dr. Murjani Sampit melaksanakan mekanisme publikasi informasi mutu dan keselamatan pasien secara internal kepada staf, dan secara eksternal kepada masyarakat luar rumah sakit.
11. RSUD dr. Murjani Sampit memfasilitasi ketersediaan pelatihan tentang mutu dan keselamatan pasien bagi pimpinan/pengelola dan staf Rumah Sakit.
12. Penjelasan lebih lanjut dari kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien disampaikan dalam Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RSUD dr. Murjani Sampit.

PASAL 2

PELAYANAN REKAM MEDIS

1. Setiap pasien RSUD dr. Murjani Sampit hanya memiliki satu nomor rekam medis (*Unit Numbering System*), baik pelayanan rawat jalan, gawat darurat, rawat inap maupun penunjang lainnya.
2. Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan medis, penunjang medis harus terdaftar di pendaftaran pasien.
3. Acuan pendaftaran menggunakan e-KTP (Elektronik KTP) atau kartu identitas lain yang sah.
4. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan dalam dua tempat (*desentralisasi*).
5. Sistem penjajaran dokumen rekam medis menggunakan *Terminal Digit Filling* yaitu dengan mensejajarkan dan mengurutkan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir.
6. Setiap pasien berhak mengakses terhadap informasi kesehatan dirinya sendiri salah satunya hak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.
7. Setiap pasien yang keluar rawat inap dibuatkan ringkasan perawatan pasien (*resume medis*).
8. Pencatatan data pelayanan Rumah Sakit Umum dr. Murjani Sampit dilaksanakan dengan buku register/maupun terekam dalam sistem komputerisasi.
9. Semua profesi tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga medis lainnya) yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis atau mengisi seluruh hasil pelayanan yang diberikan pada pasien di dokumen rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi tanggal, tanda tangan/paraf dan initial dalam waktu 1 x 24 jam.
10. Penulisan dan pencatatan pada DRM (Dokumen Rekam Medik) harus menggunakan huruf yang jelas dan sesuai dengan EYD (Ejaan Yang Disempurnakan).

11. Dalam menulis dan mencatat pada dokumen rekam medis jika menggunakan singkatan, definisi atau simbol harus sesuai dengan buku singkatan yang boleh digunakan atau tidak boleh digunakan.
12. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib disertakan pada dokumen rekam medis yang ditetapkan.
13. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bertanggung jawab atas kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis.
14. Dokumen rekam medis yang telah dikembalikan ke instalasi rekam medis yang belum lengkap wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan.
15. Petugas rekam medis bertanggung jawab atas pendistribusian dokumen rekam medis, sedangkan pengembalian oleh ruang pelayanan terkait.
16. Petugas rekam medis bertanggung jawab atas penyimpanan dokumen rekam medis inaktif, termasuk rekam medis pasien meninggal dunia.
17. Pendistribusian dokumen rekam medis rawat jalan paling lama 10 menit setelah pasien mendaftar sampai ke poliklinik yang dituju.
18. Seluruh pelayanan dokumen rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis.
19. Permintaan dokumen rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan dan peminjam menggunakan *tracer* atau bon peminjaman.
20. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan *resume* atau ringkasan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan yang telah diberikan.
21. Pemberian informasi data medis pasien hanya diberikan kepada pasien sendiri, orang/badan yang mendapat kuasa.
22. Penanggung jawab unit kerja pelayanan bertanggung jawab terhadap pengembalian Dokumen rekam medis rawat inap tidak lebih dari 2 x 24 jam dan rawat jalan 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan.
23. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab terhadap koding dan indeksing dari diagnosis dan tindakan pasien baik pasien rawat jalan, gawat darurat, rawat inap dan pemeriksaan penunjang.
24. Ketentuan untuk kode diagnosis pasien menggunakan ICD 10 (*Internasional Classification of Disease revision 10*), Untuk Kode Tindakan menggunakan ICD 9 CM (*Internasional Classification of Disease Revision 9 Clinical Medicine*).
25. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan internal maupun eksternal RSUD dr. Murjani Sampit.
26. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator RSUD dr. Murjani Sampit yang telah ditetapkan.
27. Seluruh pelayanan rekam medis wajib berorientasi kepada kepuasan pelanggan.
28. Orang/badan yang mendapat surat kuasa harus menunjukkan identitas yang sah, sebelum diizinkan meneliti/melihat isi rekam medis.
29. Instalasi Rekam Medis menerima kegiatan magang mahasiswa terkait, mahasiswa sebelum meneliti/melihat isi rekam medis wajib menandatangani surat pernyataan untuk menjaga isi rekam medis.
30. Hasil penelitian mahasiswa magang atau penelitian tidak diperkenankan menyebutkan identitas pasien yang tertera di dokumen rekam medis
31. Pasien tidak diperkenankan membawa Dokumen rekam medisnya.
32. Penggunaan rekam medis untuk kepentingan riset yang bukan dari staf medis RSUD dr. Murjani Sampit harus memperoleh persetujuan dari Direktur RSUD dr. Murjani Sampit.
33. Dokumen rekam medis yang kembali dari unit pelayanan harus dilakukan analisa kelengkapan (kuantitatif/kualitatif).

- a. Analisis Kelengkapan Catatan Medis (KLPCM) dilakukan oleh pelaksana rekam medis.
 - b. Dokumen rekam medis yang diteliti meliputi seluruh DRM yaitu Rawat Inap, Rawat Jalan dan Instalasi Gawat Darurat dan Penunjang dengan perincian evaluasi meliputi kelengkapan, keterbacaan dan *timeline*.
 - c. Evaluasi KLPCM dilaporkan setiap bulan.
34. Pemusnahan dokumen rekam medis inaktif dilakukan oleh Panitia Rekam Medis yang dibentuk oleh manajemen RSUD dr. Murjani Sampit (tidak dilakukan oleh Instalasi Rekam Medis sendiri).
 35. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan rawat inap, tindakan medis dan pasien gawat darurat dipasang gelang identitas.
 36. Dalam pelayanan rekam medis tidak semua orang bisa mengakses dokumen rekam medis karena bersifat rahasia (*CONFIDENSIAL*).
 37. Yang berhak dan boleh membuat/mengisi rekam medis, diantaranya:
 - a. Dokter, dokter gigi, dokter gigi spesialis, dokter spesialis yang melayani pasien di RSUD dr. Murjani Sampit, tenaga paramedis perawat dan non perawat yang terlibat dalam pelayanan (perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinis, gizi, anestesi, penata rontgen, fisioterapis, perekam medis dan yang lain).
 - b. Untuk dokter internsif harus mendapat verifikasi dari dokter penanggung jawab pasien.
 38. Orang yang berhak mengakses DRM
 - a. Orang yang disebutkan pada ayat 37 diatas
 - b. Verifikator klaim BPJS internal dan eksternal RSUD dr. Murjani Sampit (yang pernah disumpah tentang menjaga kerahasiaan isi dan dokumen rekam medis)
 - c. Peneliti.
Yang dimaksud peneliti adalah
 - 1). Dokter yang mengikuti pendidikan spesialis.
 - 2). Dokter Spesialis.
 - 3). Mahasiswa D3 rekam medis yang telah disumpah menurut peraturan.
 - 4). Mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lain yang telah disumpah menurut peraturan.
 39. Dalam hal terjadi kesalahan penulisan pada dokumen rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan mencoret tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan diberi paraf korektor dan tanggal koreksi.
 40. Setiap praktisi kesehatan mengkomunikasikan informasi pasien antar praktisi kesehatan lainnya secara berkelanjutan meliputi :
 - a. Status kesehatan pasien;
 - b. Ringkasan dari asuhan yang telah diberikan;
 - c. Termasuk perkembangan pasien.
 41. Instalasi Rekam Medis wajib mereview untuk menjamin komunikasi dan informasi terakhir dari kondisi pasien.
 42. Instalasi rekam medis melaksanakan kegiatan retensi. Retensi adalah kegiatan penyusutan atau pemisahan antara berkas rekam medis yang masih aktif dengan berkas rekam medis yang dinyatakan nonaktif/inaktif.
 43. Berkas rekam medis aktif adalah berkas rekam medis yang masih digunakan oleh pasien saat berobat.
 44. Berkas rekam medis nonaktif adalah berkas rekam medis yang sudah tidak digunakan untuk berobat pasien dihitung sejak tanggal terakhir berobat 5 tahun yang lalu dan telah disimpan selama 2 (dua) tahun lagi.

45. Berkas rekam medis pasien rawat inap di RSUD dr. Murjani Sampit wajib disimpan sekurang – kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan.
46. Setelah batas waktu 5 (lima) tahun, rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang, persetujuan tindakan medis dan laporan operasi.
47. Ringkasan pulang, persetujuan tindakan medis dan laporan operasi harus disimpan untuk jangka waktu 10 (sepuluh) tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.
48. Penyimpanan rekam medis dan ringkasan pulang dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.
49. Kegiatan retensi dilakukan oleh petugas penyimpan/*filling* secara periodik. Misalnya setiap bulan, triwulan atau tahunan tergantung banyaknya berkas rekam medis yang disimpan.
50. Instalasi rekam medis bertanggung jawab atas ketersediaan seluruh dokumen rekam medis yang meliputi Rawat Inap, Rawat Jalan Dan Instalasi Gawat Darurat.

PASAL 3

PELAYANAN INSTALASI / UNIT

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Rawat Inap, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rehabilitasi Medik, Rawat Intensif, Hemodialisa, Laboratorium, Instalasi Pemulasaran (*On Call*), Laundry, CSSD (*On Call*), Bank Darah RSUD dr. Murjani Sampit (*On Call*), Radiologi, Farmasi, Gizi, Ambulance, Instalasi Pemeliharaan Sarana dan Prasarana, dilaksanakan dalam 24 jam. Pelayanan Rawat Jalan sesuai dengan jadwal praktik dokter. Pelayanan Kamar Operasi dapat dilaksanakan dalam 24 jam, jika terdapat pelayanan Operasi Cito.

1. Instalasi dipimpin oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh unit-unit kerja yang ada sesuai dengan kebutuhan masing-masing instalasi.
2. Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
3. Seluruh staf RSUD dr. Murjani Sampit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi dan etika Rumah Sakit Umum dr. Murjani Sampit.
4. Semua petugas instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Seluruh staf RSUD dr. Murjani Sampit dalam melaksanakan pekerjaannya wajib mengikuti ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).
6. Rumah sakit melakukan kredensial dan rekredensial untuk profesi dokter, perawat serta tenaga kesehatan lainnya.
7. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
8. Melaksanakan koordinasi dan evaluasi melalui rapat rutin minimal satu bulan sekali.
9. Setiap bulan wajib membuat laporan yang disampaikan kepada Kepala Bidang atau Bagian yang membawahi instalasi/unit yang bersangkutan.
10. Peralatan di instalasi/unit harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk menjamin semua peralatan tetap dalam kondisi yang baik.
11. Pelayanan penunjang yang tidak dapat dilakukan oleh RSUD dr. Murjani Sampit akan dipihak ketigakan dalam bentuk perjanjian kerja sama. Jika terjadi pemutusan perjanjian kerja sama, jaminan keberlanjutan layanan di tuangkan dalam perjanjian kerja sama.

PASAL 4

PELAYANAN GAWAT DARURAT

1. Pelayanan Gawat Darurat buka 24 jam yang terbagi dalam 3 shift.
2. Pelayanan Gawat Darurat dipimpin oleh sekurang-kurangnya Dokter Umum yang memiliki sertifikat ATLS/ACLS yang masih berlaku dan dibantu oleh seorang Kepala Ruang Keperawatan yang memiliki sertifikat *Emergency Nursing* (Sertifikat PPGD/GELS/BTCLS/ENIL) yang masih berlaku.
3. Pelayanan gawat darurat di RSUD dr. Murjani Sampit merupakan pelayanan gawat darurat level II.
4. Pelayanan gawat darurat tanpa membayar uang muka.
5. Dalam memberikan pelayanan harus selalu menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
6. Selain menangani kasus *“true emergency”* IGD juga melayani kasus *“false emergency”* serta kasus *“non-emergency”* yang pelayanannya berdasarkan tingkat kegawatan pasien dan bukan berdasarkan urutan kedatangan pasien.
7. Pada pasien *“death on arrival”* (DoA) tidak dilakukan resusitasi kecuali atas permintaan keluarga dan harus diberi nomor Rekam Medis.
8. Karena tidak tersedianya ruang transit khusus jenazah, Pemindahan pasien meninggal di IGD dan pasien DoA ke kamar jenazah dilakukan kurang dari 2 jam *post mortem*.
9. Obat dan alat kesehatan sesuai standar yang berlaku harus selalu tersedia.
10. Setiap pasien yang datang ke IGD dilakukan skrining/triase untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien.
11. Triase di IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD, perawat IGD yang sudah terlatih.
12. Setiap pasien yang memerlukan pemeriksaan diagnostik/terapi/spesimen dan tindakan medis yang tidak tersedia di RSUD dr. Murjani Sampit dapat dilakukan rujukan ke Rumah Sakit lain, termasuk juga bagi pasien yang memerlukan rujukan rawat inap yang diindikasikan karena penyakitnya.
13. Bila terjadi bencana, baik yang terjadi di dalam atau di luar RSUD dr. Murjani Sampit, IGD siap untuk melakukan penanggulangan bencana.
14. Setiap petugas/staf IGD wajib mengikuti pelatihan yang sudah diprogramkan.
15. Setiap tindakan medis yang mempunyai risiko tinggi harus mendapat persetujuan tertulis dari pasien/keluarga/penanggung jawab, kecuali pada kondisi gawat darurat yang mengancam kehidupan.
16. Instalasi Gawat Darurat menerima pasien penyakit menular.

PASAL 5

SKRINING DAN TRIASE

1. Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh RSUD dr. Murjani Sampit.
2. Skrining dapat dilakukan dari dalam dan luar RSUD dr. Murjani Sampit.
3. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.
4. Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien.
5. Skrining dan triase baik di IGD dan rawat jalan dilakukan oleh dokter dan perawat yang terlatih.

PASAL 6 IDENTIFIKASI

1. Setiap pasien yang masuk rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan tindakan tertentu dipasangkan gelang identitas pasien.
2. Warna gelang yang digunakan ada dua, gelang warna biru untuk pasien laki-laki dan gelang warna merah muda untuk pasien perempuan.
3. Identitas yang tercantum pada gelang identitas pasien adalah NAMA, TANGGAL LAHIR dan NOMOR REKAM MEDIK.
4. Prosedur identifikasi menggunakan NAMA dan TANGGAL LAHIR, disesuaikan dengan tanda pengenalan resmi pasien.
5. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah, sebelum pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium klinis, serta sebelum tindakan / prosedur.
6. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit menggunakan stiker pada gelang identifikasi terdiri dari stiker berwarna kuning untuk pasien berisiko jatuh, stiker berwarna merah untuk pasien dengan alergi, dan stiker warna ungu untuk pasien DNR.
7. Pengecualian prosedur identifikasi dapat dilakukan pada kondisi kegawatdaruratan pasien di IGD, ICU dan kamar operasi dengan tetap memperhatikan data pada gelang identitas pasien.

PASAL 7 ASESMEN PASIEN

1. Setiap Pasien RSUD dr. Murjani Sampit harus mendapatkan asesmen informasi meliputi: Nama, Tempat tanggal lahir dan alamat pasien, berdasarkan tanda pengenalan yang sah (KTP/SIM/Pasport/KTA)
2. Setiap pasien yang masuk atau berobat di RSUD dr. Murjani Sampit, baik pasien yang masuk melalui rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap harus dilakukan asesmen serta asesmen khusus yang meliputi:
 - a. Anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang bila diperlukan untuk mendapatkan data informasi tentang kondisi fisik, psikologi, sosial, spiritual dan ekonomi serta riwayat pasien;
 - b. Menganalisis data diatas untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien;
 - c. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi kebutuhan pasien tersebut diatas.
3. Pasien yang direncanakan dirawat inap harus sesuai indikasi medis yang jelas. Data yang diperoleh pada saat asesmen pasien harus dicatat secara lengkap dalam rekam medis.
4. Isi minimal asesmen awal pasien rawat jalan sekurang-kurangnya terdiri dari identitas pasien, hasil anamnesis, riwayat penyakit dan pengobatan, psikososial dan ekonomi, pemeriksaan fisik, penilaian nyeri, penilaian risiko jatuh, pemeriksaan tindak lanjut, serta nama dan tanda tangan dokter dan perawat.
5. Isi minimal asesmen awal pasien rawat inap sekurang-kurangnya terdiri dari identitas pasien, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis, rencana tindak lanjut, rencana pemulangan serta nama dan tanda tangan dokter dan perawat.
6. Isi minimal asesmen pasien gawat darurat sekurang-kurangnya terdiri dari identitas pasien, kondisi saat pasien tiba di rumah sakit, identitas pengantar pasien, hasil anamnesis, hasil pemeriksaan fisik, penunjang medis, diagnosis, pengobatan dan perawatan, serta nama, tanda tangan dokter dan perawat yang memberikan pelayanan.

7. Asesmen pasien meliputi asesmen medis, asesmen keperawatan dan staf disiplin klinis lainnya dengan sumber daya manusia yang sudah memiliki surat tanda registrasi, SIP sesuai profesi masing - masing dan dibuktikan dengan surat penugasan klinis.
8. Asesmen medis yang dilakukan di RSUD dr. Murjani Sampit dicatat dalam status pasien yang meliputi status rawat jalan atau status rawat inap. Khusus status rawat inap (Bedah, Kebidanan dan Kandungan, Anak) terdiri dari status pasien asesmen awal ditambahkan dengan status pasien bedah/ status pasien kebidanan kandungan/status pasien anak.
9. Dalam melakukan asesmen pasien setiap dokter wajib mengikuti panduan pelayanan klinis yang ditetapkan oleh RSUD dr. Murjani Sampit yang dikoordinasi oleh komite medik.
10. Asesmen medis dan keperawatan pada pasien darurat, dilakukan secara cepat dan tepat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dan sesegera mungkin diberikan pelayanan. Khusus pasien operasi darurat asesmen pasien harus ada catatan ringkas termasuk diagnosis pre operasi.
11. Asesmen awal medis dan keperawatan untuk pasien rawat inap harus dilengkapi dalam batas waktu 1 x 24 jam dari saat pasien masuk rumah sakit.
12. Setiap asesmen pasien gawat darurat dilakukan dalam waktu ≤ 15 menit, asesmen gawat darurat yang memerlukan pemeriksaan penunjang dan rawat inap dilakukan dalam waktu ≤ 3 jam serta untuk pasien gawat darurat yang diobservasi dilakukan dalam waktu ≤ 6 jam.
13. Asesmen pasien poliklinik rawat jalan dilakukan dalam waktu ≤ 15 menit, sedangkan untuk pasien yang memerlukan pemeriksaan penunjang dan rawat inap dilakukan dalam waktu ≤ 3 jam.
14. Asesmen awal medis yang berasal dari praktek dokter atau di luar rumah sakit masih diberlakukan bila kurang dari 30 hari, tetapi bila lebih dari 30 hari maka harus dilakukan asesmen awal kembali. Khusus pasien yang kondisinya berubah secara signifikan walaupun kurang dari 30 hari harus dilakukan penilaian kembali asesmen awal pemeriksaan terkait dan dicatat dalam rekam medis.
15. Asesmen medis dan perawatan tambahan yang ditemukan seperti asesmen pra operasi dan pra anestesi harus dicatat dalam rekam medis sebelum operasi dilakukan.
16. Asesmen gizi, fungsional dan risiko jatuh yang dilakukan oleh petugas yang kompeten dan dicatat dalam rekam medis.
17. Setiap pasien yang mempunyai gangguan pada kasus neuro muskulo skeletal seperti kelainan postur tubuh, kelemahan otot, gangguan komunikasi dan lainnya dikonsultasikan dan di asesmen oleh Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi.
18. Setiap pasien dengan keluhan nyeri harus dilakukan asesmen nyeri oleh perawat yang kompeten dan diintervensi oleh dokter serta dicatat dalam rekam medis. Bila diperlukan dilakukan asesmen ulang dan ditindak lanjuti sesuai kriteria yang dikembangkan oleh RSUD dr. Murjani Sampit dan kebutuhan pasien.
19. Setiap pasien dengan karakteristik khusus seperti pasien terminal, pasien menjelang akhir hayat, pasien HIV/AIDS, penyakit menular harus dilakukan asesmen khusus dan dicatat dalam rekam medis.
20. Bila pada asesmen awal pasien ditemukan kebutuhan khusus seperti gigi, THT, mata, kulit kelamin, dan lainnya maka harus dikonsultasikan dengan dokter bidang terkait untuk dilakukan asesmen khusus dan dicatat dalam rekam medis.
21. Setiap pasien dengan kondisi kritis harus dilakukan identifikasi ketika mulai rawat inap sampai keluar dari rumah sakit dengan kriteria yang telah ditetapkan.
22. Setiap pasien yang dirawat harus dilakukan asesmen ulang minimal sekali dalam sehari dan dicatat dalam catatan pasien terintegrasi. Untuk pasien non akut dapat

dilakukan asesmen kurang dari sekali sehari dan dilakukan asesmen ulang sesuai kondisi pasien. Contoh: Rehabilitasi Medis dapat dilakukan asesmen ulang setelah 2 x tindakan fisioterapi.

23. Asesmen awal dan asesmen ulang dilaksanakan oleh tenaga medis, perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik di emergensi, rawat jalan dan rawat inap oleh petugas yang berkompetensi di bidangnya, memiliki surat izin praktek dan surat penugasan klinis.
24. Petugas yang kompeten melakukan identifikasi pasien yang memerlukan asesmen fungsional lebih lanjut. Pasien diseleksi untuk menilai kebutuhan asesmen fungsional lebih lanjut sebagai bagian dari asesmen awal. Pasien yang memerlukan asesmen fungsional sesuai kriteria dikonsul untuk asesmen tersebut.
25. Apabila teridentifikasi kebutuhan tambahan asesmen khusus, (kasus pasien dengan gigi palsu, dll) dikonsulkan ke bagian terkait dan dicatat dalam rekam medis.
26. Asesmen ulang dilakukan untuk menentukan respon pengobatan, perencanaan pengobatan lanjutan, bila terjadi perubahan kondisi yang signifikan dalam interval sesuai dengan kondisi pasien, rencana asuhan kebutuhan individual atau sesuai dengan kebijakan atau prosedur RSUD dr. Murjani Sampit.
27. Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan di dalam rekam medis.
28. Pasien dan keluarga diikutsertakan dalam rencana pelayanan dan pengobatan untuk mengambil keputusan tentang prioritas kebutuhan yang perlu dipenuhi.

PASAL 8 PELAYANAN PASIEN

Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan pelayanan yang sama berhak mendapat kualitas asuhan yang sama di RSUD dr. Murjani Sampit. Asuhan pasien yang seragam terefleksi sebagai berikut :

1. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai, tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembiayaan.
2. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai, diberikan oleh praktisi yang kompeten tidak tergantung atas hari-hari tertentu atau waktu tertentu.
3. Ketepatan (*accuracy*) mengenali kondisi pasien menentukan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien.
4. Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien (misalnya pelayanan anestesia) sama di dalam RSUD dr. Murjani Sampit.
5. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat di dalam RSUD dr. Murjani Sampit.

Asuhan pasien dilaksanakan secara terintegrasi dan dikoordinasikan oleh semua pemberi layanan.

PASAL 9 RISIKO JATUH

1. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan dilakukan asesmen risiko jatuh.
2. Penerapan asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
3. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.
4. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.
5. Pasien risiko jatuh di rawat jalan dilakukan asesmen dan diberikan tanda dengan pita kuning.

6. Pasien risiko jatuh di rawat inap menggunakan gelang pasien yang ditambah stiker warna kuning dan diberi tambahan tanda risiko jatuh disekitar pasiennya.

PASAL 10

TRANSFER / PERPINDAHAN DI DALAM RSUD dr. MURJANI SAMPIT

1. Pasien ditransfer/pemindahan harus dilakukan stabilisasi terlebih dahulu jika diperlukan.
2. Penerimaan atau perpindahan pasien ke dan dari unit pelayanan intensif atau pelayanan khusus ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan.
3. Penerimaan perpindahan pasien dari satu unit pelayanan ke pelayanan lainnya sesuai dengan kriteria ketentuan yang ditetapkan.

PASAL 11

TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT/RUJUKAN

1. Pasien ditransfer harus dilakukan stabilisasi terlebih dahulu jika diperlukan.
2. Rujukan ke rumah sakit lain ditujukan kepada dokter spesialis/sub spesialis secara spesifik.
3. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
4. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima.
5. Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.
6. Merujuk berdasarkan atas kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan berkelanjutan.

PASAL 12

PENUNDAAN PELAYANAN

1. Setiap penundaan pelayanan/pengobatan harus diinformasikan kepada pasien.
2. Batas waktu penundaan:
 - a. Karena alasan ruangan penuh:
 - 1) Pasien IGD
 - a) Untuk pasien *critical* batas waktu maksimal 6 jam.
 - b) Bila batas waktu 6 jam terlampaui, ruangan masih penuh, pasien harus dialih rawatkan ke Rumah Sakit lain dengan persetujuan pasien atau penanggung jawab.
 - 2) Pasien Rawat Jalan/Poliklinik dengan program rawat inap disarankan untuk memantau ketersediaan tempat tidur kosong melalui TPPRI.
 - b. Untuk pasien rencana operasi elektif dari ruang rawat inap (sudah terprogram) selama 1 x 24 jam.
 - c. Pemeriksaan dokter spesialis di poli rawat jalan karena melakukan tindakan operasi selama 1 sampai 4 jam.
 - d. Pemeriksaan penunjang laboratorium keluar Rumah Sakit selama 5 jam sampai dengan 2 minggu.

PASAL 13

HAMBATAN DALAM PELAYANAN

Rumah sakit berusaha mengurangi kendala fisik, bahasa dan budaya serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan.

PASAL 14
SURGICAL SAFETY CHECKLIST

1. Asesmen Pra Operasi
Dilakukan oleh dokter operator sebelum tindakan operasi dilaksanakan waktunya H-1 sebelum operasi
2. Asesmen Pra Anestesi dan Pra Sedasi
Dilakukan oleh dokter Anestesi sebelum tindakan pembiusan/sedasi dilaksanakan. Waktunya H-1 sebelum pembiusan/sedasi dilaksanakan
3. Digunakan suatu tanda yang segera dikenali untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan/pemberian tanda. Bentuk penandaan lokasi operasi berupa tanda panah (→) dilakukan sedekat mungkin pada daerah yang akan dilakukan tindakan insisi.
4. Penandaan lokasi operasi wajib dilakukan oleh dokter operator dan tidak boleh limpaikan ke petugas kesehatan lainnya.
5. Asesmen Pra Induksi
Asesmen Pra Induksi dilakukan di ruang penerimaan pasien oleh dokter anestesi. Tujuan dari Asesmen Pra Induksi lebih berfokus pada stabilitas fisiologi dan kesiapan pasien untuk tindakan anestesi sesaat sebelum induksi.
6. Pelayanan Sedasi dapat dilakukan oleh:
 - a. Dokter Anestesi
 - b. Dokter Operator yang telah mendapatkan pelimpahan wewenang dari dokter anestesi yang berjaga dan telah mendapat pelatihan BCLS, ACLS, dan ATLS untuk pemberian pelayanan sedasi sedang yang dilakukan di luar kamar bedah.
 - c. Penata anestesi yang telah mendapat pelimpahan wewenang dari dokter anestesi.
7. Menggunakan suatu *checklist* untuk melakukan verifikasi pra operasi tepat-lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat/benar dan fungsional.
8. Tim operasi menerapkan pencatatan prosedur operasi dengan menggunakan lembar *checklist*, yang terdiri dari: *sign in* (sebelum induksi anestesi), *time out* (sebelum insisi pembedahan), *sign out* (sebelum penutupan luka)
9. Pelayanan anestesi dan sedasi dilakukan oleh DPJP anesthesiologi dan dapat dibantu oleh penata anestesi.
10. Pelayanan anestesi lokal dilakukan oleh dokter pelaksana tindakan.
Para pelaksana anestesi lokal :
 - a. Pelaksana anestesi lokal adalah seseorang yang memberikan dan mengawasi anestesi lokal. Pelaksana anestesi lokal adalah dokter pelaksana tindakan.
 - b. Asisten pelaksana anestesi lokal adalah perawat yang memiliki STR. Asisten pelaksana anestesi lokal bertanggung jawab terhadap monitoring tanda vital dan penilaian kesadaran selama dilakukannya prosedur anestesi lokal.
 - c. Pengawasan dan pemantauan anestesi lokal berada dibawah tanggung jawab pelaksana anestesi lokal.
 - d. Dokter pelaksana tindakan dapat meminta bantuan dokter anestesi untuk melakukan monitoring anestesi selama tindakan berlangsung.
11. Kelengkapan rekam medis guna menjamin keamanan penderita dan mendukung suatu rangkaian dari pelayanan suportif pasca bedah, laporan operasi atau catatan lainnya tersedia sebelum pasien meninggalkan ruang pulih pasca anestesi. Laporan operasi tersebut minimum memuat :
 - a. Diagnosis pra bedah
 - b. Nama Prosedur
 - c. Diagnosis pasca bedah
 - d. Nama dokter operator dan asisten

- e. Spesimen bedah untuk pemeriksaan
- f. Catatan spesifik komplikasi atau tidak adanya komplikasi selama operasi, termasuk jumlah kehilangan darah; dan
- g. Tanggal, waktu, dan tanda tangan dokter yang bertanggung jawab.

PASAL 15 PEMULANGAN PASIEN

DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan :

1. Pulang dalam kondisi perbaikan.
2. Pulang dengan izin dokter untuk waktu tertentu.

PASAL 16 RESUME PASIEN PULANG

1. Resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari RSUD dr. Murjani Sampit.
2. Untuk pasien pulang atas permintaan sendiri, dan DPJP tidak bisa datang untuk mengisi resume, dapat dilimpahkan ke dokter jaga dengan tanggung jawab tetap pada DPJP.
3. Salinan pertama untuk resume pasien pulang ditempatkan dalam rekam medis, salinan kedua diberikan kepada pasien atau keluarganya, dan salinan ketiga untuk petugas administrasi.

PASAL 17 SUMMARY LIST

1. *Summary list* adalah daftar resume perkembangan pasien terkini 6 bulan terakhir terhitung sejak berobat di Poliklinik.
2. *Summary list* diisi oleh DPJP setelah ditegakkan diagnosis pertama.
3. *Summary list* diisi ketika terjadi perubahan diagnosis, pemeriksaan diagnostik dan terapi konservatif, invasif, maupun pembedahan.

PASAL 18 HAK PASIEN DAN KELUARGA

1. Informasi Tata Tertib dan Peraturan RSUD dr. Murjani Sampit
Rumah Sakit memiliki serangkaian tata tertib dan peraturan yang mengatur seluruh pelayanan yang berhubungan dengan hak pasien dan keluarga yang diatur dalam Peraturan Direktur. Setiap pasien dan keluarga akan mendapatkan informasi mengenai tata tertib dan peraturan selama berada di RSUD dr. Murjani Sampit oleh petugas admisi saat pertama kali melakukan kunjungan sesuai dengan unit terkait.
2. Informasi Hak dan Kewajiban Pasien
Informasi Hak Pasien dan Keluarga tertuang dalam *General Consent*, dijelaskan oleh petugas TPPRI dan harus ditandatangani oleh pasien dan keluarga serta petugas TPPRI. Petugas menjelaskan Hak dan Kewajiban pasien dengan cara dan bahasa yang dapat dipahami pasien dan keluarga.
3. Transparansi Pelayanan
Petugas administrasi unit terkait memberikan informasi biaya pelayanan dan prosedur pelayanan yang sama di setiap kelas pelayanan tanpa diskriminasi.
4. Standar Pelayanan Kesehatan

- a. Setiap pasien memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional pelayanan.
 - b. Semua kebenaran tindakan dapat diukur dari kesesuaian tindakan tersebut dengan Standart Pelayanan Minimal, Panduan Praktek Klinik (PPK), Standar Asuhan Keperawatan, dan *Clinical Pathway* dari suatu penyakit.
5. Efektivitas Pelayanan
 - a. Pelayanan dilakukan secara efektif dan seefisien mungkin sesuai dengan *Clinical Pathway* nya untuk mencegah terjadinya kemungkinan kerugian fisik dan materi dari pasien selama mendapat pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit.
 - b. Petugas ikut mendukung dan mendorong keterlibatan pasien dan keluarganya untuk berpartisipasi dalam pembuatan keputusan terhadap proses pelayanan dan pengobatan.
6. DPJP
 - a. DPJP ditentukan sesuai jadwal DPJP yang berlaku di RSUD dr. Murjani Sampit.
 - b. Pasien baru atas rujukan DPJP, maka di RSUD dr. Murjani Sampit akan menjadi pasien DPJP itu.
 - c. Pasien boleh memilih DPJP sesuai penyakit yang dideritanya dengan mengisi formulir permintaan DPJP di TPPRI saat mau rawat inap di ruang VIP.
 - d. DPJP memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang diagnosis, tatacara tindakan medis (termasuk tindakan pengobatan), alternatif tindakan, risiko, komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis penyakit serta didokumentasikan dalam rekam medis pasien disertai tanda tangan.
7. *Second Opinion* dan manajemen nyeri
 - a. RSUD dr. Murjani Sampit memberitahukan kepada pasien/keluarganya mengenai alternatif pelayanan dan pengobatan di luar RSUD dr. Murjani Sampit.
 - b. Pasien dengan keluhan nyeri akan dilakukan anamnesis selanjutnya akan dilakukan asesmen nyeri sesuai SPO.
8. Kerahasiaan Informasi dan Privasi
 - a. Petugas TPPRI meminta pasien/keluarga mengisi formulir surat pernyataan membuka rahasia kedokteran/pelepasan informasi.
 - b. Petugas mengidentifikasi harapan dan kebutuhan privasi pasien selama pelayanan dan pengobatan. RSUD dr. Murjani Sampit merespon keinginan pasien untuk dihormati privasinya pada saat wawancara klinis, pemeriksaan, prosedur/pengobatan dan transportasi.
9. Persetujuan dan Penolakan Tindakan
 - a. Setiap akan melakukan tindakan medis, pasien akan diberi tahu dan berhak memberikan persetujuan atau penolakan tindakan.
 - b. Tindakan/pengobatan yang memerlukan waktu lama dan terus-menerus maka masa berlaku *inform consent* adalah 6 bulan. Jika tindakan tersebut melebihi 6 bulan maka *inform consent* tersebut harus diperbaharui.
 - c. Pasien/keluarga yang menghendaki membawa pulang pasien dikarenakan suatu hal, berlatar belakang keputusan pasien/keluarga sendiri, maka Rumah Sakit berkewajiban memfasilitasi hal itu. Petugas memberikan edukasi tentang penyakit pasien, risiko yang mungkin terjadi, memberikan alternatif pelayanan dan pengobatan selanjutnya.
 - d. Pasien/keluarga yang memberikan penolakan terhadap pelayanan resusitasi dan membatalkan atau mundur dari pengobatan bantuan hidup dasar, RSUD dr. Murjani Sampit merespon permintaan tersebut dengan memberikan form DNR untuk diisi oleh pasien dan ditindaklanjuti oleh pihak terkait.
 - e. Apabila pasien yang akan dilakukan tindakan medis dalam kondisi tidak dapat bertanggungjawab dan atau tidak sadar, sedangkan tindakan tersebut tidak

- bisa ditunda lagi (*live saving*), prosedur untuk persetujuan tindakan diberikan oleh keluarga kandung terdekat atau wali sah pasien. Apabila pasien tersebut tidak ada identitas, maka persetujuan diberikan pada Direktur RSUD dr. Murjani Sampit. Pihak lain selain pasien yang memberikan persetujuan dicatat dalam rekam medis pasien.
- f. Rumah Sakit membuat daftar tindakan yang memerlukan persetujuan sebelum dilakukan tindakan medis dan pengobatan yang berisiko tinggi.
10. Pasien Kondisi Kritis
Pasien kondisi kritis dan atau terminal, berhak mendapat perlakuan khusus didampingi oleh keluarga dekat atau wali yang berkepentingan/ yang dikehendaki pasien. Pasien dan atau keluarga dapat menyampaikan harapannya kepada petugas unit terkait atas harapan tersebut untuk diberikan kemudahan khusus saat keluarga yang berkepentingan berkunjung.
 11. Perlindungan
 - a. Petugas keamanan memberikan identifikasi berupa *ID card* bagi pengunjung.
 - b. Pengunjung yang tidak memiliki atau tidak menggunakan *ID card* akan diperiksa oleh petugas dan tidak diperkenankan masuk RSUD dr. Murjani Sampit.
 - c. Lokasi yang terpencil/daerah sepi atau terisolasi di beri monitor/CCTV dan dipantau secara berkala oleh petugas keamanan (60-120 menit sekali).
 - d. Diberikan pintu khusus di ruang resti seperti ruang bayi dan aktivasi kode PINK bila ada kasus penculikan bayi.
 - e. Daftar kelompok berisiko terjadi kekerasan fisik adalah bayi baru lahir (neonatus), balita, anak-anak, lanjut usia (lansia), orang dengan gangguan jiwa, pasien koma, pasien dengan disabilitas fisik dan mental, pasien narapidana/perdata dan kekerasan dalam rumah tangga (KDRT).
 - f. Pasien yang tidak ada keluarga/ tidak mampu untuk menyimpan barang/ harta miliknya dititipkan ke Satpam.
 12. Bimbingan Rohani
 - a. Petugas mengidentifikasi dan menghormati nilai-nilai kepercayaan pasien dan atau keluarganya dalam asuhan serta merespon permintaan yang berkenaan dengan agama atau dukungan spiritual.
 - b. Pelayanan bimbingan kerohanian dilakukan oleh pihak luar yang bekerja sama dengan RSUD dr. Murjani Sampit serta pihak internal Rumah Sakit sendiri. Segala beban biaya yang muncul atas pelayanan ini dibebankan kepada pasien atau penanggungjawab.
 - c. Pasien berhak menolak apabila ditawarkan/diberikan pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya;
 13. Hak Menuntut
Pasien berhak menggugat dan atau menuntut baik secara perdata maupun pidana kepada pihak RSUD dr. Murjani Sampit apabila RSUD dr. Murjani Sampit secara benar dan atau terbukti telah memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan operasional sesuai dengan standar pelayanan publik, sehingga dapat memperburuk keadaan atau mengancam nyawa pasien.
 13. Adapun yang terkait dengan penelitian klinik, pemeriksaan/investigasi atau clinical trial yang melibatkan manusia sebagai subyek dan yang terkait dengan donasi organ/ menyumbangkan organ dan jaringan tubuh serta pengambilan, transplatasi organ dan jaringan belum bisa dijalankan di RSUD dr. Murjani Sampit dikarenakan belum memiliki sarana dan prasarana yang mendukung. Apabila ada yang mau mendonorkan organ dan jaringan, RSUD dr. Murjani Sampit mengarahkan ke Rumah Sakit lain yang memiliki fasilitas tersebut.

PASAL 19

PENDIDIKAN PASIEN DAN KELUARGA PASIEN

1. Pemberian *informed consent* diberikan oleh dokter pelaksana tindakan kepada pasien/keluarga terdekat.
2. Pasien/keluarga terdekat diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait tindakan yang akan diberikan.
3. Pasien dan keluarga terdekat berhak mengetahui kondisi kesehatan dan diagnosis pasti.
4. Asesmen tentang pendidikan kepada pasien atau keluarga mencakup:
 - a. Keyakinan dan nilai-nilai kepercayaan yang dianut pasien atau keluarga.
 - b. Kemampuan membaca, tingkat pendidikan, dan bahasa yang digunakan.
 - c. Hambatan emosional dan motivasi.
 - d. Keterbatasan fisik dan kognitif.
 - e. Kesiediaan pasien untuk menerima informasi.
5. Informasi kepada pasien atau keluarga harus diberikan oleh petugas yang mempunyai keterampilan komunikasi dan bersertifikat.
6. Bila ada indikasi, pendidikan pasien dan keluarga diberikan secara kolaboratif.
7. Informasi yang diberikan secara verbal perlu diperkuat dengan materi secara tertulis terkait dengan kebutuhan pasien (*Flip chart, leaflet, banner*).
8. Bila informasi telah disampaikan, petugas dan penerima informasi (pasien/keluarga) wajib menandatangani formulir edukasi yang sudah disediakan.
9. Kebutuhan informasi berkelanjutan pasien/keluarga perlu difasilitasi oleh RSUD dr. Murjani Sampit dengan menjalin kerjasama dengan sumber-sumber yang ada dikomunitas untuk pencegahan penyakit.

PASAL 20

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN

1. Penetapan Dokter Penanggung jawab Pelayanan (DPJP) berpedoman pada panduan DPJP RSUD dr. Murjani Sampit.
2. DPJP di ICU adalah dokter DPJP utama dan rawat bersama dengan dokter *Intensive Care*.
3. DPJP bertanggung jawab terhadap semua pelayanan kepada pasien.
4. DPJP wajib melengkapi berkas rekam medis pasien.
5. DPJP wajib memenuhi hak pasien.

PASAL 21

PENOLAKAN PELAYANAN DAN PENGOBATAN

1. RSUD dr. Murjani Sampit memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
2. RSUD dr. Murjani Sampit menghormati pasien dan keluarganya tentang keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar (*Do Not Resuscitate*).

PASAL 22
PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI

1. RSUD dr. Murjani Sampit memberikan pelayanan resusitasi di RSUD dr. Murjani Sampit.
2. RSUD dr. Murjani Sampit mengidentifikasi staf untuk dilatih memberikan resusitasi yaitu staf medis dan non medis (sekuriti, sopir ambulans).
3. RSUD dr. Murjani Sampit mengatur penanganan, penggunaan, dan pemberian darah dan produk darah.
4. RSUD dr. Murjani Sampit mengatur perawatan pasien yang menggunakan alat bantu kehidupan (*life support*) atau dalam keadaan koma.
5. RSUD dr. Murjani Sampit mengatur perawatan pasien yang menderita penyakit menular
6. RSUD dr. Murjani Sampit mengatur perawatan pasien yang menjalani hemodialisis.
7. RSUD dr. Murjani Sampit mengatur penggunaan alat pengekang (*restraint*) dan perawatan pasien yang memakai alat pengekang serta pemberian obat medikamentosa.
8. Pelayanan pasien dengan penyakit menular dan pasien immunosupressed diberikan disemua ruang perawatan kecuali pada penyakit tertentu yang membutuhkan perawatan di ruang isolasi.
9. RSUD dr. Murjani Sampit tidak melaksanakan pelayanan risiko tinggi pada pasien anak dengan ketergantungan bantuan, pasien khusus usia lanjut (geriatrik), pasien ketakutan, ataupun pengobatan penyakit yang berpotensi membahayakan pasien karena efek pengobatan (kemoterapi).
10. Untuk pelayanan risiko tinggi pada pasien anak dengan ketergantungan bantuan, pasien khusus usia lanjut (geriatrik), pasien ketakutan, ataupun pengobatan penyakit yang berpotensi membahayakan pasien karena efek pengobatan (kemoterapi) rumah sakit melakukan rujukan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih tinggi dan lebih lengkap.
11. Bila terjadi kekosongan produk darah pada Bank Darah RSUD dr. Murjani Sampit, atau *incomptabilitas* darah, maka pasien dirujuk ke fasyankes yang lebih tinggi dan lebih lengkap.

PASAL 23
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT

1. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD dr. Murjani Sampit diawasi oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
2. Semua staf dan karyawan harus ikut berpartisipasi dalam pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit.
3. Ruang Lingkup area kerja Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD dr. Murjani Sampit adalah semua unit atau bagian yang ada di Rumah Sakit.
4. RSUD dr. Murjani Sampit memberikan pendidikan tentang pencegahan dan pengendalian infeksi kepada seluruh staf, profesional lain, tenaga *out sourcing*, tenaga mitra, praktikan, pasien dan keluarga.
5. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD dr. Murjani Sampit meliputi :
 - a. Kewaspadaan Standar
 - 1) Kebersihan Tangan/*Hand Hygiene*
 - 2) Alat Pelindung Diri (APD) : sarung tangan, masker, *goggle* (kaca mata), *face shield* (pelindung wajah), apron, penutup kepala.
 - 3) Peralatan perawatan pasien
 - 4) Pengendalian lingkungan

- 5) Pemrosesan peralatan pasien dan penatalaksanaan linen
- 6) Kesehatan karyawan/ Perlindungan Petugas Kesehatan
- 7) Penempatan Pasien
- 8) *Hygiene* respirasi/ etika batuk
- 9) Praktik menyuntik yang aman
- 10) Praktik lumbal fungsi
- 11) Pengelolaan limbah
- b. Kewaspadaan berdasar Transmisi
 - 1) Kontak
 - 2) Melalui *droplet*
 - 3) Melalui udara (*airbone*)
 - 4) Melalui *common vehicle* (makanan, air, obat, alat, peralatan)
 - 5) Melalui *vector* (lalat, nyamuk, tikus, kecoa)
- c. Investigasi *Outbreak*/KLB
- d. Surveillance Infeksi
 - 1) ISK (Infeksi Saluran Kemih)
 - 2) VAP (*Ventilator Associated Pneumonia*)
 - 3) IADP (Infeksi Aliran Darah Perifer)
 - 4) IDO (Infeksi Daerah Operasi)
- e. Pelaksanaan *Infection Control Risk Assesment* (ICRA)
 - 1) ICRA HAI
 - 2) ICRA Renovasi dan Kontruksi Bangunan
 - 3) ICRA Cairan

PASAL 24 MEDICAL CHECK UP

1. *Medical check up* atau pemeriksaan kesehatan adalah upaya preventif bertujuan untuk mengetahui status kesehatan bukan untuk mendiagnosis gejala atau mengobati suatu penyakit.
2. *Medical check up* mencakup serangkaian wawancara dan pemeriksaan kesehatan. Jenis-jenis dan lingkup pemeriksaan kesehatan dalam *medical check up* bervariasi, tergantung keperluan dan permintaannya.
3. *Medical Check Up* diselenggarakan untuk melayani permintaan dari luar rumah sakit dan bagi seluruh karyawan di RSUD dr. Murjani Sampit.

PASAL 25 MANAJER PELAYANAN PASIEN (MPP)

1. Memfasilitasi kesinambungan pelayanan pasien pada masing-masing area satuan kelompok pelayanan kesehatan.
2. Masing-masing pelayanan kesehatan meliputi beberapa ruang perawatan atau instalasi.
3. Kelompok pelayanan kesehatan dibagi menjadi 3 (tiga) Satuan Kelompok Keperawatan (SKK) yaitu SKK Bedah, SKK non Bedah dan SKK Intensif.
4. MPP mensupervisi duty manager.
5. MPP juga bertugas sebagai bagian daripada unit casemix.

PASAL 26

MANAJEMEN OBAT

1. Pengelolaan sediaan farmasi, alkes, dan bahan medis habis pakai (BMHP) menggunakan sistem manajemen satu pintu, yaitu instalasi farmasi bertanggung jawab terhadap sediaan farmasi, alkes, dan BMHP yang beredar di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit.
2. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai meliputi ; pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi.
3. Pelayanan farmasi klinik meliputi pengkajian dan pelayanan resep, rekonsiliasi obat, pelayanan informasi obat (PIO), konseling.
4. Formularium RSUD dr. Murjani Sampit disusun mengacu kepada Formularium Nasional, dan formularium pihak penjamin lainnya.
5. Formularium RSUD dr. Murjani Sampit disusun berdasarkan usulan dari masing-masing kelompok staf medis fungsional yang diputuskan dalam rapat panitia farmasi dan terapi. Revisi dilakukan sekurang-kurangnya selama 2 tahun.
6. Pelayanan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP sesuai kebutuhan kondisi pasien berdasarkan permintaan dokter yang ditulis dalam lembar resep sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
7. Dokter yang berhak menulis resep ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
8. Informasi spesifik untuk telaah resep sekurang - kurangnya terdapat identitas pasien yang tercetak dan ditempel pada lembar, berat badan, tinggi badan serta informasi alergi obat serta catatan profil pengobatan untuk pasien rawat inap
9. Jika terdapat hal yang harus dikonfirmasi berkaitan dengan telaah resep mengenai kelengkapan resep, resep tidak terbaca, interaksi obat dan hal lainnya petugas farmasi menghubungi penulis resep untuk mendapatkan solusi.
10. Polifarmasi adalah satu lembar resep terdiri lebih dari 7 obat.
- 11 Instalasi Farmasi tidak melakukan kegiatan pengelolaan sediaan steril dan tidak mengelola pencampuran sediaan sitostatika, pencampuran obat suntik didelegasikan kepada perawat.
- 12 Peresepan obat-obat tertentu akan di jelaskan dalam kebijakan obat *automatic stop order*.
- 13 Distribusi sediaan farmasi, alkes dan BMHP untuk pasien rawat jalan dengan sistem resep perseorangan dan untuk pasien rawat inap dengan sistem unit dosis tunggal yang disiapkan untuk pemakaian satu hari.
- 14 Pemberian obat sebelum diserahkan pada pasien dilakukan pemeriksaan akhir dengan menggunakan prinsip 8 benar 1 waspada efek samping.

15 Jadwal Pemberian Obat Per Oral

Aturan Pakai	Waktu Pemberian Obat (JAM ; WIB)				
Pagi (1x1)	06-07				
Malam (1x1)	22-23				
2x1	06-07	18-19			
3x1	06-07	14-15	22-23		
4x1	08-09	14-15	20-21	02-03	
5x1	06-07	10-11	14-15	20-21	23-24

16 Jadwal Pemberian Obat Perinjeksi

Aturan Pakai	Waktu Pemberian Obat (JAM ; WIB)				
Pagi (1x1)	08-09				
Malam (1x1)	20-21				
2x1	08-09	20-21			
3x1	08-09	16-17	24-01		
4x1	06-07	12-13	18-16	24-01	23-24

Atau menyesuaikan dengan kebijakan pemberian obat disetiap ruang perawatan.

17 Pengelolaan Gas Medis menjadi tanggung jawab Instalasi Farmasi

- 18 Elektrolit konsentrat tinggi hanya boleh disimpan di gudang dan depo farmasi serta di unit pelayanan (IGD dan ICU) yang membutuhkan secara klinis dan penyiapan serta pemberian dilakukan dengan *double check* (pengecekan ganda).
- 19 Obat emergensi dan/ alat kesehatan emergensi harus selalu tersedia dan terkunci, pengawasan dilakukan secara kolaboratif antara penanggung jawab ruang perawatan dan Instalasi Farmasi.
- 20 Rumah sakit tidak menggunakan obat sampel, alat kesehatan dan alat kedokteran yang masih uji coba.
- 21 Setiap insiden Keselamatan pasien dilaporkan ke Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja Rumah Sakit.
- 22 RSUD dr. Murjani Sampit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (high-alert)
- 23 Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan / kesalahan serius (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look A like Sound A like / LASA*).
- 24 RSUD dr. Murjani Sampit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses untuk mencegah pemberian yang tidak disengaja / kurang hati-hati.
- 25 Elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- 26 Elektrolit konsentrat yang disimpan di pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).

PASAL 27 MANAJEMEN NUTRISI

1. Makanan atau nutrisi yang sesuai untuk pasien tersedia secara reguler.
2. Semua pasien diskriminasi untuk menentukan risiko malnutrisi.
3. Bila pasien berisiko malnutrisi dilakukan asesmen gizi lanjut 2 x 24 jam oleh ahli gizi.
4. Bila pasien tidak berisiko malnutrisi dilakukan asesmen gizi ulang setelah 6 x 24 jam oleh ahli gizi.
5. Kegiatan pelayanan gizi meliputi 4 (empat) kegiatan yaitu, kegiatan asuhan gizi rawat jalan, asuhan gizi rawat inap, penyelenggaraan makan, penelitian dan pengembangan gizi.
6. Kegiatan penyelenggaraan makan meliputi perencanaan, pengadaan, penyiapan, penyimpanan dan penyajian, serta distribusi makanan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
7. Perencanaan dan permintaan bahan makanan basah dilakukan setiap 2 (dua) hari sekali.
8. Perencanaan dan permintaan bahan makanan kering dari instalasi gizi dilakukan 1 kali dalam sebulan.
9. Pembersihan pendingin dan *freezer* dilakukan harian dan mingguan.
10. Suhu penyimpanan di chiller dan *freezer* adalah sebagai berikut:
 - a. Suhu -5°C s.d 10°C (daging, ayam, dan ikan)
 - b. Suhu 5°C s.d 10°C (sayur dan buah)
11. Penyimpanan suhu makanan kering dengan suhu 19 - 21°C, dan kelembapan 80 – 90%.
12. Selama dirawat di Rumah sakit, pasien tidak diperkenankan mengkonsumsi makanan dari luar Rumah sakit.
13. Perencanaan menu pasien menggunakan siklus 10 menu ditambah menu ke 11 (untuk tanggal 31) dengan periode penggantian menu setiap 1 kali dalam 1 tahun.
14. Perhitungan kebutuhan bahan makanan untuk pasien berdasarkan menu harian, jumlah pasien, standar porsi, standar resep yang telah ditetapkan oleh Instalasi Gizi.
15. Setiap pasien rawat inap dengan diet cair dapat diberikan makanan dengan formula komersil.
16. Pencucian *trolley* makanan, dilakukan setiap 1 kali seminggu, sedangkan pembersihan *trolley* dilakukan setiap kali pemakaian.
17. Pencucian alat makan pasien infeksi, digunakan secara manual menggunakan alat *Electric Water Heater*.
18. Penyimpanan sampel makanan, disimpan dalam lemari pendingin oleh petugas gizi, selama 2 x 24 jam.
19. Setiap karyawan Instalasi Gizi diwajibkan memakai Alat Pelindung Diri (APD) yaitu celemek, topi, sarung tangan, masker, dan alas kaki.
20. Petugas penjamah makanan (juru masak dan pramusaji) dilakukan pemeriksaan swab 1 kali dalam setahun.

PASAL 28 TRANSPORTASI

1. Transportasi milik RSUD dr. Murjani Sampit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan.
2. Bila ada keluhan dari pengemudi ambulan internal melalui Kepala Seksi Penunjang non medis
3. Bila keluhan dari klien eksternal dapat disampaikan melalui sarana pengaduan sesuai dengan pasal 30.

PASAL 29
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

1. Dalam melaksanakan tugasnya setiap karyawan Rumah Sakit dan pihak eksternal yang bekerja di lingkungan RSUD dr. Murjani Sampit wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja), termasuk dalam penggunaan Alat Pelindung Diri (APD).
2. RSUD dr. Murjani Sampit mendukung, memberikan perlindungan pada seluruh orang dan benda yang berada dalam lingkungan rumah sakit.
3. Terwujudnya bangunan gedung sesuai fungsi yang ditetapkan dan yang memenuhi persyaratan teknis : keselamatan, kesehatan, kenyamanan, dan kemudahan serta kelestarian lingkungan.
4. Setiap pengadaan Bahan B3 harus mengupayakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja dengan menyertakan lembar data keselamatan bahan *Material Safety Data Sheet* (MSDS) dalam pengirimannya dan rumah sakit menyediakan ruang atau tempat penyimpanan khusus B3.
5. Setiap pengendalian dan penanggulangan B3 harus mengupayakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja serta pencegahan pencemaran lingkungan hidup.
6. Setiap pekerja/operator sarana, prasarana, dan peralatan, serta yang bekerja di area berisiko harus dilakukan pemeriksaan (cek fisik, laboratorium, dan foto rontgen) dan imunisasi secara berkala sesuai kebutuhan masing-masing unit terkait terutama bagi petugas di Instalasi Laboratorium, *Sanitasi*, rawat inap, CSSD, Laundry, IBS, Haemodialisa, Radiologi, IGD, Poli Paru, Poli Bedah.
7. Terlaksananya pelaporan Kejadian Kecelakaan Kerja dan Penyakit Akibat Kerja.
8. Apabila terdapat pekerja/staf RSUD dr. Murjani Sampit yang terpapar akibat risiko dari pekerjaannya di rumah sakit, maka menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit.
9. Penanganan kecelakaan bahan kimia sesuai dengan prosedur bahan.
10. Penanganan tumpahan bahan kimia dilakukan dengan *Spill Kit* yang di dalamnya terdapat media pasir basah dengan proteksi lengkap menggunakan APD pada petugas pembersihnya,
11. Terlaksananya penyehatan lingkungan meliputi: penyehatan ruang dan bangunan, penyehatan makanan dan minuman, penyehatan air, penanganan limbah, penyehatan tempat pencucian umum termasuk laundry, pengendalian serangga, tikus dan binatang pengganggu, lain, pemantauan sterilisasi dan desinfeksi, perlindungan radiasi dan upaya promosi kesehatan lingkungan.
12. Rumah Sakit memiliki sistem peringatan dini (*Early Warning System*) dengan menggunakan kode warna dalam rangka penanggulangan kedaruratan/bencana di RSUD dr. Murjani Sampit.
13. Untuk pencegahan kejadian kebakaran di area konstruksi, pihak kontraktor diwajibkan untuk :
 - a. Menjaga kebersihan;
 - b. Larangan merokok;
 - c. Menerapkan *safety* lingkungan kerja.
14. RSUD dr. Murjani Sampit saat terjadi bencana eksternal :
 - a. Merupakan Rumah Sakit harus siap menerima pasien/korban selama 24 jam;
 - b. Siap menjadi Rumah Sakit penerima pertama apabila menjadi Rumah Sakit yang terdekat dengan kejadian bencana;
 - c. Siap menjadi Rumah Sakit pendukung yang menerima limbah pasien, mengirimkan Tim ke lapangan, dan menerima rujukan dari Rumah Sakit penerima pertama kejadian bencana.
15. Saat terjadi bencana eksternal, RSUD dr. Murjani Sampit menyediakan ruang rawat emergensi bagi korban bencana.

16. Tenaga untuk penanganan korban bencana eksternal akan diambilkan petugas dari ruangan-ruangan, bila kurang akan dipanggilkan petugas jaga *shift* berikutnya, jika masih membutuhkan bantuan lagi maka Rumah Sakit akan meminta bantuan kepada institusi pendidikan yang sudah bekerjasama dengan pihak RSUD dr. Murjani Sampit.
17. Apabila terjadi bencana untuk gedung bertingkat yang tidak mempunyai Ram maka proses evakuasi pasien yang tidak dapat berjalan sendiri diangkat menggunakan tandu atau kain 2 lapis (sprei dan *boven laken*), evakuasi menuju titik berkumpul.
18. Area yang menjadi titik kumpul dan jalur evakuasi saat terjadi bencana internal RSUD dr. Murjani Sampit harus bebas dari kendaraan.
19. Kendaraan yang di parkir di area rumah sakit diwajibkan untuk tidak dikunci stang dan diposisikan di gigi nol/tidak boleh di *hand rem*.
20. Sosialisasi prosedur evakuasi kejadian bencana dapat dilaksanakan pada waktu apel, pelatihan K3 dan saat simulasi kejadian bencana yang dilaksanakan minimal 1 tahun sekali.
21. Memastikan sarana dan prasarana RSUD dr. Murjani Sampit diperiksa dan dikalibrasi secara berkala sesuai dengan peraturan yang berlaku.
22. Penggudangan alat kesehatan dilakukan apabila ada permintaan dari *User* atau hasil pemeriksaan dari teknisi, terjadi kerusakan atau tidak memenuhi standar yang kemudian dibuatkan berita acara penarikan barang.
23. Pelaksanaan *recall* peralatan kesehatan dilakukan bila terjadi :
 - a. karena cacat produksi;
 - b. sesuai pemberitahuan dari pihak yang berwenang untuk dilakukan *recall* alat.
24. RSUD dr. Murjani Sampit menjamin ketersediaan dan terpeliharanya sistem kunci listrik, air, ventilasi, gas medis, dan sistem kunci lainnya 24 jam sehari 7 hari seminggu.

PASAL 30 **PENGADUAN LAYANAN**

1. Pengaduan layanan, saran dan kritik bisa disampaikan melalui SMS Halo Direktur, *customer service* atau email dan telepon Rumah Sakit.
2. Memberi Saran dan Masukan
Demi peningkatan mutu pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit, pasien dan keluarga berhak mengajukan usul, saran dan masukan/perbaikan atas perilaku Rumah Sakit terhadap pasien dan keluarga.
3. Penyampaian Keluhan
Pasien berhak mengutarakan keluhan, konflik, atau perbedaan pendapat terhadap pelayanan RSUD dr. Murjani Sampit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan dan harapan pasien melalui *customer service*, unit terkait, media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit memiliki proses penyelidikan, telaah, penyelesaian, klarifikasi terhadap keluhan, konflik, atau perbedaan pendapat mengenai pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Murjani Sampit. Dalam menyelesaikan masalah melibatkan pasien dan keluarga. Hal tersebut tidak mempengaruhi dalam proses pelayanan.

PASAL 31 P R O G N A S

a. PELAYANAN PONEK

1. Stabilisasi di ruang Ponek dan persiapan untuk pengobatan definitif.
2. Penanganan kasus gawat darurat oleh tim PONEK rumah sakit di ruang tindakan.
3. Penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparatomi dan *seksio sesarea*.
4. Perawatan intensif Ibu dan Bayi.
5. Pelayanan Asuhan Ante Natal Risiko Tinggi.
6. Pelaksanaan 10 langkah keberhasilan menyusui.

b. PELAYANAN HIV/AIDS

Yang dapat dilakukan di RSUD dr. Murjani Sampit adalah:

1. Tim *voluntary counseling and testing* (VCT)
2. Tim *care, Support, and Treatment* (CST)
3. *Pencegahan* penularan HIV dari ibu ke anak (PPIA)
4. Tim TB – HIV
5. Tim Infeksi Menular Seksual (IMS)

c. PELAYANAN TUBERCULOSIS

1. RSUD dr. Murjani Sampit memberikan pelayanan kepada pasien sesuai dengan Program DOTS yang telah di tentukan Pemerintah.
2. Memberikan pelayanan kolaborasi pasien TBC dan HIV.
3. Melakukan kerja sama dengan rumah sakit rujukan untuk pelayanan TBC MDR.
4. Melakukan Tes Cepat Molekuler (TCM)
5. Menyiapkan ruang isolasi untuk pasien TBC.

PASAL 32 KOMUNIKASI ANTAR PEMBERI LAYANAN (KOMUNIKASI EFEKTIF)

1. RSUD dr. Murjani Sampit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.
2. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis, terutama pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito atau radiologi melalui telpon ke unit pelayanan.
3. Proses komunikasi efektif termasuk perintah lisan dan telepon: mencatat perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah; kemudian penerima perintah membacakan kembali (*read back*) perintah atau hasil pemeriksaan; dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat dengan pedoman TBK (tuliskan, baca, dan konfirmasi ulang).

PASAL 33 PELAYANAN KEMOTERAPI

1. RSUD dr. Murjani Sampit tidak memberikan pelayanan kemoterapi.
2. Untuk pelayanan kemoterapi RSUD dr. Murjani Sampit melakukan rujukan ke Rumah Sakit rujukan nasional.

PASAL 34
TEMPAT TIDUR PENUH

Jika tempat tidur untuk pasien tidak tersedia di rumah sakit, tindak lanjut menyesuaikan dengan jaminan yang dipergunakan pasien.

PASAL 35
PENUTUP

Kebijakan Pelayanan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan. Penjelasan lebih lanjut tentang Kebijakan Pelayanan dituangkan dalam bentuk Pedoman atau Panduan yang merupakan Lampiran dari Peraturan Direktur ini.

Ditetapkan di : Sampit

Pada tanggal : 02/ 01/ 2018

DIREKTUR RSUD dr. MURJANI



dr. **DENNY MUDA PERDANA, Sp. Rad**

Pembina Utama Muda

NIP. 19621121 199610 1 001