



VISI

Menjadi Rumah Sakit Rujukan Kelas Nasional

MISI

- Menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan Paripurna
- Menyelenggarakan Pengelolaan Sumber Daya Secara Efisien, Transparan dan Akuntabel

NILAI

RSUD dr. Murjani Sampit mempunyai nilai “**Profesional, Bermutu, Ramah**”,

Penjabaran dari nilai-nilai tersebut adalah sebagai berikut :

PROFESSIONAL

Nilai **Profesional** yang dimaksudkan dalam pemberian pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit adalah keandalan dalam pemberian pelayanan kepada pasien maupun masyarakat yang datang ke rumah sakit sehingga apa yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah, waktu yang tepat, cermat, dan sesuai standar operasional prosedur yang ada serta berdasarkan *evidence based practice*.

BERMUTU

Nilai **Bermutu** yang dimaksudkan dalam pemberian pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit adalah kegiatan yang dilakukan dalam pemberian pelayanan kepada pasien maupun masyarakat yang datang ke rumah sakit memenuhi harapan-



harapan yang mereka inginkan serta puas terhadap pelayanan yang diberikan.

RAMAH

Nilai Ramah yang dimaksudkan dalam pemberian pelayanan di RSUD dr. Murjani Sampit adalah kegiatan yang dilakukan dalam pemberian pelayanan kepada pasien maupun masyarakat yang datang ke rumah sakit diberikan secara santun serta bermartabat sehingga pasien merasa nyaman dan aman berada di RSUD dr. Murjani Sampit



SASARAN KESELAMATAN PASIEN

1. Apa yang anda ketahui tentang Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD dr. Murjani?

Jawab

6 Sasaran Keselamatan Pasien

1. Ketepatan identifikasi pasien	
2. Peningkatan komunikasi yang efektif	
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high-alert)	
4. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi	
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan	
6. Pengurangan risiko pasien jatuh	



1. Bagaimana prosedur identifikasi pasien di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- 1) Data pasien diidentifikasi sesuai dengan KTP atau kartu identitas yang berlaku seperti KK,akte Kelahiran dll.
- 2) Identifikasi dilakukan sekurang-kurangnya dengan menggunakan 2 data wajib yaitu **nama pasien** dan **tanggal lahir** .
- 3) Pasien non MRS (rawat jalan dan penunjang) diidentifikasi dengan **Kartu Identitas (KTP/ SIM/ Kartu JKN-KIS)**
- 4) Pasien MRS (rawat inap) diidentifikasi dengan **gelang identifikasi pasien**.
- 5) Selalu gunakan **kalimat terbuka** dalam proses pengidentifikasian pada pasien

Jangan melakukan prosedur apapun pada pasien yang **tidak bisa teridentifikasi dengan jelas** (tidak menggunakan gelang atau tidak terpenuhi 2 data wajib). **Pengecualian** pada kondisi kegawatdaruratan pasien di IGD, ICU dan kamar operasi.

2. Kapan dilakukan proses verifikasi identitas pasien ?

Jawab :

- 1) Sebelum pemberian obat.
- 2) Sebelum pemberian transfusi darah.
- 3) Sebelum pengambilan sampel untuk pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi.



- 4) Sebelum dilakukan tindakan medis.
3. Gelang identifikasi pasien apa saja yang digunakan di RSUD dr. Murjani?
Jawab :
Warna gelang identifikasi pasien :
a. Pasien laki-laki : **BIRU**
b. Pasien perempuan : **MERAH MUDA**
Warna stiker identifikasi pasien
Penanda risiko (*ident alert*) :
a. Alergi : **MERAH**
b. Resiko Jatuh : **KUNING**
c. Do Not Resusitate : **UNGU**
4. Bagaimana prosedur pemasangan gelang identifikasi pasien?
Jawab :
Pasien → Identifikasi identitas (KTP) → Salam dan Memperkenalkan diri → Penjelasan fungsi & manfaat gelang → Pasang gelang (sesuai poin 4)
5. Dapatkah anda menjelaskan cara komunikasi yang efektif di RSUD dr. Murjani?
Jawab :
1) RSUD dr. Murjani menggunakan teknik **SBAR (Situation – Background – Assessment – Recommendation)** dalam



- melaporkan kondisi pasien sehingga meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi layanan.
- **Situation** : Kondisi terkini yang terjadi pada pasien.
 - **Background** : Informasi penting apa yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini.
 - **Assessment** : Hasil pengkajian kondisi pasien terkini.
 - **Recommendation** : Apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini.
- 2) RSUD dr. Murjani konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan dengan teknik **Tulis, Baca kembali dan Konfirmasi ulang (TBK)** terhadap perintah yang diberikan.
- 3) Pelaporan kondisi pasien kepada DPJP menjadi tanggungjawab dokter jaga ruangan yang bertugas.
6. Apa yang dimaksud obat-obatan **High Alert Medication (HAM)** dan **Look Alike Sound Alike (LASA)** di RSUD dr. Murjani?
Jawab :
1) obat kewaspadaan tinggi karena obat-obatan tersebut termasuk dalam daftar obat kewaspadaan tinggi atau **HAM (High Alert Medication)** yaitu berisiko tinggi membahayakan pasien jika terjadi kesalahan dalam pemberiannya.
2) **LASA (Look Alike Sound Alike)** adalah obat-obatan yang terlihat mirip dan kedengaran mirip



7. Apa saja yang termasuk obat-obatan **HAM** di RSUD dr. Murjani?

NO	JENIS / KELAS OBAT	KOMPOSISI (generik)	SEDIAAN YANG ADA
1	Agonis adrenergic , iv	Ephinefrin / adrenalin, Norephinefrin	Ephinefrin inj, Raivas inj, Levosol inj, Norepinefrin inj
2	Anastesi umum, inhalasi / iv	Propofol, Bupivacain, Sevofluran, Ketamin	Recofol inj, Nupovol inj, Regivell inj, Sojourn, Sevorane, Sevoflurane baxter, KTM inj, Ketamin inj
3	Antiarritmia, iv	Lidocain	Lidocain inj
4	Antithrombotik	Fondaparinux , Amiodaron	Arixtra inj, Tyarit inj, Cordarone inj
5	Dextrose hypertonic	D 40%	D 40%
6	Insulin, iv dan sc	Insulin	Novorapid, novomix, levemir, lantus
7	Obat Narkotika iv, transdermal	Fentanyl, Pethidin	Fentanyl inj, Durogesic patch, Pethidin inj
8	Bahan / obat sedative , iv	Midazolam	Miloz inj, Fortanest inj
9	Penghambat neuromuscular	Atrakurium	Atrakurium Hameln inj, Tramus inj



10	Bahan radiokontras, iv	lopamidol, lohexol	lopamiro 300-30 ml, lopamiro 370-50 ml, lopamiro 370-100 ml, Xolmetras 50 ml ; 100 ml
11	Obat – obat untuk pengobatan spesifik	MgSO4 40%, Oksitosin,	MgSO4 40%, Oksitosin,
12	Elektrolit pekat	KCL 7,46%, Na bikarbonat NaCl 3%	KCL 7,46% , Meylon NaCl 3%

8. Bagaimana anda mengidentifikasi obat-obatan HAM dan LASA?

Jawab :

Memperhatikan obat-obatan yang berlabel / tanda berikut :




Stiker MERAH untuk Obat HAM



Stiker KUNING untuk Obat LASA



9. Bagaimana prosedur penandaan area operasi (**Site Marking**) pada pasien yang akan dioperasi di RSUD dr. Murjani?
Jawab :
- 1) Pasien diberi tanda saat **informed concent telah disetujui**
 - 2) Orang yang bertanggungjawab untuk membuat tanda pada pasien operasi adalah operator/dokter yang melakukan tindakan operasi.
 - 3) Operator yang membuat tanda harus hadir pada operasi tersebut.
 - 4) Penandaan titik lokasi yang akan dioperasi adalah sebelum pasien dipindahkan ke ruang dimana operasi akan dilakukan.
 - 5) Pasien ikut dilibatkan, terjaga dan sadar serta sebaiknya dilakukan sebelum pemberian obat pre-medikasi.
 - 6) Tanda berupa “  “ **harus konsisten digunakan** pada lokasi yang akan dioperasi.
 - 7) Tanda itu harus dibuat dengan spidol berwarna **HITAM**
 - 8) Lokasi untuk semua prosedur yang melibatkan sayatan, tusukan, perkutan atau penyisipan instrument harus ditandai.
 - 9) Semua penandaan harus dilakukan bersamaan saat pengecekan hasil pencitraan pasien diagnosis misalnya sinar-X, scan, pencitraan elektronik atau



- hasil test lainnya dan pastikan dengan catatan medis pasien dan gelang identifikasi pasien.
- 10) Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multiple (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang).
10. Adakah prosedur yang **tidak memerlukan penandaan** (Site Marking) ?
Jawab :
ADA, misalnya :
- 1) Kasus organ tunggal (misalnya operasi jantung, operasi *Caesar*).
 - 2) Kasus intervensi seperti kateter jantung.
 - 3) Kasus melibatkan gigi.
 - 4) Prosedur yang melibatkan bayi premature di mana penandaan akan menyebabkan tato permanent.
 - 5) Kasus dimana secara teknik atau anatomi sulit untuk memberi penandaan lokasi operasi.
 - 6) Kasus emergensi (*life-threatening*) yang membutuhkan operasi *cito/emergensi*.



11. Bagaimanakah standar prosedur cuci tangan yang benar?

Jawab :

Semua petugas di RSUD dr. Murjani termasuk dokter melakukan kebersihan cuci tangan pada **5 MOMEN** yang telah ditentukan, yaitu :

- 1) Sebelum kontak dengan pasien.
- 2) Sesudah kontak dengan pasien.
- 3) Sebelum tindakan aseptis.
- 4) Sesudah terkena cairan tubuh pasien.
- 5) Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien



6 LANGKAH CUCI TANGAN, dengan 2 cara :

1. **HANDWASH** : dengan air mengalir, selama : 40 – 60 detik.
2. **HANDRUB** : dengan gel berbasis alcohol, selama : 20 – 30 detik





12. Bagaimana cara asesmen pasien risiko jatuh?

- 1) Perawat melakukan asesmen risiko jatuh menggunakan **Morse Fall Scale** pasien dewasa yang MRS dan mencatat hasil asesmen awal ke dalam rekam medis pasien.
- 2) Asesmen risiko jatuh pada pasien anak menggunakan scoring **HUMPTY DUMPTY**.
- 3) Rencana intervensi segera disusun, diimplementasikan, dan dicatat dalam asuhan keperawatan setelah asesmen awal.
- 4) Skrining farmasi dan atau fisioterapi dilakukan jika terdapat adanya risiko jatuh pada pasien.

MORSE FALL SCALE (SKALA JATUH MORSE)

Resiko	Skala		Skor
1. Riwayat jatuh: baru-baru ini atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak Ya	0 25	
2. Diagnosis sekunder	Tidak Ya	0 15	
3. Alat bantu pergerakan Bed rest/ dibantu perawat Walker/kruk Mebel		0 15 30	
4. Terapi intra vena	Tidak Ya	0 20	
5. Gait Normal/bedrest/immobile Lemah Impair		0 10 20	
6. Status mental			

Orientasi terhadap kemampuan diri baik		0	
Orientasi tidak realistic		15	

Tingkat risiko	Skor MFS	Tindakan
Tak ada risiko	0 - 24	Minimal care
Risiko rendah	25 - 50	Intervensi pencegahan jatuh standar
Risiko tinggi	≥ 51	Intervensi pencegahan jatuh risiko tinggi

SKALA RISIKO JATUH HUMPTY DUMPTY (BAYI & ANAK)

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun	4	
	3 – 7 Tahun	3	
	7 – 13 Tahun	2	
	≥ 13 Tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – Laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis, respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb)	3	
	Gangguan perilaku / psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan kognitif	Tidak menyadari keterbatasan dirinya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	



Faktor lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	4	
	Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabotan rumah	3	
	Pasien diletakkan ditempat tidur	2	
	Area diluar rumah sakit	1	
Respon Terhadap: 1. Pembedahan / sedasi / anastesi 2. Menggunakan medikamentos.	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	48 jam atau tidak menjalani pembedahan / sedasi / anastesi.	1	
	Penggunaan multiple : sedatif, obat hypnosis, barbiturat, fenotiazin, anti depresan, pencahar, deuretik, narkose	3	
	Penggunaan salah satu obat diatas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1	

Tingkat Risiko	Skor	Tindakan
Risiko Rendah	7 – 11	Pencegahan jatuh standar
Risiko Tinggi	≥ 12	Pencegahan jatuh resiko tinggi

Asesmen dilakukan oleh perawat dan kemudian dapat dijadikan dasar pemberian rekomendasi kepada dokter untuk tatalaksana lebih lanjut. Perawat memasang **penanda risiko (ident alert)** stiker berwarna **KUNING** pada gelang pasien dan mengedukasi pasien dan atau keluarga maksud pemasangan gelang tersebut.

Asesmen ulang dilakukan oleh perawat secara berkala sesuai hasil penilaian risiko jatuh pada pasien dan jika terjadi perubahan kondisi pasien atau pengobatan.

13. Apa yang dilakukan jika ada pasien yang jatuh?

Jawab :

Dilakukan tatalaksana kepada pasien jatuh dan membuat laporan Insiden Keselamatan Pasien



HAK PASIEN DAN KELUARGA

1. Tahukah anda tentang bagaimana hak pasien dan keluarga di RSUD dr. Murjani Sampit?

Jawab :

Diberikan dan diinformasikan dalam **Form General Consent** saat pasien MRS di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)/ Admisi mengacu pada Hak pasien menurut UU NO 44 Pasal 32 TAHUN 2009.

2. Bagaimana prosedur pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga?

Jawab :

Pemberian informasi dan edukasi diberikan sesuai kebutuhan oleh *Customer Service* dan TPP/ TPPRI, atau diberikan oleh petugas dengan kompetensi yang sesuai. Dalam pemberian informasi dan edukasi ini dikoordinasi oleh Tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

3. Bagaimana prosedur pemberian **Informed Consent** kepada pasien dan keluarga?

Jawab :

Sesuai Permenkes No.290/MENKES/PER/III/2008 tentang **PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN**).



- 1) *Informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.
- 2) Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan pasien dan atau keluarga setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan tersebut dari DPJP.
4. Yang berhak untuk memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi adalah ?
Jawab :
 - 1) Pasien sendiri, yaitu pasien yang telah berumur 21 tahun atau telah menikah.
 - 2) Bagi pasien dibawah umur 21 tahun, persetujuan (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut urutan hak sebagai berikut :
 - a. Ayah atau Ibu Kandung.
 - b. Kakek atau nenek kandung.
 - c. Saudara –saudara kandung dewasa.
 - 3) Bagi pasien dibawah umur 21 tahun dan tidak mempunyai orang tua, persetujuan (*informed consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut hak sebagai berikut :
 - a. Kakek atau nenek kandung.
 - b. Saudara –saudara kandung dewasa.
 - c. Induk semang atau Wali yang sah.



5. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (*informed Consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut hak sebagai berikut :

Jawab :

Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental, persetujuan (*informed Consent*) atau penolakan tindakan medis diberikan oleh mereka menurut hak sebagai berikut:

- 1) Ayah atau Ibu Kandung.
- 2) Kakek atau nenek kandung.
- 3) Wali yang sah.
- 4) Saudara –saudara kandung dewasa.

6. Bagi pasien dewasa yang telah menikah atau telah mejadi orang tua, persetujuan atau penolakan tindakan medik diberikan oleh mereka menurut urutan hal tersebut.

- 1) Pasien sendiri.
- 2) Suami atau Istri.
- 3) Ayah atau Ibu Kandung.
- 4) Anak kandung dewasa.
- 5) Saudara – saudara Kandung dewasa.

Informed consent menginformasikan tentang diagnosis, dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, data-data, tujuan, risiko, komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko serta perkiraan biaya.



7. Bagaimana pasien mendapatkan informasi pelayanan kerohanian di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

Pasien hanya akan mendapatkan pelayanan kerohanian atas permintaan pasien dan keluarga

8. Bagaimana RSUD dr. Murjani melindungi kebutuhan privasi pasien?

Jawab :

Saat dilakukan pemeriksaan/ konsultasi/ tata laksana maka antar pasien akan dibatasi dengan tirai (Gorden/ Sampiran)

9. Bagaimana RSUD dr. Murjani melindungi pasien terhadap kekerasan fisik?

Jawab :

- a. Kriteria kekerasan fisik di lingkungan RSUD dr. Murjani terdiri atas : pelecehan seksual, pemukulan, penelantaran dan pemaksaan fisik terhadap pasien baik yang dilakukan oleh penunggu & pengunjung pasien maupun petugas.
- b. Bila terdapat indikasi sesuai poin 1, petugas RSUD dr. Murjani dapat melakukan tindakan pemaksaan fisik (seperti pengkekangan) sesuai standar medis dan etika rumah sakit yang berlaku.
- c. Setiap petugas keamanan sudah terlatih untuk menangani hal tersebut.



d. Setiap pasien, pengunjung dan karyawan yang berada di RSUD dr. Murjani harus menggunakan tanda pengenal berupa : gelang identifikasi pasien (pasien), kartu *visitor/* pengunjung (pengunjung) atau ID card (karyawan).

10. Bagaimana prosedur melindungi barang milik pasien?

Jawab :

Barang berharga pasien yang harus dititipkan dengan security adalah barang pasien-pasien yang datang sendirian tanpa didampingi keluarga atau pasien yang datang dengan penurunan kesadaran.

11. Apa yang dilakukan RSUD dr. Murjani jika pasien menolak atau memberhentikan tindakan resusitasi atau pengobatan yang diberikan?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi.
- b. Keputusan beserta alasan untuk tidak melakukan Resusitasi Jantung Paru (RJP) harus dicatat di CPPT dan di formulir *Do Not Resuscitate* (DNR). Formulir DNR harus diisi dengan lengkap dan disimpan di rekam medis pasien.
- c. Keputusan harus dikomunikasikan kepada semua orang yang terlibat dalam perawatan pasien.



MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI

1. Siapa yang memberikan edukasi kepada pasien & keluarga?

Jawab :

Semua pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan oleh petugas yang berkompeten dan dikoordinasi oleh Tim Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS).

2. Bagaimana prosedur pemberian informasi atau edukasi kepada pasien dan keluarga?

Jawab :

Ucapkan salam → Pastikan identitas pasien → Ciptakan suasana nyaman → Perkenalkan diri & jelaskan tugas dan peran anda → Verifikasi materi → Dokumentasikan dalam form edukasi → tawarkan bantuan kembali → ucapkan terima kasih dan salam.

3. Bagaimana cara anda mengetahui pencapaian keberhasilan informasi dan edukasi yang diberikan ?

Jawab :

Melakukan validitas/ konfirmasi bahwa pasien dan keluarga bisa menerima dan memahami informasi dan edukasi yang diberikan.



4. Apakah pasien mendapat bukti edukasi yang diberikan?

Jawab :

- a. Ada bahan materi yang diberikan kepada pasien dan atau keluarga.
- b. Ada dokumen pemberian edukasi berupa formulir pemberian edukasi yang ditandatangani oleh pemberi edukasi dan penerima edukasi.



PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

1. Apa saja definisi dari elemen-elemen keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) di RSUD dr. Murjani ?

Jawab :

- 1) Kejadian **Sentinel** (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, meliputi :

1. Kematian tidak terduga dan tidak terkait dengan perjalanan alamiah atau kondisi yang mendasari penyakitnya. Contoh bunuh diri.
2. Kehilangan fungsi utama (major) secara permanen yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit pasien atau kondisi yang mendasari penyakitnya.
3. Salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien operasi.
4. Penculikan bayi atau bayi yang dipulangkan oleh orang yang bukan orang tuanya.
5. Pelaporan insiden tidak boleh lebih dari 2 x 24 jam.

- 2) Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*)



Suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman

- 3) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (*Adverse Event*)

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis karena tidak dapat dicegah.

- 4) Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Suatu kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (omission), yang dapat mencederai pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi, karena “keberuntungan” (misal : pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), karena “pencegahan” (suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan), atau “peringanan” (suatu obat dengan overdosis lethal diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotnya).



- 5) Kejadian Tidak Cidera (KTC)
Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera,
 - 6) Kejadian Potensial Cidera (KPC)
Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
2. Apa yang anda ketahui tentang Insiden Keselamatan Pasien ?
- Jawab :
- a. Setiap Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan kepada Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah 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.
3. Direksi memperoleh laporan dari Komite PMKP segera setelah proses RCA selesai.
Yang membuat laporan insiden keselamatan pasien adalah :



Jawab :

- a) Siapa saja atau semua staf RSUD dr. Murjani yang pertama menemukan kejadian.
 - b) Siapa saja atau semua staf RSUD dr. Murjani yang terlibat dalam kejadian.
4. Apa yang anda ketahui tentang **INDIKATOR MUTU di RSUD dr. Murjani?**
- Jawab :
- 1) Indikator Mutu Nasional
 - 2) Indikator Mutu Prioritas (Instalasi Bedah Sentral)
 - 3) Indikator Mutu Unit Kerja
5. **Apa yang saudara ketahui tentang Program PMKP RSUD dr. Murjani Sampit Tahun 2018?**
- Jawab :
- 1) **Upaya peningkatan mutu pelayanan**
 - a. Penetapan program prioritas kegiatan yang akan dievaluasi, terdiri dari : Indikator Area Klinis (IAK), Indikator Area Manajemen (IAM), dan Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
 - b. Diklat PMKP
 - c. Standarisasi proses asuhan klinis
 - d. Pengukuran mutu
 - 2) **Manajemen resiko rumah sakit**



- a. Menetapkan manajemen resiko klinis (pelaksanaan keselamatan pasien)
 - b. Melaporkan dan analisis data insiden keselamatan pasien
 - c. Mengupayakan terlaksananya *Failure Mode Effect Analysis* (FMEA)
 - d. Koordinasi kegiatan dengan peningkatan mutu
 - e.
- 3) **Keselamatan pasien**
- a. Menetapkan sistem pelaporan insiden
 - b. Menetapkan jenis kejadian sentinel
 - c. Melaksanakan kegiatan *Root Cause Analysis* (RCA)
 - d. Menetapkan regulasi jenis kejadian yang tidak diharapkan, proses pelaporan dan analisisnya.
 - f. Menetapkan definisi, jenis yang dilaporkan dan sistem pelaporan dari kejadian nyaris cidera dan kejadian tidak cidera.

6. **Apa yang saudara ketahui tentang Program PMKP di Unit Kerja?**

Jawab :

Program PMKP di Unit Kerja :

1. Penyusunan indikator mutu unit kerja, terdiri :



- a) Indikator Area Klinis (IAK)
 - b) Indikator Area Manajemen (IAM)
 - c) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)
2. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)
Insiden keselamatan pasien yang perlu dilakukan pencatatan dan pelaporan terdiri dari : Kejadian Sentinel, KTD, KTC, KNC dan KPC.
- a) Kejadian Sentinel
 - b) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
 - c) Kejadian Tidak Cidera (KTC)
 - d) Kejadian Nyaris Cidera (KNC)
 - e) Kondisi Potensial Cidera (KPC)
3. Analisa Manajemen Risiko (MANRISK)
4. Implementasi *Clinical Pathway* di Ruang Perawatan
5. Cara Pelaksanaan Program PMKP di unit kerja dengan menggunakan metode siklus PDSA (*Plan Do Study Action*)
6. Pelaksanaan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

6. **Apa Program Peningkatan Mutu Pelayanan Prioritas RSUD dr. Murjani Sampit Tahun 2018?**

Jawab :

Peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Bedah Sentral.



Rencana Perbaikan :

1. Standarisasi proses asuhan klinis
2. Peningkatan pelaksanaan sasaran keselamatan pasien
3. Pengukuran mutu indikator area klinik
4. Pengukuran mutu indikator area manajemen

Standarisasi proses asuhan klinis melalui implementasi dan monitoring kepatuhan DPJP terhadap PPK – CP sebagai berikut :

1. PPK – CP Placenta Previa Totalis
2. PPK – CP Sectio Cesaria
3. PPK – CP Appendicitis Akut
4. PPK – CP Hernia Inguinalis
5. PPK – CP Tonsilo Adenoid

7. Pengukuran mutu indikator area klinik (IAK) :

Jawab :

1. Kelengkapan pengisian formulir persetujuan tindakan kedokteran : Angka kelengkapan pengisian formulir tindakan kedokteran di ruang operasi 100%.
2. Pelayanan laboratorium : Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium ≤ 140 menit kimia darah & darah rutin pada pasien pre operasi 100%.
3. Pelayanan radiologi dan diagnostic imaging : Waktu tunggu pelayanan thorax foto ≤ 180 menit pada pasien pre operasi 100%.



4. Prosedur bedah : Waktu tunggu operasi elektif ≤ 2 hari / ≤ 48 jam 100%.
5. Penggunaan anestesi dan sedasi : Efek samping anestesi pada pasien operasi 5%.
6. Tingkat pengendalian infeksi : Infeksi Daerah Operasi (IDO) $\leq 2\%$.

7. Pengukuran mutu indikator area manajemen (IAM) :

Jawab :

1. Manajemen risiko : Kejadian tertusuk benda tajam dan jarum suntik 0%.
2. Harapan dan kepuasan pasien dan keluarga : Tingkat kepuasan pasien terhadap pelayanan di ruang operasi $\geq 80\%$.

8. **Apa yang dimaksud dengan Budaya Keselamatan Pasien?**

Jawab :

Budaya keselamatan pasien adalah perilaku individu dan organisasi berdasarkan keyakinan dan nilai-nilai bersama yang terus berusaha untuk meminimalkan tindakan yang dapat membahayakan pasien yang mungkin timbul dari proses perawatan.

Budaya Keselamatan Pasien terdiri dari :

1. Budaya Keterbukaan (*Open Culture*) / Budaya Fleksibel, terdiri :



- a. Komunikasi terbuka
Staf bebas berbicara atau membahas insiden yang terkait dengan keselamatan pasien serta mengangkat isu-isu terkait keselamatan pasien bersama dengan rekan kerja, *supervisor* atau pimpinan.
 - b. Kerja sama dalam unit
Staf saling mendukung satu sama lain, saling menghormati dan berkerja sama sebagai TIM.
 - c. Kerkjasama antar unit
Unit kerja di rumah sakit berkerja sama dan berkoordinasi antara satu unit dengan unit lain untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.
 - d. Handoffs dan Transisi
Informasi mengenai pasien yang penting dapat dikomunikasikan dengan baik antar unit dan antar shift.
 - e. Staffing
Jumlah staf cukup untuk menyelesaikan beban kerja dan jumlah jam kerja sesuai untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk keselamatan pasien.
2. Budaya Keadilan (*Just Culture*)
Respon tidak menghukum terhadap kesalahan (Respon nonpinitif), ketika terjadi insiden tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu, tetapi



- lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan tersebut.
3. Budaya Pelaporan (*Resporting Culture*)
Laporan insiden ini dibuat oleh semua staf rumah sakit pertama menemukan kejadian dan staf terlibat dalam suatu kejadian.
 4. Budaya Pembelajaran (*Learning Culture*)
 - a. Pembelajaran organisasi
Kesalahan dipergunakan untuk perubahan kearah positif dan perubahan dievaluasi efektivitasnya.
 - b. Komunikasi dan umpan balik (feedback)
Staf diberi informasi mengenai insiden yang terjadi, diberi umpan balik mengenai implementasi perbaikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.
 - c. Ekspektasi manajer
Atasan mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, atasan memberikan pujian bagi staf yang melaksanakan keselamatan pasien dan tidak terlalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien.
 - d. Dukungan manajemen
Manajemen rumah sakit mewujudkan iklim bekerja yang mengutamakan keselamatan dan menunjukan bahwa keselamatan merupakan prioritas utama.
 - e. Persepsi keselamatan pasien



Prosedur dan sistem sudah baik dalam mencegah kesalahan dan hanya ada masalah sedikit keselamatan pasien



PROGRAM NASIONAL

1. Apa yang anda ketahui tentang **Program Nasional** (Prognas) ?

Jawab :

Untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia pemerintah menetapkan program nasional prioritas, yaitu :

- 1) Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
- 2) Menurunkan angka kesakitan HIV/ AIDS
- 3) Menurunkan angka kesakitan Tuberculosis
- 4) Mengendalikan resistensi antimikroba
- 5) Pelayanan Geriatri

2. Apa yang anda ketahui tentang **program PONEK** di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani membentuk tim atau panitia PONEK untuk menjalankan program PONEK RS.
- b. RSUD dr. Murjani melaksanakan program PONEK (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Komprehensif) untuk menurunkan angka kematian bayi dan meningkatkan kesehatan ibu.



3. Apa yang anda ketahui tentang **program TB-DOTS** di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani membentuk tim atau panitia untuk menjalankan program TB DOTS RS
- b. RSUD dr. Murjani melaksanakan penanggulangan TB sesuai dengan pedoman strategi DOTS (*Direct Observe Treatment Shortcourse*) beserta monitoring dan evaluasinya.

4. Apa yang anda ketahui tentang **program HIV/ AIDS** di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani membentuk tim atau panitia untuk menjalankan program HIV/ AIDS
- b. RSUD dr. Murjani melaksanakan penanganan dan penanggulangan HIV melalui langkah-langkah :
 1. meningkatkan fungsi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT);
 2. meningkatkan fungsi pelayanan *Prevention Mother to Child Transmision* (PMTCT);
 3. meningkatkan fungsi pelayanan *Antiretroviral Therapy* (ART) atau bekerjasama dengan RS yang ditunjuk;
 4. meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO);
 5. meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA



- dengan faktor risiko *Injection Drug Use* (IDU); dan
6. meningkatkan fungsi pelayanan penunjang, yang meliputi: pelayanan gizi, laboratorium, dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.

5. Apa yang anda ketahui tentang **program Penyelenggaraan dan Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)** di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani membentuk tim atau panitia untuk menjalankan program PPRA
- b. RSUD dr. Murjani menetapkan dan melaksanakan evaluasi dan analisis indikator mutu PPRA sesuai perundang-undangan meliputi :
 - 1) perbaikan kuantitas penggunaan antibiotik
 - 2) perbaikan kualitas penggunaan antibiotik
 - 3) peningkatan mutu penanganan kasus infeksi secara multidisiplin dan terintegrasi
 - 4) penurunan angka infeksi rumah sakit yang disebabkan oleh mikroba resisten
 - 5) indikator mutu PPRA terintegrasi pada indikator mutu PMKP

6. Apa yang anda ketahui tentang **program Geriatri** di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- a. RSUD dr. Murjani membentuk tim atau panitia untuk menjalankan program Pelayanan Geriatri



- b. RSUD dr. Murjani melalui Tim PKRS (Promosi dan Edukasi Rumah Sakit) melakukan promosi dan edukasi terkait Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*)



AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN

1. Bagaimana prosedur skrining di RSUD dr. Murjani?

Jawab :

- Skrining dilakukan pada kontak pertama di dalam atau di luar RSUD dr. Murjani untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani dengan baik oleh RSUD dr. Murjani.
- Skrining dilaksanakan menggunakan kriteria *triage*, visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologi, pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi)

2. Bagaimana prosedur *Triage*?

Jawab :

RSUD dr. Murjani melaksanakan proses *triage* berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien sesuai kegawatannya, RSUD dr. Murjani menggunakan *Simple Triage And Rapid Treatment* (START)

3. Apa yang anda lakukan bila ada penundaan dan kelambatan pelayanan?

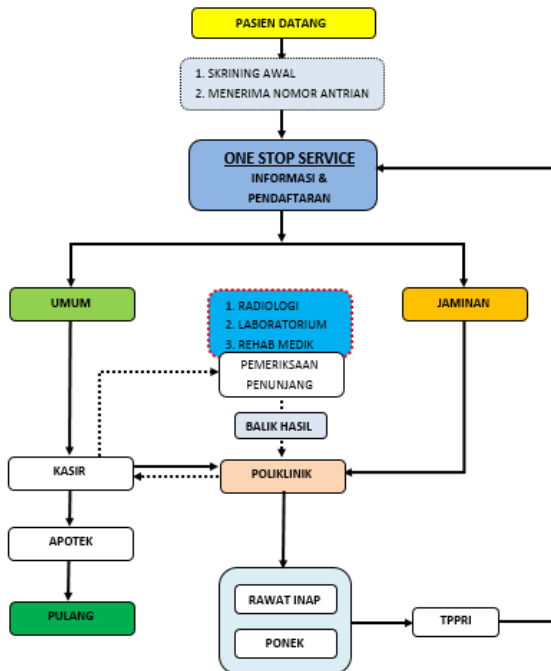
Jawab :

Pasien diberitahu jika ada penundaan atau kelambatan pelayanan antara lain akibat kondisi pasien atau jika pasien

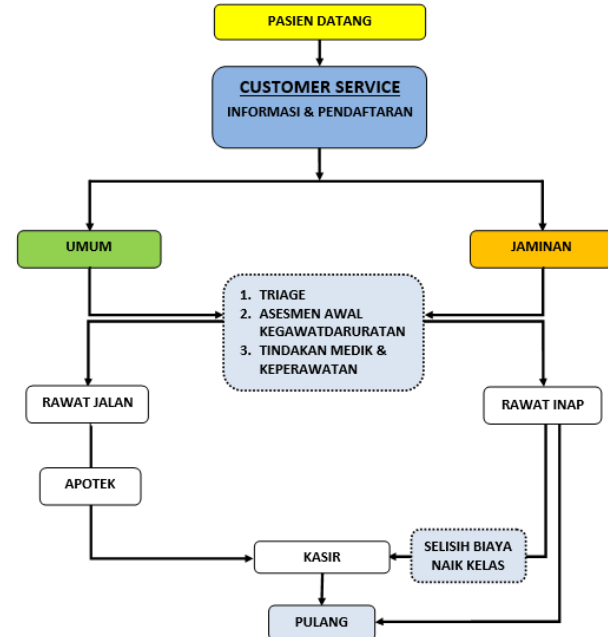


masuk dalam daftar tunggu, diberi informasi alasan dan sebab mengapa terjadi penundaan/ kelambatan serta alternatif yang tersedia. Ketentuan ini berlaku bagi pasien rawat inap dan rawat jalan.

4. Bagaimana prosedur penerimaan pasien **RAWAT JALAN** ?

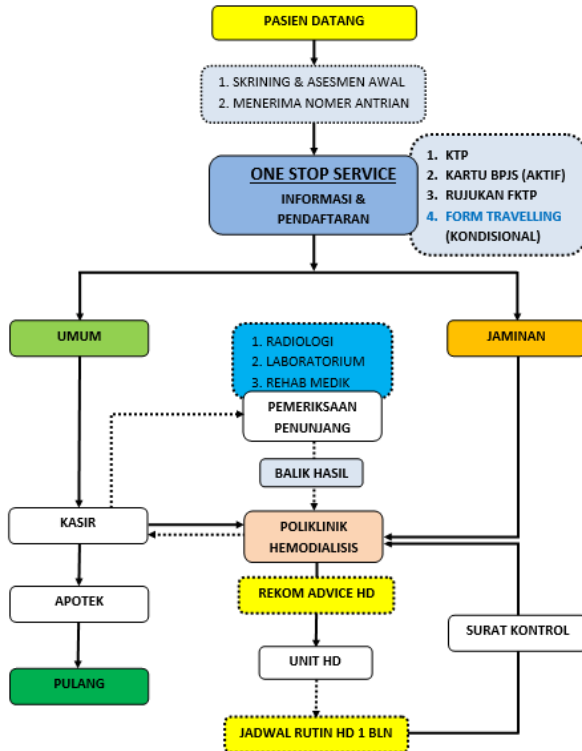


5. Bagaimana prosedur penerimaan pasien **RAWAT INAP** ?

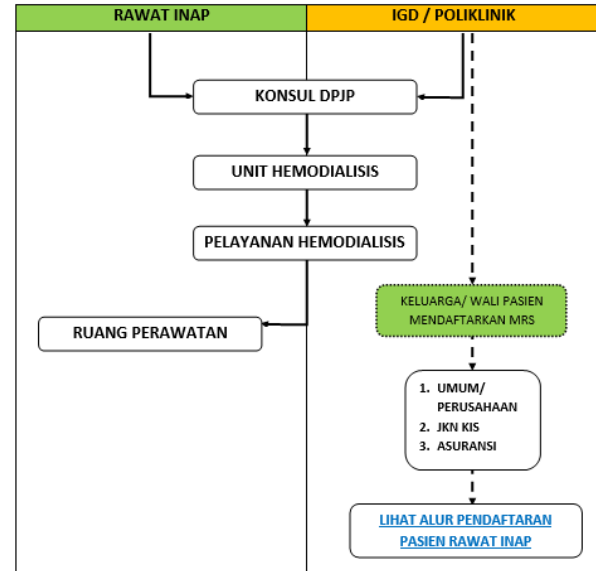




6. Bagaimana Alur Pasien Baru Rawat Jalan **Hemodialisis** ?



7. Bagaimana Alur Pasien **Cito Hemodialisis** ?



8. Bagaimana rumah sakit mengelola bila tempat tidur pasien rawat inap penuh?

Jawab :

- 1) Staf TPPRI/ Admisi bertanggung jawab terhadap pasien memastikan bahwa tempat tidur pada ruangan yang akan dituju benar-benar tidak ada atau penuh



- 2) Petugas admisi menawarkan ruangan kelas lainnya yang tersedia
 - 3) Jika pasien/keluarga tetap menolak kelas lain yang ditawarkan, maka permintaan pasien akan disampaikan kepada Manajer Pelayanan Pasien (MPP) untuk ditindak lanjuti.
 - 4) Tawarkan alternatif Rumah Sakit lain jika pasien tidak bersedia menunggu sampai tersedianya ruang pelayanan yang dibutuhkan.
9. Apa yang anda ketahui tentang kesinambungan pelayanan pasien rawat inap?
- Jawab :
- Kesinambungan pelayanan pasien rawat inap adalah Asesmen awal untuk persiapan dan pertimbangan khusus bagi pasien dalam Perencanaan Pemulangan Pasien (P3)/ *Discharge Planning*. *Discharge Planning* dilakukan secara terintegrasi antar PPA terkait/ relevan dan difasilitasi oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).
10. Apa yang anda ketahui tentang Manager Pelayanan Pasien ?
- Jawab :
- 1) Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan pasien
 - 2) Mengoptimalkan pelayanan berfokus pada pasien
 - 3) Mengoptimalkan proses reimbursemen (Asuransi/ JKN)



ASESMEN PASIEN (AP)

1. Apa yang anda ketahui tentang konsep pelayanan berfokus kepada pasien (**Patient/ Person Centered Care**) ?
- Jawab :
- Yaitu **Asuhan Pasien Terintegrasi** yang bersifat integrasi horisontal dan vertikal dengan elemen :
- 1) Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebagai ketua tim asuhan (Clinical Leader)
 - 2) Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
 - 3) Manajer Pelayanan Pasien (MPP)
 - 4) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
2. Bagaimana cara anda dalam melakukan **Asesmen Pasien** ?
- Jawab :
- Dengan menggunakan metode IAR, yaitu :
- a. Mengumpulkan data dan **informasi** (huruf I). **Pada SOAP adalah S–Subyektif dan O–Obyektif.**
 - b. **Analisis data** dan informasi (huruf A) , yaitu melakukan analisis terhadap informasi yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. **Pada SOAP adalah A–Asesmen.**
 - c. Membuat **Rencana** (huruf R), yaitu menyusun solusi



untuk mengatasi / memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir b .

Pelaksanaan R adalah untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi. **Pada SOAP adalah P– Plan.**

3. Dimana bukti keterlibatan keluarga pasien dalam melengkapi asesmen awal termasuk memberikan keputusan dalam rencana asuhan ?

Jawab :

- ✓ Dalam Form Informasi dan Edukasi rekam medik

4. Kapan Asesmen Awal harus diselesaikan ?

Jawab :

- a. **Asesmen medis dan keperawatan awal diselesaikan dalam waktu 1 x 24 jam setelah pasien masuk sebagai pasien rawat inap.**
- b. Asesmen medis awal yang dilakukan sebelum pasien masuk sebagai pasien rawat inap atau sebelum prosedur rawat jalan di RSUD DR. MURJANI SAMPIT tidak berlangsung lebih dari 30 hari atau riwayat kesehatan telah diperbaharui dan pemeriksaan fisik diulang.
- c. Untuk asesmen yang berusia kurang dari 30 hari, perubahan-perubahan signifikan dalam kondisi pasien semenjak asesmen dicatat dalam rekam medis pada saat penerimaan pasien sebagai pasien rawat inap.



5. Kapan **Asesmen Ulang** kepada pasien dilakukan ?

Jawab :

- ✓ DPJP melakukan asesmen ulang terhadap pasien akut sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk di akhir minggu/ libur, dan jika ada perubahan penting kondisi pasien.
- ✓ Dicatat dalam CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) berbasis IAR dengan metode SOAP, gizi dengan metode ADIME.

6. Bagaimana prosedur asesmen awal gizi di RSUD dr. Murjani Sampit?

SKRINING GIZI PASIEN ANAK 1 BULAN S/D 18 TAHUN

STRONG KIDS

No	Pertanyaan	Jawaban (Skor)	
1	Apakah pasien tampak kurus?	Tidak 0	Ya 1
2	Apakah terdapat penurunan BB selama satu bulan terakhir? ATAU Untuk bayi <1 tahun : BB tidak naik selama 3 bulan terakhir	Tidak 0	Ya 1
3	Apakah terdapat SALAH SATU dari kondisi berikut? (diare, muntah, Asupan makan menurun)	Tidak 0	Ya 1



4	Apakah terdapat penyakit atau keadaan yang mengakibatkan pasien berisiko mengalami malnutrisi (sebutkan)	Tidak 0	Ya 1
	TOTAL SKOR		

PENILAIAN

- Bila salah satu pertanyaan jawabannya “ya” Pasien dinyatakan berisiko malnutrisi
- Pertanyaan no 2 berdasarkan penilaian objektif data BB bila ada ATAU penilaian subjektif orang tua pasien
- Pertanyaan no 4 : yang dimaksud penyakit atau keadaan yang mengakibatkan malnutrisi adalah :
 - diare kronik (Lebih dari 2 minggu)
 - (Tersangka) Penyakit Jantung Bawaan (PJB)
 - (Tersangka) infeksi Human Immunodeficiency Virus (HIV)
 - (tersangka) Kanker
 - Penyakit Hati Kronik (PHK)
 - Penyakit Ginjal Kronik (PGKO)
 - TB paru
 - Terpasang Stoma
 - Trauma
 - Combustio/Luka bakar luas
 - Kelainan anatomi mulut yang menyebabkan kesulitan makan (misal : bibir sumbing)
 - Rencana ATAU paska operasi mayor (misalnya: laparotomi, torakotomi)



- Kelainan metabolik bawaan (*inborn error metabolism*)
- Retardasi mental
- Keterlambatan perkembangan
- Lain-lain sebutkan (berdasarkan pertimbangan dokter).....

SKRINING GIZI PASIEN DEWASA

MUST (Malnutrition Universal Screening Tool)

No	PARAMETER	SKOR
1	Apakah pasien mengalami penurunan BB yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir?	
	a. Tidak ada penurunan BB	0
	b. Tidak yakin/tidak tahu/terasa baju longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan BB tersebut	
	➤ 1- 5 kg	1
	➤ 6 – 10 kg	2
	➤ 11-15 kg	3
	➤ >15 kg	4
2	Apakah asupan makan berkurang karena tidak ada nafsu makan?	
	➤ Tidak	0
	➤ Ya	1
	Total Skor
3	Pasien dengan diagnosis khusus (diisi dengan centang)	
	➤ Tidak	0
	➤ Ya (sebutkan diagnosis)	1



PENILAIAN

- Bila total skor (parameter no 1 dan 2) > 2 maka pasien dinyatakan berisiko malnutrisi
- Bila Parameter no 3 “ya” tanpa dilakukan penilaian skor (parameter 1 & 2) maka pasien sudah dinyatakan berisiko malnutrisi
- Yang dimaksud dengan diagnosis khusus adalah pasien saat masuk rumah sakit langsung di diagnosis atau mengalami Diabetes Mellitus, Kemoterapi, Hemodialisa, Penurunan imunitas dan penyakit degeneratif lainnya

Gunakan panduan tatalaksana untuk merencanakan strategi keperawatan berikut ini.

Risiko Rendah

Asesmen ulang pada pasien di RSUD DR. MURJANI SAMPIT (tiap minggu), pada pasien rawat jalan (tiap bulan).

Risiko Sedang

Observasi :

- Catatan asupan makanan selama 3 hari.
- Jika asupan adekuat, asesmen ulang pasien di RSUD DR. MURJANI SAMPIT (tiap minggu) pada pasien rawat jalan (tiap bulan).
- Jika tidak adekuat, rencana strategi untuk perbaikan dan peningkatan asupan nutrisi pantau dan kaji ulang program pemberian nutrisi secara teratur.



Risiko Tinggi

Tata laksana:

- 1) Rujuk ke ahli gizi.
- 2) Perbaiki dan tingkatkan asupan nutrisi.
- 3) Pantau dan kaji ulang program pemberian nutrisi pada pasien di RSUD DR. MURJANI SAMPIT (tiap minggu) pada pasien rawat jalan (tiap bulan).

Untuk semua kategori :

- 1) Atasi penyakit yang mendasari dan berikan saran dalam pemilihan jenis makanan.
- 2) Catatan kategori risiko malnutrisi.
- 3) Catatan kebutuhan akan diet khusus dan ikuti kebijakan.

7. Bagaimana **Prosedur Asesmen Nyeri** di RSUD dr. Murjani?
Jawab :

Wong Baker FACES pain scale

Dapat digunakan pada pasien (dewasa dan anak >3 tahun) yang tidak dapat menggambarkan intensitas nyerinya dengan angka.

Instruksi: pasien diminta untuk menunjuk/ memilih gambar mana yang paling sesuai dengan yang ia rasakan. Tanyakan juga lokasi dan durasi nyeri.

- (1) 0 - 1 tidak merasa nyeri
- (2) 2 - 3 sedikit rasa sakit
- (3) 4 - 5 nyeri ringan
- (4) 6 - 7 nyeri sedang



- (5) 8 - 9 nyeri berat
- (6) 10 nyeri sangat berat

Wong Baker FACES pain scale



Pengukuran nyeri dengan **Numeric Rating Scale (NRS)**

Digunakan pada pasien dewasa dan anak berusia > 9 tahun yang dapat menggunakan angka untuk melambangkan intensitas nyeri yang dirasakan.

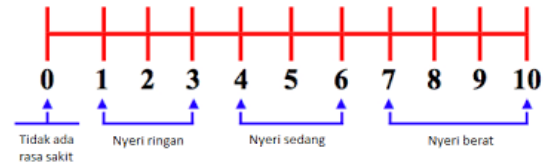
Instruksi : pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka 0-10

- (1) 0 = tidak nyeri
- (2) 1-3 = nyeri ringan (secara obyektif pasien dapat berkomunikasi dengan baik)
- (3) 4-6 = nyeri sedang (secara obyektif pasien mendesis, menyeringai, dapat menunjukkan lokasi nyeri, dapat mendiskripsikan dapat mengikuti perintah dengan baik).



- (4) 7-9 = nyeri berat (secara obyektif pasien terkadang tidak dapat mengikuti perintah tapi masih respon terhadap tindakan, dapat menunjukkan lokasi nyeri, tidak dapat mendeskripsikannya, tidak dapat diatasi dengan alih posisi nafas panjang dan distraksi)
- (5) 10 = nyeri yang sangat (pasien sudah tidak mampu berkomunikasi, memukul)

Numeric Rating Scale (NRS)



8. Bagaimana tatalaksana manajemen nyeri pada pasien nyeri?

- 1) Dokter/ perawat melakukan asesmen awal terhadap nyeri pada semua pasien yang periksa di RSUD dr. Murjani Sampit
- 2) Penilaian rasa sakit/nyeri dilakukan dengan menggunakan pengkajian yang sesuai untuk masing-masing pasien
- 3) Dokter/ perawat melakukan tindakan /intervensi sesuai dengan derajat nyeri yang diderita pasien.



9. Bagaimana pelaporan unit penunjang (Laboratorium & Radiologi) bila didapati **Nilai Kritis Pemeriksaan** pada pasien ?

Jawab :

Nilai kritis (Laboratorium & Radiologi) → Staf Lab & Rad lapor DSPK & DSRad → validasi → infokan ke ruang perawatan pasien terkait/ (PPJA) → Staf Lab & Rad mencatat di **BUKU LAPORAN NILAI KRITIS** → Setelah 30 menit *follow up* ke ruang perawatan apakah nilai kritis sudah dilaporkan ke DPJP → catat hasil *follow up* di buku LAPORAN NILAI KRITIS

- 1) Nama pasien
- 2) Diagnosa
- 3) Nilai Kritis
- 4) Jam lapor ke ruangan
- 5) Penerima laporan
- 6) Pelapor
- 7) Jam hasil follow up dari ruangan

10. Bagaimana pelaporan perawat bila didapati nilai kritis pemeriksaan penunjang (Laboratorium & Radiologi) ?

Jawab :

Nilai kritis (Laboratorium & Radiologi) → PPJA lapor DPJP → advice/ instruksi → Tulis Baca Konfirmasi (TBK) di CPPT → PPJA mencatat di **BUKU LAPORAN NILAI KRITIS RUANGAN** :

- 1) Nama pasien



- 2) Diagnosa
- 3) Nilai Kritis
- 4) Jam Terima laporan
- 5) Jam laporan ke DPJP
- 6) Jam advise DPJP dilaksanakan
- 7) Penerima laporan
- 8) Pelapor

11. Kriteria Nilai Kritis Laboratorium dan Radiologi Hasil Pemeriksaan Kritis di Laboratorium yang harus segera dilaporkan

❖ KIMIA DARAH

Nama Pemeriksaan	Usia	Batas Bawah	Batas Atas	Satuan
Bilirubin Total	Dewasa		≥ 15	mg/dL
	< 1 Hari		≥ 8	
	1-2 Hari	-	≥ 13	
	> 2-39 Hari		≥ 15	
Glukosa	< 30 Hari	< 30	> 200	mg/dL
	30 Hari-1 Thn	< 30	> 300	
	1 Thn	< 40	> 450	
Kalium	≤ 1 Th	≤ 2.0	≥ 7.0	Mmol/L
	≥ 1-12 Thn	≤ 2.7	≥ 6.5	
	<u>Dewasa</u>	≤ 2.5	≥ 6.5	
Natrium	< 30 Hari	< 125	> 160	Mmol/L
	<u>Dewasa</u>	< 120	> 160	
Klorida		< 85	> 120	Mmol/L
Kreatinin	1 Hari-4 Mgg		>1,5	



	5 Mgg-23 Bln 2 – 11 Thn 12-15 Thn ≥ 16Thn		>2,0 >2,5 >3,0 ≥10	mg/dL
Troponin I Laktat Osmolalitas		<250	>0.3 >4.0 >326	mg/dL Mmol/L Osm/kg

❖ ANALISA GAS DARAH

Nama Px	Batas Bawah	Batas Atas	Satuan
pH	≤7,25	≥ 7.6	mg/dL
pCO2	≤20	-	mg/dL
pO2	≤40		mg/dL
HCO3	≤10	≥ 40	mg/dL

❖ KOAGULASI

Nama Px	Batas Bawah	Batas Atas	Satuan
PT		> 120 (Rawat Inap) > 50 (Rawat Jalan)	Detik



APTT		> 47.5	Detik
Fibrinogen	≤ 100		mg/dL
INR		>5.0	

❖ HEMATOLOGI

Nama Pemeriksaan	Usia	Batas Bawah	Batas Atas	Satuan
Hemoglobin	<1Bln	< 10,0	≥ 23,0	mg/dL
	>1Bln-17 Thn	≤ 8,0	≥ 20,0	
	Dewasa	≤ 8,0		
Hematokri	< 1Bln	≤ 30	≥ 70	%
	Dewasa	≤ 15	≥ 70	
Lekosit Darah	Dewasa	≤ 2,0	≥ 50	X 10 ⁹ /L
	Pediatri	≤ 2,0	≥ 50	
Lekosit CSF	Dewasa	≤ 50	≥ 1000	WBC/m ³
	Pediatri	≤ 50	≥ 10	
Trombosit	Dewasa		≥ 1000	X 10 ⁹ /L
	Pediatri		≥ 2000	
Hapusan Darah Tepi	Dewasa		>5% Blast	
	Anak-anak		>10% Blast	



Hasil Pemeriksaan Nilai kritis di Radiologi yang harus segera dilaporkan :

Area Anatomi	Kondisi Katagori Kritis
Sistem Saraf Pusat	Perdarahan Serebral (Subdural dan Epidural) atau Hematoma
	Tumor Otak (Efek Massa)
	Fraktur Defresi pada Tengkorak
	Fraktur Tulang Belakang Servikal
	Kompresi Sumsum Tulang Belakang
Leher	Diseksi Arteri Karotis
	Critikal Carotis Stenosis
Dada	Tension Pneumothorak
	Diseksi Aorta
	Emboli Paru
	Aneurisma Pecah atau Impending Ruptur
	Empisema Mediastinum
Abdomen	Udara Bebas di Abdomen (bila tanpa riwayat pembedahan dalam waktu dekat)
	Iskemik Bowel
	Appendisitis
	Emboli Vena Aorta
	Perlukaan Organ Dalam trauma Abdoninal
	Perdarahan Retroperitoneal

Urogenital	Obstruksi Usus
	Volvulus
	Kehamilan Ektopik
	Plasenta Previa menjelang Aterm
	Torsio Testis atau Ovarium
Vaskuler	Kematian Fetus
	DVT atau Okklusi Vaskular
	Robekan Arteri Femoralis karena Fraktur Femur



PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

1. Apa saja yang termasuk pelayanan pasien berisiko tinggi di RSUD dr. Murjani Sampit ?

Jawab :

- 1) Pasien kasus emergensi.
- 2) Pasien menggunakan layanan resusitasi.
- 3) Pasien dengan pemberian darah dan produk darah.
- 4) Pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar atau pasien yang koma.
- 5) Pasien yang menderita penyakit menular dan penurunan kekebalan tubuh (*immune-suppressed*).
- 6) Pasien yang mengalami dialysis (cuci darah).
- 7) Pasien yang menggunakan alat penghalang (*restraint*).
- 8) Pasien lanjut usia, orang dengan keterbatasan (fisik/mental), anak-anak, dan pasien yang berisiko disiksa.

2. **National Early Warning System** adalah ?

Jawab :

adalah sebuah pendekatan sistematis menggunakan skoring untuk mengidentifikasi perubahan kondisi seseorang sekaligus menentukan langkah selanjutnya yang harus dikerjakan.

- 1) NEWS digunakan pada pasien dewasa (berusia 16



tahun atau lebih)

- 2) NEWS dapat digunakan untuk mengasesmen penyakit akut, mendeteksi penurunan klinis, dan menginisiasi respon klinis yang tepat waktu dan sesuai.
- 3) NEWS tidak digunakan pada:
 - a. Pasien berusia kurang dari 16 tahun
 - b. Pasien hamil
 - c. Pasien dengan PPOK
- 4) NEWS juga dapat diimplementasikan untuk asesmen prehospital pada kondisi akut oleh *first responder* seperti pelayanan ambulans, pelayanan kesehatan primer/ Puskesmas untuk mengoptimalkan komunikasi kondisi pasien sebelum diterima rumah sakit tujuan.

National Early Warning Score

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Pernafasan	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
Saturasi Oksigen	≤ 91	92-93	94-95	96			
Penggunaan Alat Bantu O ₂		Ya		Tidak			
Suhu	≤ 35		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	
Tekanan Darah Sistolik	≤ 90	91-100	101.1-110	111-120			≥ 220
Denyut Jantung	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Tingkat Kesadaran				A			V,P, atau U
TOTAL :							



Skor NEWS dan Respon Klinis yang Diberikan

Skor	Klasifikasi	Respon Klinis	Tindakan	Frekuensi Monitoring
0	Sangat Rendah	Dilakukan monitoring	Melanjutkan monitoring	Min 12 jam
1-4	Rendah	Harus segera dievaluasi oleh perawat terdaftar yang kompeten harus memutuskan apakah perubahan frekuensi pemantauan klinis atau wajib eskalasi perawatan klinis.	Perawat mengasesmen perawat/ meningkatkan frekuensi monitoring	Min 4-6 jam
5-6	Sedang	Harus segera melakukan tinjauan mendesak oleh klinisi yang terampil dengan kompetensi dalam penilaian penyakit akut di bangsal biasanya oleh dokter atau perawat dengan mempertimbangkan apakah eskalasi perawatan ke tim perawatan kritis diperlukan (yaitu tim penjangkauan perawatan kritis)	Perawat berkolaborasi dengan tim/ pemberian assesmen kegawatan/ meningkatkan perawatan dengan fasilitas monitor yang lengkap.	Min 1 jam
≥7	Tinggi	harus segera memberikan penilaian darurat secara klinis oleh tim penjangkauan/ <i>critical care outreach</i> dengan kompetensi penanganan pasien kritis dan biasanya terjadi transfer pasien ke area perawatan dengan alat bantu.	Berkolaborasi dengan tim medis/ pemberian assesmen kegawatan/ pindah ruang ICU	Bad set monitor/ every time

3. Bagaimana prosedur penyimpanan, penyajian dan pendistribusian makanan kepada pasien?

Jawab :

- 1) Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.

- 2) Makanan didistribusi secara tepat waktu dan memenuhi permintaan.

4. Bagaimana prosedur penanganan pasien-pasien tahap terminal ?

Jawab :

Gejala Umum Fase Akhir Kehidupan	
Gejala	Bagaimana cara untuk memberikan kenyamanan
Penurunan kesadaran (Kantuk)	Kedaaan awal yang harus diwaspadai dan segera menghubungi Dokter unntk memberi
Menjadi tidak responsif	Banyak pasien masih bisa mendengar setelah mereka tidak lagi dapat berbicara, sehingga perawat bicaralah seolah-olah pasien dapat mendengar.
Kebingungan tentang waktu, tempat, identitas orang-orang terkasih	Bicaralah dengan tenang untuk membantu mengembalikan orientasi pasien. Perlahan mengingatkan pasien tanggal, waktu, dan orang-orang yang bersama mereka.
Hilangnya nafsu makan, penurunan kebutuhan pangan dan cairan	Biarkan pasien memilih apakah dan kapan harus makan atau minum. Sediakan es, air, atau jus dapat menyegarkan jika pasien masih bisa menelan. Jaga mulut pasien agar tetap lembab dengan menggunakan pelembab bibir dengan produk seperti swab gliserin dan lip balm.
Kehilangan kontrol kandung kemih atau usus Akral dingin	Jaga agar pasien tetap bersih, kering, dan nyaman mungkin. Pasien dapat menggunakan kateter atau popok. Hangatkan pasien dengan menggunakan selimut tapi hindari selimut listrik atau alas pemanas, yang dapat menyebabkan luka bakar.
Rasa nyeri meningkat / tidak berkurang dengan pemberian terapi sebelumnya	Segera hubungi dokter yang merawat untuk memberikan instruksi untuk mengurangi rasa nyeri.
Napas sesak, tidak teratur, dangkal, atau bising napas	Pernapasan mungkin lebih mudah jika tubuh pasien adalah dibaringkan ke samping dan bantal diletakkan di bawah kepala dan di belakang punggung. Sebuah humidifier kabut dingin juga dapat membantu.



5. Bagaimana prosedur penanganan pasien **Restraint**?

Jawab :

Restraint adalah suatu metode/cara pembatasan/restriksi yang disengaja terhadap gerakan /perilaku seseorang.

Indikasi pemasangan Restrain :

- 1) Pasien menunjukkan perilaku yang beresiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain.
- 2) Tahanan pemerintah (yang lebih legal/sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit
- 3) Pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien
- 4) Pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman
- 5) Restraint atau isolasi digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil/tidak efektif untuk melindungi pasien, staf atau orang lain dari ancaman bahaya

6. Bagaimana anda mendeteksi tanda-tanda reaksi transfusi ?

Jawab :

Bila terdapat 1 atau lebih tanda atau gejala berikut :

- 1) Rasa panas atau rasa terbakar sepanjang vena
- 2) Warna kemerahan pada wajah
- 3) Nyeri dada
- 4) Nyeri pinggang bawah



5) mual dan muntah

6) Demam dan sakit kepala

7) mengigil

8) Gejala syok hipotensi, takikardia, gelisah, dispnea

9) Ruam kulit, urtikaria, edma wajah atau lidah

10) asma (pada keadaan alergi)

7. Apa beda Bantuan Hidup Dasar (BHD) dengan *Code Blue* ?

Jawab :

Bantuan Hidup Dasar (BHD) :

Suatu **usaha menolong** penderita yang mengalami gagal fungsi jantung dan nafas (*Cardiorespiratory Arrest*), yang dilakukan dengan pertolongan sederhana.

BHD dapat dilakukan oleh staf medik maupun non medik yang telah mendapatkan pelatihan BHD.

Code Blue :

Salah satu **kode prosedur** emergensi yang harus segera diaktifkan jika ditemukan seseorang dalam kondisi gagal fungsi jantung dan nafas (*Cardiorespiratory Arrest*) di dalam area rumah sakit.

8. Apa Kriteria Kegawatdaruratan Medis di RSUD dr. Murjani Sampit ?

Jawab :



Jika terdapat salah satu gejala dan tanda dibawah ini :

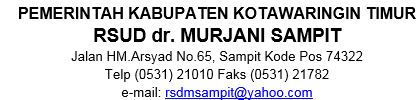
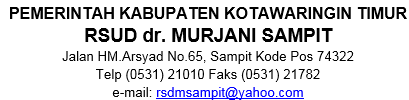


Pasien/korban dengan kegawatan medis

	Dewasa	Anak
Jalan Napas	Sumbatan Jalan napas: tanda-tanda sumbatan jalan napas komplrit atau parsial	
Pernapasan	Jika laju Respirasi (RR: Respiration Rate) : > 36x/mt atau < 5 x/mt	Jika laju respirasi : 1-4 tahun RR > 40 x/menit 5-12 tahun RR > 36 x/menit >12 tahun RR > 36 x/menit
Sirkulasi	Perubahan Laju jantung: Nadi > 130x/mt atau < 40x/mt Perubahan tekanan darah: TD > 220 mmHg atau < 90 mm Hg	Perubahan Laju jantung: 1-4 th < 90 atau > 160x/menit 5-12 th < 80 atau > 140 x/menit >12 th < 60 atau > 130x/menit Penurunan tekanan mendadak tekanan darah sistolik: 1-4 th < 70 mmHg 5-12 th < 80 mmHg >12 th < 90 mmHg
Sistem Saraf	Penurunan kesadaran atau kejang	Penurunan kesadaran atau kejang

9. Bagaimana alur pengaktifan **Code Blue** di RSUD dr. Murjani Sampit ?







2. Apa tujuan proses verifikasi praoperasi ?

Jawab :

- 1) Memastikan **ketepatan tempat, prosedur dan pasien**
- 2) Memastikan semua dokumen terkait, foto (imaging) dan hasil pemeriksaan yang relevan diberi label dengan benar dan tersaji
- 3) Memastikan tersedia peralatan medik khusus dan atau implan yang dibutuhkan



PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT

1. Bagaimana Kebijakan penyimpanan obat di RSUD dr. Murjani ?

Jawab :

- 1) Obat-obat yang di simpan pada suhu 2-8 °C
- 2) Obat-obat yang disimpan pada suhu < 30 C
- 3) Obat-obat golongan narkotika & psikotropika
- 4) High Alert Medication / Obat Waspada Tinggi :
 - a. Penyimpanan di lokasi khusus dengan akses terbatas dan diberi penandaan yang jelas berupa stiker berwarna merah bertuliskan **“HATI-HATI, OBAT WASPADA TINGGI, HARUS DENGAN RESEP DOKTER “**
 - b. Elektrolit pekat (kalium klorida 7,46% dalam ampul dan natrium klorida 3% dalam botol infus) hanya disimpan di ruang perawat.

2. Bagaimana prosedur pengelolaan obat emergensi di RSUD dr. Murjani ?

Jawab :

- a Obat emergensi disimpan dalam troli/ kit/ lemari emergensi, setiap operan jaga dan setiap tgl 1 diperiksa, dipastikan item dan jumlahnya sesuai dengan daftar yang ditempel/digantung di troli/kit /lemari emergensi dan dipastikan tidak expired



- b Pengelolaan obat emergensi di ruang perawatan berdasarkan **SPO Pengecekan Trolley Emergency, SPO Penggunaan dan Penggantian Obat**
3. Bagaimana alur pelaporan insiden apabila terjadi **Medication Error**?

Jawab:

Dokter maupun perawat yang menemukan terjadinya *medication error* melaporkan kejadian tersebut ke Instalasi Farmasi dan Komite PMKP

SPO Pelaporan Insiden.

4. Bagaimana kebijakan di RSUD dr. Murjani tentang persyaratan resep yang lengkap?

Jawab:

Resep harus memenuhi kelengkapan :

- 1) Nama pasien, tanggal lahir atau umur pasien (jika tidak dapat mengingat tanggal lahir), nomor rekam medis dan berat badan pasien (untuk pasien anak).
- 2) Nama dokter, tanggal penulisan resep dan ruang pelayanan.
- 3) Mengisi kolom riwayat alergi obat pada bagian kanan atas lembar resep manual.
- 4) Menulis tanda R/ pada setiap sediaan. Untuk nama obat tunggal ditulis dengan nama *generic*. Untuk obat ditulis sesuai nama dalam Formularium, dilengkapi dengan bentuk sediaan obat (Contoh : injeksi, tablet,



kapsul, salep), serta kekuatannya (contoh 500 mg, 1 gram).

- 5) Bila obat berupa racikan ditulis nama setiap jenis/ bahan obat dan jumlah bahan obat (untuk bahan padat :microgram, milligram, gram) dan untuk cairan : tetes, mililiter, liter.
 - 6) Pencampuran beberapa obat dalam satu sediaan tidak dianjurkan kecuali sediaan dalam bentuk campuran tersebut telah terbukti aman dan efektif.
 - 7) Aturan pakai (frekuensi, dosis, rute pemberian). Untuk aturan pakai jika perlu atau prn atau “pro re nata” ,harus dituliskan dosis maksimal dalam sehari dan penulisan mililiter harus dengan ml tidak cc karena rawan error dengan C (sendok makan).
 - 8) Obat Narkotika
 - a. Jumlah harus tertulis dengan angka dan huruf (Contoh : Morphin Inj II (dua).
 - b. Setiap item wajib diberi tanda-tangan dokter.
6. Bagaimana prosedur pemberian obat yang berlaku di RSUD dr. Murjani Sampit ?
- Jawab:
- Pemberian obat menggunakan prinsip **7 benar**:
- 1) Benar pasien.
 - 2) Benar indikasi.
 - 3) Benar obat.



- 4) Benar dosis.
- 5) Benar cara pemberian.
- 6) Benar waktu pemberian.
- 7) Benar dokumentasi.



PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

1. Bagaimana **pemilahan sampah** medis dan non medis, benda tajam / cair?

Jawab:

Sampah medis dibuang di tempat **sampah medis** berkantung plastik **KUNING**. Sampah non medis dibuang di tempat sampah **non medis** berkantung plastik **HITAM**. **Sampah benda tajam dan jarum** dibuang ditempat sampah khusus yang tidak dapat tembus (*puncture proof*) dan **tidak direuse** yaitu **safety box**. **Limbah medis cair** dibuang di **spoolhoek** dan kloset.

2. Apakah RSUD dr. Murjani menerapkan **pemisahan pasien infeksius dan non infeksius**?

Jawab:

Komite PPI RSUD dr. Murjani menetapkan pemisahan perawatan pasien infeksius dan non infeksius sesuai dengan SPO perawatan pasien di ruang isolasi infeksi. Pasien ditempatkan sesuai dengan sumber infeksi, apakah lewat kontak, airborne, dan droplet.

3. Bagaimana prosedur penanganan luka **tertusuk benda tajam (jarum)** di RSUD dr. Murjani ?

Tertusuk jarum → tekan/ pencet sekali lokasi yang tertusuk sampai keluar darah sedikit → cuci dengan air mengalir →



keringkan dengan kasa steril/ tissue → oleskan povidon iodine → laporkan ke Katim / Karu.

*Karu/ Katim mengikuti SPO Tertusuk Benda Tajam (Jarum)

4. Bagaimana prosedur **membersihkan tumpahan darah, cairan tubuh atau sekret pasien ?**

Cari/ pilih **Spill Kit** yang sesuai dengan banyaknya tumpahan darah / cairan tubuh (*Spill Kit* kotak 1, 2, atau 3) → bersihkan tumpahan darah sesuai SPO yang terlampir pada masing-masing *Spill Kit*



MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN PASIEN

1. Bagaimana prosedur penggunaan APAR ?



2. Dimana saja titik kumpul di RSUD dr. Murjani Sampit ?

1. Halaman Parkir Gedung Cempaka
2. Halaman Rawat Inap Teratai





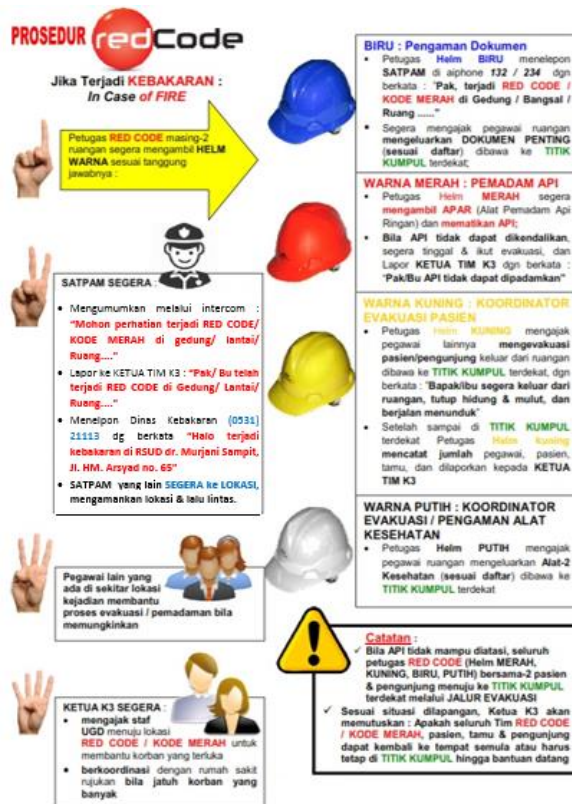
Hal – hal yang harus diketahui :

KODE DARURAT

HAL-HAL YANG PERLU DIWASPADAI	KODE	SIMBOL	PANGGILAN DARURAT
Kebakaran	MERAH		0
Henti Jantung Pada Dewasa	BIRU		1234
Henti Jantung Pada Anak-Anak	BIRU		1234
Penculikan Bayi/Anak-Anak	PINK		0
Orang Yang Membahayakan	ABU-ABU		0
Orang Yang Membahayakan Dengan Senjata	PERAK		0
Ancaman Bom	BLACK		0
Bencana Di Dalam RS	TRIAGE DI RS		0
Bencana Di Luar RS	KODE PUTIH		0
Tumpahan Bahan Berbahaya	ORANYE		0



3. Prosedur CODE RED di RSUD dr. Murjani Sampit :





PEMADAM KEBAKARAN : 0531- 21113
SATPAM DEPAN : 0
KETUA K3 : 08115204999

3. Prosedur Evakuasi di RSUD dr. Murjani Sampit :

- 1) Bila terjadi bencana jangan panik, keluar menuju jalur keluar mengikuti rambu evakuasi yang ada.
- 2) Sebisa mungkin evakuasi secara horizontal dari pada vertical.
- 3) Jangan mencoba mengambil barang yang tertinggal, utamakan keselamatan.
- 4) Pasien yang masih bisa berjalan sendiri dan pengunjung melakukan evakuasi secara mandiri dengan arahan petugas ruangan. Lepaskan jika memakai sepatu dengan hak tinggi.
- 5) Evakuasi pasien yang masih dapat berdiri tetapi tidak dapat berjalan dengan metode *Human Crutch Method* (dipapah) oleh petugas ruangan.
- 6) Pasien yang sama sekali tidak bisa berjalan dengan menggunakan metode *Pick a Back method* (di gendong), *wheel chair method* atau bahkan bed yang sudah berroda oleh petugas ruangan.
- 7) Gunakan tangga darurat terdekat untuk menuju jalur evakuasi.
- 8) Jangan menggunakan lift saat terjadi bencana.



- 9) Jalan merangkak menuju tangga darurat bila lorong dipenuhi asap.
 - 10) Keluar menuju tempat berkumpul darurat yang aman (*assembly point*) di masing-masing area RSUD dr. Murjani Sampit.
4. Bila aliran listrik PLN terganggu/ terjadi pemadaman, dalam waktu kurang dari 1 menit (jeda waktu) terhitung sejak waktu pemadaman listrik, genset akan berfungsi dan listrik akan berfungsi kembali.
- ✓ Perpindahan PLN apabila OFF ke Genset saat On 0,7 detik.
 - ✓ Perpindahan Genset ketika OFF ke PLN saat ON 0 detik.
5. Bila air terganggu maka cadangan air di bak penampungan akan dapat memenuhi kebutuhan air selama 1 hari. Selama proses penggunaan cadangan air bak penampung tersebut maka kebutuhan air akan terkirim oleh perusahaan air rekanan dengan estimasi waktu pengiriman 1-2 jam.
6. Perlu diketahui bahwa sumber air RSUD dr. Murjani Sampit berasal dari PDAM.



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322

Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR

RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jalan HM.Arsyad No.65, Sampit Kode Pos 74322

Telp (0531) 21010 Faks (0531) 21782

e-mail: rsdmsampit@yahoo.com



YEL YEL AKREDITASI :

ARE YOU READY Y E S

MURJANI PROFESIONAL, BERMUTU,

RAMAH

AKREDITASI BISA... BISA... BISA

PARIPURNA PASTI BISA !!!