

PERATURAN DIREKTUR

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

NOMOR : 3523/A000/XI/2021

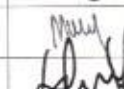
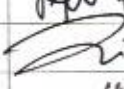
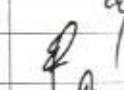
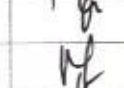
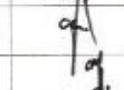
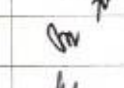
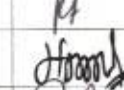

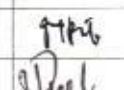
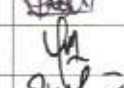
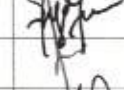
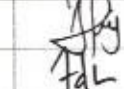
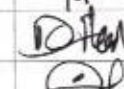
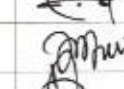





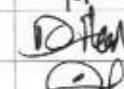
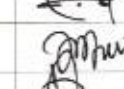



TENTANG KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN

RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul – Kabupaten Garut


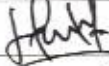

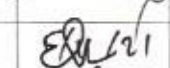
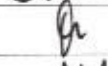




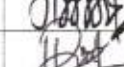

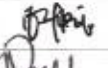


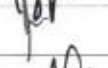

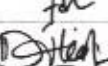

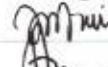


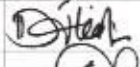
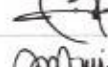



LEMBAR VALIDASI KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN

NOMOR: 3523/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Mila Sofariah, SE	Kepala Unit Keuangan		1-11-2021
	:	Nurdin, SE	Kepala Unit Akuntansi		1-11-2021
	:	Tubagus Rizal A. H, ST	Kepala Unit IT		1-11-2021
	:	Iman Nurjaman, S. Kep	Kepala Unit Gawat Darurat		1-11-2021
	:	Elis Dida Junica, Amd. Kep	Kepala Unit Rawat Jalan		01/11/21
	:	Hinda Setiawati, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		01/11/21
	:	Resti Fauziah, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Anak		1-11-2021
	:	Lia Susilawati, S. Kep	Kepala Unit Kamar Operasi		1-11-2021
	:	Yusti Meliana, Amd. Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		1-11-2021
	:	Dwi Ishmi Novianti, S. Farm, Apt	Kepala Unit Farmasi		1-11-2021
	:	Resti Septianisa, Amd. Rad	Kepala Unit Radiologi		1-11-2021
	:	Aceng H, AMD. RMIK, S.ST	Kepala Unit Rekam Medis		1-11-2021
	:	Rahmawati Ramadhan, S. Gz	Kepala Unit Gizi		1-11-2021
	:	Atri Fitri Rahmi, S.S	Kepala Unit SDM & Diklat		1-11-2021
	:	Rani Setia Utami, Amd. Keb	Kepala Unit Kesekretariatan		1-11-2021
	:	Rian Syaepul A, Amd. Kom	Kepala Unit Umum		1-11-2021
	:	Yeni Nuryeni, SE	Kepala Unit Logistik		1-11-2021
	:	Selly Riantica Fraselina, S. Kom	Kepala Unit Binatu		1-11-2021
	:	Dimas Asyari, Amd. AK	Koordinator Laboratorium		1-11-2021
	:	M. Hilmy Mubarak, S. Kom	Koordinator Marketing		1-11-2021
	:	Adita Nur Faoziyah, S.P	Koordinator Unit Bisnis		1-11-2021
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S. Kep	Manajer Pelayanan Keperawatan		1-11-2021
	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum & SDM		1-11-2021
	:	dr. Iva tania	Manajer Pelayanan Medik		1-11-2021
	:	Wahyu Suprayogo, SE. MM	Manajer Marketing & Keuangan		01-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		01-11-2021

**LEMBAR VALIDASI
KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN**

NOMOR: 3523/A000/XI/2021

		Nama Lengkap	Jabatan	Tanda Tangan	Tanggal
Penyusun	:	Mila Sofariah, SE	Kepala Unit Keuangan		01-11-2021
	:	Nurdin, SE	Kepala Unit Akuntansi		01-11-2021
	:	Tubagus Rizal A. H, ST	Kepala Unit IT		01-11-2021
	:	Iman Nurjaman, S. Kep	Kepala Unit Gawat Darurat		01-11-2021
	:	Elis Dida Junica, Amd. Kep	Kepala Unit Rawat Jalan		01-11-2021
	:	Hinda Setiawati, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Dewasa		01-11-2021
	:	Resti Fauziah, Amd. Kep	Kepala Unit Intensif Anak		01-11-2021
	:	Lia Susilawati, S. Kep	Kepala Unit Kamar Operasi		01-11-2021
	:	Yusti Meliana, Amd. Keb	Kepala Unit Kamar Bersalin		01-11-2021
	:	Dwi Ishmi Novianti, S. Farm, Apt	Kepala Unit Farmasi		01-11-2021
	:	Resti Septianisa, Amd. Rad	Kepala Unit Radiologi		01-11-2021
	:	Aceng H, AMD. RMIK, S.ST	Kepala Unit Rekam Medis		01-11-2021
	:	Rahmawati Ramadhan, S. Gz	Kepala Unit Gizi		01-11-2021
	:	Atri Fitri Rahmi, S.S	Kepala Unit SDM & Diklat		01-11-2021
	:	Rani Setia Utami, Amd. Keb	Kepala Unit Kesekretariatan		01-11-2021
	:	Rian Syaepul A, Amd. Kom	Kepala Unit Umum		01-11-2021
	:	Yeni Nuryeni, SE	Kepala Unit Logistik		01-11-2021
	:	Selly Riantica Fraselina, S. Kom	Kepala Unit Binatu		01-11-2021
	:	Dimas Asyari, Amd. AK	Koordinator Laboratorium		01-11-2021
	:	M. Hilmy Mubarak, S. Kom	Koordinator Marketing		01-11-2021
	:	Adita Nur Faoziyah, S.P	Koordinator Unit Bisnis		01-11-2021
Verifikator	:	Depi Rismayanti, S. Kep	Manajer Pelayanan Keperawatan		01-11-2021
	:	Maya Anggraini, S.Pd	Manajer Umum & SDM		01-11-2021
	:	dr. Iva tania	Manajer Pelayanan Medik		01-11-2021
	:	Wahyu Suprayogo, SE. MM	Manajer Marketing & Keuangan		01-11-2021
Validator	:	drg. Muhammad Hasan, MARS	Direktur RS Intan Husada		01-11-2021

LEMBAR PENGESAHAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA
NOMOR: 3523/A000/XI/2021

TENTANG
KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN
DIREKTUR RUMAH SAKIT INTAN HUSADA,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka mewujudkan visi dan misi Rumah Sakit Intan Husada dibutuhkan tata kelola rumah sakit yang baik;
 - b. bahwa untuk menerapkan tata kelola rumah sakit yang baik, Rumah Sakit Intan Husada mengacu kepada Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS);
 - c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana di maksud dalam huruf a dan b di atas, maka perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien;
- Mengingat :
1. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
 2. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
 3. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
 4. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
 6. Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Undang - Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 Tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
 7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 63 Tahun 2000 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Terhadap Pemanfaatan Radiasi Pengion;
 8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit;

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519 Tahun 2011 Tentang Anestesiologi dan Terapi Intensif;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 Tentang Sistem Rujukan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri di Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2015 Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2015 Tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Transfusi;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2016 Tentang Penata Anestesi;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
25. Keputusan Kepala Dinas Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Kabupaten Garut Nomor 503/244/02-IORS.SOS/DPMPT/ 2021 Tentang Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Rumah Sakit Intan Husada.

26. Keputusan Direktur Utama PT. RS Intan Husada Nomor 34/PT.RSIH/XI/2021-S2 Tentang Pengangkatan drg. Muhammad Hasan, MARS sebagai Direktur Rumah Sakit Intan Husada

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR TENTANG KEBIJAKAN STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PASIEN.**
- Kesatu : Memberlakukan Peraturan Direktur Nomor 3523/A000/XI/2021 tentang Kebijakan Standar Pelayanan Berfokus Pasien.
- Kedua : Kebijakan Standar Berfokus Pasien sebagaimana tercantum dalam Lampiran ini menjadi satu kesatuan dari Peraturan Direktur yang tidak dipisahkan.
- Ketiga : Peraturan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam ketetapan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Garut
Pada Tanggal : 3 November 2021
Direktur,



drg. Muhammad Hasan, MARS
NIK. 21110183633

DAFTAR ISI

LEMBAR VALIDASI	
LEMBAR PENGESAHAN	
DAFTAR ISI	vi
BAB I. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)	1
PASAL 1. PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN	1
PASAL 2. PENDAFTARAN	1
PASAL 3. KESINAMBUNGAN PELAYANAN	2
PASAL 4. PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT (<i>DISCHARGE</i>) DAN TINDAK LANJUT	3
PASAL 5. RUJUKAN PASIEN	5
PASAL 6. TRANSPORTASI	6
BAB II. ASESMEN PASIEN	7
PASAL 7. ASESMEN AWAL	7
PASAL 8. ASESMEN TAMBAHAN	8
PASAL 9. ASESMEN ULANG	8
PASAL 10. PELAYANAN LABORATORIUM	9
PASAL 11. PELAYANAN DARAH	12
PASAL 12. PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)	13
BAB III. PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH	16
PASAL 13. KEBIJAKAN UMUM	16
PASAL 14. Program Mutu Pelayanan Anestesi dan Sedasi	16
PASAL 15. PELAYANAN DAN ASUHAN SEDASI	16
PASAL 16. PELAYANAN DAN ASUHAN ANESTESI	18
PASAL 17. PELAYANAN DAN ASUHAN BEDAH	19
BAB IV. MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI	21
PASAL 18. KOMUNIKASI DENGAN MASYARAKAT	21
PASAL 19. KOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA	21
PASAL 20. KOMUNIKASI INTERNAL RUMAH SAKIT	22
PASAL 21. KOMUNIKASI ANTAR STAF KLINIS RUMAH SAKIT	22
PASAL 22. PROMOSI KESEHATAN, EDUKASI DAN ASUHAN UNTUK PASIEN DAN KELUARGA	22
BAB V. KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN	25
PASAL 23. PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN	25
PASAL 24. PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI	26
PASAL 25. DETEKSI (MENGENALI) PERUBAHAN KONDISI PASIEN	26
PASAL 26. PELAYANAN RESUSITASI	26
PASAL 27. PELAYANAN DARAH	27
PASAL 28. PELAYANAN PASIEN KOMA DAN YANG MENGGUNAKAN VENTILATOR	27
PASAL 29. PELAYANAN PASIEN PENYAKIT MENULAR DAN PENURUNAN DAYA TAHAN (<i>IMMUNO-SUPPRESSED</i>)	27
PASAL 30. PELAYANAN PASIEN DIALISIS	27
PASAL 31. PELAYANAN PASIEN <i>RESRAINT</i>	27

PASAL 32. PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS.....	28
PASAL 33. PELAYANAN PASIEN KEMOTERAPI DAN TERAPI LAIN YANG BERISIKO TINGGI	28
PASAL 34. MAKANAN DAN TERAPI GIZI.....	28
PASAL 35. PENGELOLAAN NYERI	28
PASAL 36. PELAYANAN DALAM TAHAP TERMINAL	29
BAB VI. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT	31
PASAL 37. PENGORGANISASIAN.....	31
PASAL 38. SELEKSI DAN PENGADAAN.....	31
PASAL 39. PENYIMPANAN	32
PASAL 40. PERESEPAN DAN PENYALINAN	33
BAB VII. HAK PASIEN DAN KELUARGA.....	37
PASAL 41. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN	37
PASAL 42. KERAHASIAAN PASIEN.....	37
PASAL 43. PERLINDUNGAN HARTA BENDA PASIEN	37
PASAL 44. PERLINDUNGAN PASIEN RENTAN	37
PASAL 45. PARTISIPASI PASIEN DAN KELUARGA DALAM ASUHAN	38
PASAL 46. KELUHAN PASIEN	39
PASAL 47. METODE PEMBERIAN INFORMASI HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN	39
PASAL 48. PERSETUJUAN UMUM (<i>GENERAL CONSENT</i>).....	39
PASAL 49. PERSETUJUAN KHUSUS (<i>INFORMED CONSENT</i>).....	39

BAB I. AKSES KE RUMAH SAKIT DAN KONTINUITAS PELAYANAN (ARK)

PASAL 1. PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman proses skrining baik di dalam maupun di luar rumah sakit termasuk pemeriksaan penunjang spesifik sesuai panduan praktek klinis yang diperlukan untuk menetapkan apakah pasien diterima atau dirujuk.
2. Keputusan tindak lanjut pasien, yaitu apakah pasien dirawat, dipindahkan atau dirujuk, ditentukan setelah hasil tes pemeriksaan tersedia dan disesuaikan dengan kemampuan rumah sakit.
3. Rumah Sakit mendokumentasikan proses skrining dan tindak lanjutnya dalam rekam medis.
4. Rumah Sakit menetapkan pedoman proses triase berbasis bukti yang digunakan untuk memprioritaskan pasien sesuai dengan kegawatannya dan dilaksanakan oleh staf terlatih sesuai dengan kriteria yang ditentukan.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman skrining masuk Rawat Inap untuk menentukan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif, dan rehabilitatif.
6. Rumah Sakit menetapkan pedoman penundaan dan kelambatan pelayanan di Rawat Jalan maupun Rawat Inap yang harus disampaikan kepada pasien.
7. Rumah Sakit memberikan kepada pasien penjelasan alasan penundaan dan kelambatan pelayanan, informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien, dan mendokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 2. PENDAFTARAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman proses pendaftaran pasien Rawat Jalan, pasien Rawat Inap, pasien gawat darurat, proses penerimaan pasien gawat darurat ke Unit Rawat Inap, menahan pasien untuk observasi dan mengelola pasien bila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju maupun di seluruh rumah sakit.
2. Rumah Sakit menetapkan proses dan dokumentasi penerimaan pasien Rawat Inap dari IGD atau dari Rawat Jalan.
3. Rumah Sakit menetapkan proses, edukasi, dan dokumentasi dalam pelaksanaan menahan pasien untuk observasi.
4. Rumah Sakit menetapkan proses pengelolaan pasien apabila tidak tersedia tempat tidur pada unit yang dituju, dan memberikan informasi rujukan jika tempat tidur tidak tersedia di seluruh rumah sakit.
5. Rumah Sakit menyediakan sistem pendaftaran Rawat Jalan dan Rawat Inap secara *online*.
6. Rumah Sakit menetapkan panduan pemberian informasi kepada pasien dan keluarga pasien pada saat admisi mengenai hal-hal sebagai berikut :
 - a. Rencana asuhan
 - b. Hasil asuhan yang diharapkan
 - c. Perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga pasien
 - d. *General consent*

7. Rumah Sakit mendokumentasikan proses pemberian informasi kepada pasien dan keluarga pasien.
8. Petugas yang memberikan penjelasan memastikan bahwa pasien memahami penjelasan yang diberikan sehingga mampu membuat keputusan.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengelolaan alur pasien diseluruh bagian rumah sakit dengan memperhatikan beberapa hal-hal berikut:
 - a. Ketersediaan tempat tidur Rawat Inap.
 - b. Perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien.
 - c. Perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat.
 - d. Efisiensi pelayanan non-klinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahtanggaan dan transportasi).
 - e. Pemberian pelayanan ke Rawat Inap sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - f. Akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan atau bantuan spiritual, dan sebagainya).
10. Pengelolaan alur pasien dilaksanakan untuk menghindari penumpukan pasien termasuk dalam keadaan bencana.
11. Rumah Sakit melakukan evaluasi terhadap pengaturan alur pasien secara berkala dan upaya perbaikan.
12. Rumah Sakit menetapkan pedoman kriteria masuk dan keluar Intensive Care Unit (ICU), unit spesialisasi lain, Ruang Perawatan Paliatif untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasar atas kriteria prioritas, diagnostik, parameter objektif, serta kriteria berbasis fisiologi dan kualitas hidup (*quality of life*), dengan melibatkan staf yang kompeten dan berwenang dari unit terkait.
13. Rumah Sakit melatih staf untuk melaksanakan kriteria.
14. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan kriteria pasien yang diterima atau keluar dari unit intensif atau unit spesialisasi lainnya dalam rekam medis.

PASAL 3. KESINAMBUNGAN PELAYANAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman kriteria pasien yang membutuhkan perencanaan pemulangan pasien (P3) (*Patient Discharge Planning*) dan membuat proses penyusunan P3 yang dimulai sejak asesmen awal Rawat Inap, serta didokumentasikan dalam rekam medis.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman pelaksanaan asuhan berfokus pasien (*patient centre care*) yang berkesinambungan dan terkoordinasi diantara profesional pemberi asuhan (PPA), kepala unit dan staf lain dengan menetapkan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) penuh waktu di jam kerja di tempat-tempat berikut:
 - a. Pelayanan darurat dan penerimaan Rawat Inap
 - b. Pelayanan diagnostik dan tindakan
 - c. Pelayanan bedah dan non-bedah
 - d. Pelayanan Rawat Jalan
 - e. Organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya

3. Rumah Sakit menetapkan MPP dengan peran, fungsi, dan uraian tugas dalam menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dengan PPA dan pimpinan unit yang mencakup:
 - a. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan asuhan pasien
 - b. Mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien
 - c. Mengoptimalkan proses reimbursemen
 - d. Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien
 - e. Perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien
 - f. Komunikasi dan koordinasi
 - g. Edukasi dan advokasi
 - h. Kendali mutu dan biaya pelayanan pasien
4. Rumah Sakit melakukan skrining untuk menentukan pasien mana yang membutuhkan manajemen pelayanan pasien.
5. Rumah Sakit mendokumentasikan proses pelayanan MPP dalam formulir khusus.
6. Manajer Pelayanan Pasien (MPP) dalam melaksanakan tugasnya menggunakan perangkat pendukung, seperti rencana asuhan PPA, catatan MPP, panduan, atau perangkat lainnya pada setiap fase pelayanan pasien.
7. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang mencakup:
 - a. Peran DPJP sebagai *team leader* yang bertanggungjawab melakukan koordinasi asuhan inter PPA dan bertugas dalam seluruh fase Asuhan Rawat Inap pasien serta teridentifikasi dalam rekam medis.
 - b. Penetapan DPJP utama yang berperan sebagai Koordinator Mutu dan Keselamatan Pasien antar DPJP dan PPA bila kondisi/penyakit pasien membutuhkan lebih dari 1 (satu) DPJP. Penetapan DPJP utama didokumentasikan dalam form pencatatan DPJP.
 - c. Pengaturan proses perpindahan DPJP ke DPJP lain dan perubahan DPJP utama dan didokumentasikan dalam form pencatatan DPJP.
 - d. DPJP yang ditetapkan telah memenuhi proses kredensial, sesuai peraturan perundang-undangan dengan bukti adanya SPK dan RKK yang masih berlaku.
8. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang transfer pasien antar Unit Pelayanan di dalam rumah sakit yang dilengkapi dengan form transfer pasien yang mencakup:
 - a. Indikasi pasien masuk Rawat Inap
 - b. Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan diagnostik
 - c. Riwayat diagnosis yang dibuat
 - d. Riwayat prosedur yang dilakukan
 - e. Riwayat pemberian obat dan tindakan lain yang dilakukan
 - f. Keadaan pasien terakhir pada saat dilakukan transfer

PASAL 4. PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT (*DISCHARGE*) DAN TINDAK LANJUT

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pemulangan pasien yang mencakup:
 - a. Kriteria pemulangan pasien.

- b. Pemulangan pasien yang membutuhkan rencana pemulangannya kompleks (*discharge planning*) untuk kesinambungan asuhan sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien.
 - c. Penetapan form ringkasan pulang yang harus dibuat DPJP sebelum pasien pulang.
 - d. Kriteria pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan rumah sakit selama periode waktu tertentu.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman kerjasama dengan penyelenggara kesehatan di luar rumah sakit tentang tindak lanjut pemulangan pasien dengan P3 untuk menjamin kesinambungan asuhan pasien. Penyelenggara kesehatan di luar rumah sakit dapat berupa fasilitas kesehatan baik perorangan ataupun institusi yang berada di komunitas dimana pasien berada.
3. Pemulangan pasien dengan P3 difasilitasi oleh MPP.
4. Rumah Sakit menyediakan ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) untuk semua pasien Rawat Inap yang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang yang memuat:
 - a. Riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik
 - b. Indikasi pasien di berikan Pelayanan Rawat Inap, diagnosis, dan komorbiditas lain
 - c. Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan
 - d. Obat yang diberikan termasuk obat setelah pasien keluar rumah sakit
 - e. Kondisi kesehatan pasien (*status present*) saat akan pulang dari rumah sakit
 - f. Instruksi tindak lanjut dan dijelaskan kepada pasien dan keluarga
5. Rumah Sakit menetapkan pemberian ringkasan pasien pulang (*discharge summary*) kepada pihak yang berkepentingan, yaitu:
 - a. Pasien
 - b. Tenaga Kesehatan yang bertanggung jawab melanjutkan asuhan
 - c. Rekam medis pasien
 - d. Penjamin pasien
 - e. Perujuk pasien sebagai jawaban rujukan
6. Rumah Sakit menetapkan kriteria pasien Rawat Jalan yang membutuhkan asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks yang memerlukan Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ).
7. Data Profil Ringkas Medis Rawat Jalan berisi informasi penting yang ditentukan oleh DPJP, dan disimpan dengan cara yang memudahkan untuk ditelusur (*easy to retrieve*).
8. Rumah Sakit melakukan evaluasi pengisian PRMJ oleh DPJP untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman dalam pengelolaan pasien Rawat Jalan dan Rawat Inap yang menolak rencana asuhan medis, keluar rumah sakit atas permintaan sendiri, dan pasien yang menghendaki penghentian pengobatan, yang mencakup:
 - a. Pemberian edukasi kepada pasien mengenai risiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap.
 - b. Pemulangan pasien atas permintaan sendiri melalui proses pemulangan pasien yang berlaku.
 - c. Pemberian informasi kepada Dokter keluarga (bila ada) atau Dokter yang memberi asuhan berikutnya.

- d. Pengkajian untuk mengetahui alasan pasien keluar rumah sakit atas permintaan sendiri, menolak asuhan medis, atau tidak melanjutkan program pengobatan.
 - e. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mengatur pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri).
10. Rumah sakit menetapkan pedoman Asesmen Keperawatan untuk mengidentifikasi pasien yang menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan misalnya penyakit menular, penyakit jiwa dengan kecenderungan bunuh diri atau perilaku agresif.
11. Rumah Sakit melaporkan kepada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan.

PASAL 5. RUJUKAN PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman rujukan pasien yang sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang meliputi:
 - a. Kewajiban rumah sakit untuk mencari fasilitas pelayanan kesehatan yang sesuai kebutuhan pasien
 - b. Staf yang bertanggung jawab dalam proses pengelolaan/penyiapan rujukan
 - c. Proses rujukan untuk memastikan pasien pindah dengan aman
 - d. Pembuatan kerja sama dengan rumah sakit yang paling sering menerima rujukan
2. Rujukan dilakukan dengan memperhatikan hal berikut :
 - a. Rujukan pasien dilakukan sesuai dengan kebutuhan kesinambungan asuhan pasien.
 - b. Rumah Sakit memastikan bahwa fasilitas kesehatan yang menerima dapat memenuhi kebutuhan pasien yang dirujuk.
 - c. Rumah Sakit bekerja sama secara formal dengan rumah sakit yang menerima rujukan.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman proses rujukan yang mencakup:
 - a. Adanya staf yang bertanggung jawab dalam mengelola rujukan untuk memastikan pasien diterima di rumah sakit rujukan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - b. Selama proses rujukan tersedia staf yang kompeten sesuai kebutuhan pasien yang memonitor kondisi pasien dan mencatat dalam rekam medis.
 - c. Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan, dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - d. Proses serah terima pasien antara staf pengantar dan penerima yang didokumentasikan dalam form serah terima pasien.
 - e. Pemberian informasi kepada pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan.
 - f. Rumah Sakit melakukan evaluasi proses rujukan dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.
4. Rumah Sakit menetapkan dokumentasi proses rujukan yang berisi :
 - a. Identitas pasien.
 - b. Hasil pemeriksaan (anamesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang) yang telah dilakukan.
 - c. Diagnosis kerja.
 - d. Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan.

- e. Tujuan rujukan yang berisi nama fasilitas kesehatan dan nama orang yang menyetujui menerima pasien.
- f. Nama dan tanda tangan Tenaga Kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan.
- g. Alasan pasien dirujuk yang memuat kondisi pasien, dan kebutuhan pelayanan lebih lanjut.

PASAL 6. TRANSPORTASI

- 1. Rumah Sakit menetapkan pedoman transportasi pasien untuk rujukan, pemindahan atau pemulangan pasien Rawat Inap atau Rawat Jalan yang mencakup:
 - a. Asesmen kebutuhan transportasi dan peralatan kesehatan sesuai dengan kondisi pasien, termasuk pasien Rawat Jalan.
 - b. Kebutuhan obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kondisi pasien.
 - c. Transportasi yang digunakan pasien dilaksanakan sesuai dengan hasil asesmen dan memenuhi persyaratan keselamatan transportasi dan persyaratan PPI (melakukan dekontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dengan penyakit menular)
 - d. Penanganan keluhan dalam proses transportasi rujukan.

BAB II. ASESMEN PASIEN

PASAL 7. ASESMEN AWAL

1. Rumah Sakit menetapkan Pedoman Asesmen Awal Medis dan Keperawatan dengan menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal yang meliputi:
 - a. Status fisik
 - b. Psiko-sosio-spiritual
 - c. Ekonomi
 - d. Riwayat kesehatan pasien
 - e. Riwayat alergi
 - f. Asesmen nyeri
 - g. Risiko jatuh
 - h. Asesmen fungsional
 - i. Risiko nutrisi
 - j. Kebutuhan edukasi
 - k. Perencanaan pemulangan pasien (*discharge planning*)
2. Asesmen Awal Medis dan Keperawatan dilaksanakan untuk pasien Rawat Lalan, Rawat Inap dan gawat darurat.
3. Pelaksanaan Asesmen Awal Medis dan Keperawatan untuk pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan gawat darurat didokumentasikan didalam rekam medis dengan metode I-A-R, yaitu:
 - I : Mengumpulkan data dan informasi tentang hal-hal sesuai ayat (1). Pada pelaksanaan SOAP, I adalah S–Subyektif dan O–Obyektif.
 - A : Analisis data dan informasi, yaitu melakukan analisis terhadap data dan informasi pada butir (a) yang menghasilkan diagnosis, masalah, dan kondisi, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien. Pada pelaksanaan SOAP, A adalah asesmen.
 - R : Membuat rencana, yaitu menyusun solusi untuk mengatasi/memperbaiki kelainan kesehatan sesuai butir (b). Pada pelaksanaan SOAP, R adalah plan.
4. Pelaksanaan Asesmen Awal untuk pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan gawat darurat harus melibatkan keluarga pasien.
5. Pelaksanaan asesmen awal untuk pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan gawat darurat harus menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien serta rencana asuhan.
6. Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian asesmen awal pasien, yaitu:
 - a. Rawat Jalan
 - 1) Asesmen awal pasien Rawat Jalan dilakukan segera setelah bertemu pasien pada kunjungan pertama.
 - 2) Asesmen awal pasien Rawat Jalan dengan penyakit akut/non kronis diperbaharui setelah 1 (satu) bulan.
 - 3) Asesmen awal pasien Rawat Jalan dengan penyakit kronis diperbaharui setelah 3 (tiga) bulan.
 - b. Pelaksanaan asesmen awal pasien Rawat Inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien.
 - c. Pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat harus dilakukan segera setelah bertemu pasien.

7. Asesmen awal pasien mencakup juga skrining status nutrisi, kebutuhan fungsional, dan kebutuhan khusus lainnya, kemudian dirujuk/dikonsul untuk asesmen dan tindakan lebih lanjut jika perlu.
8. Rumah Sakit menetapkan kriteria risiko nutrisional yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
9. Pasien diskriminasi untuk risiko nutrisional sebagai bagian dari asesmen awal.
10. Pasien dengan risiko nutrisional harus dilanjutkan dengan asesmen gizi.
11. Rumah Sakit menetapkan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dan risiko jatuh, yang dikembangkan bersama staf yang kompeten dan berwenang.
12. Pasien diskriminasi untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh.
13. Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai kebutuhan pasien.
14. Semua pasien Rawat Inap dan Rawat Jalan harus dilakukan skrining terhadap nyeri dan jika ada nyeri dilakukan asesmen nyeri.
15. Rumah Sakit menyusun pedoman tentang skrining dan asesmen nyeri.
16. Asesmen awal nyeri disesuaikan dengan umur pasien, dan pengukuran intensitas dan kualitas nyeri seperti karakter, frekuensi, lokasi dan lamanya.
17. Asesmen awal nyeri dilakukan pencatatan sehingga dapat memfasilitasi asesmen ulang dan tindak lanjut sesuai kebutuhan pasien.

PASAL 8. ASESMEN TAMBAHAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman asesmen tambahan untuk populasi pasien seperti:
 - a. Neonatus
 - b. Anak
 - c. Remaja
 - d. Obstetri/maternitas
 - e. Geriatri
 - f. Pasien dengan kebutuhan untuk P3 (Perencanaan Pemulangan Pasien)
 - g. Sakit terminal/menghadapi kematian
 - h. Pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri (intense)
 - i. Pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri
 - j. Pasien kecanduan obat terlarang atau alkohol
 - k. Korban kekerasan atau kesewenangan
 - l. Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
 - m. Pasien yang menerima kemoterapi atau terapi radiasi
 - n. Pasien dengan sistem imunologi terganggu
2. Pelaksanaan asesmen tambahan untuk populasi tersebut dicatat dalam rekam medis.

PASAL 9. ASESMEN ULANG

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang asesmen ulang oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA) dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya untuk evaluasi respons pasien terhadap asuhan yang diberikan sebagai tindak lanjut.

2. Pelaksanaan asesmen ulang medis dilaksanakan minimal satu kali sehari, termasuk akhir minggu/libur untuk pasien akut.
3. Pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien.
4. Pelaksanaan asesmen ulang oleh PPA lainnya dapat dilaksanakan dengan interval sesuai kondisi pasien.
5. Rumah Sakit menetapkan dokumentasi asesmen ulang yang mudah dan cepat ditemukan dalam rekam medis dengan melakukan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar rekam medis (terstandar).
6. Asesmen ulang harus dicatat di dokumen Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).
7. Rumah Sakit menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang melakukan asesmen awal, asesmen ulang dan asesmen gawat darurat.
8. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) harus bekerja secara tim memberikan Asuhan Pasien Terintegrasi. Masing-masing PPA melakukan asesmen berbasis IAR dengan DPJP sebagai Ketua Tim Asuhan yang mengintegrasikan asuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan mendesak bagi pasien Rawat Inap.
9. Hasil asesmen pasien diintegrasikan sesuai konsep pelayanan berfokus pasien dan menjadi dasar asuhan pasien terintegrasi, baik yang bersifat horizontal maupun vertical, dengan elemen:
 - a. DPJP sebagai Ketua Tim Asuhan Pasien (*Clinical Leader*).
 - b. PPA bekerja dalam Tim Interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, berdasarkan Standar Pelayanan Profesi masing-masing.
 - c. Manajer Pelayanan Pasien/*case manager* menjaga kesinambungan pelayanan.
 - d. Proses asuhan melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga.
 - e. Perencanaan Pemulangan Pasien/*discharge planning* terintegrasi.
 - f. Asuhan Gizi Terintegrasi.

PASAL 10. PELAYANAN LABORATORIUM

1. Rumah Sakit harus menetapkan pedoman pengorganisasian dan Pelayanan Laboratorium secara terintegrasi.
2. Pelayanan Laboratorium tersedia 24 jam.
3. Rumah Sakit mempunyai daftar Dokter Spesialis dalam bidang diagnostik khusus yang dapat dihubungi jika dibutuhkan.
4. Kerjasama dengan laboratorium di luar rumah sakit (pihak ketiga), harus didasarkan pada sertifikat mutu dan diikuti dengan perjanjian kerjasama sesuai peraturan perundangan.
5. Pelaksanaan rujukan laboratorium keluar rumah sakit (pihak ketiga), harus melalui laboratorium rumah sakit.
6. Rumah Sakit menetapkan seorang tenaga profesional untuk memimpin Pelayanan Laboratorium terintegrasi dengan uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagai berikut:
 - a. Menyusun dan evaluasi regulasi.
 - b. Melaksanakan Pelayanan Laboratorium sesuai regulasi.
 - c. Mengawasi pelaksanaan administrasi.

- d. Melaksanakan program kendali mutu (pemantapan mutu internal/eksternal).
- e. Monitor dan evaluasi semua jenis Pelayanan Laboratorium.
- 7. Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan Pelayanan, Administrasi, program kendali mutu terhadap regulasi.
- 8. Rumah Sakit melakukan analisis pola ketenagaan Staf Laboratorium yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
- 9. Staf Laboratorium yang membuat interpretasi harus memenuhi persyaratan kredensial.
- 10. Staf Laboratorium dan staf lain yang melaksanakan tes termasuk yang mengerjakan tes di Ruang Rawat (*TRR/Point of Care Testing*) pasien harus memenuhi persyaratan kredensial.
- 11. Rumah Sakit melaksanakan supervisi pelayanan laboratorium di rumah sakit.
- 12. Rumah Sakit menyusun program manajemen risiko untuk menangani potensi risiko di Pelayanan Laboratorium.
- 13. Pelaksanaan program manajemen risiko di laboratorium merupakan bagian dari manajemen risiko rumah sakit dan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- 14. Pelaksanaan program manajemen risiko di laboratorium dilaporkan kepada Direktur paling sedikit satu tahun sekali dan bila ada kejadian.
- 15. Rumah Sakit harus melaksanakan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (*on going*) bagi Staf Laboratorium tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya.
- 16. Unit Laboratorium harus melaksanakan manajemen risiko fasilitas dan risiko infeksi sesuai regulasi di rumah sakit.
- 17. Unit Laboratorium melakukan pelaporan dan penanganan staf yang terpapar di Unit Laboratorium serta melakukan pencatatan sesuai dengan regulasi pencegahan dan pengendalian infeksi dan peraturan perundangan.
- 18. Unit Laboratorium melaksanakan proses untuk mengurangi risiko infeksi akibat paparan bahan-bahan dan limbah biologis berbahaya seperti:
 - a. Pengendalian paparan aerosol.
 - b. Penggunaan jas laboratorium, jubah atau baju dinas harus dipakai untuk perlindungan dan mencegah kontaminasi termasuk fasilitas "*eye washer*" dan dekontaminasi.
 - c. Penggunaan lemari *bio-safety*.
 - d. Menyusun regulasi tentang pembuangan bahan infeksius, luka tusuk, terpapar dengan bahan infeksius. Dalam regulasi tersebut juga mengatur prosedur dekontaminasi, siapa yang harus dihubungi untuk mendapat tindakan darurat, penempatan dan penggunaan peralatan keamanan. Untuk pengelolaan bahan berbahaya disertakan MSDS (*Material Safety Data Sheet*)/LDP (Lembar Data Pengaman);
 - e. Menyusun prosedur pengumpulan, transpor, penanganan spesimen secara aman serta aturan larangan untuk makan, minum, pemakaian kosmetik, lensa kontak, pipet dimulut di tempat staf bekerja melakukan kegiatannya.
 - f. Memberi pelatihan kepada staf tentang tindakan, cara penularan dan pencegahan penyakit yang ditularkan melalui darah dan komponen darah.
 - g. Menyusun prosedur untuk mencegah terpapar penyakit infeksi seperti tuberculosi, MERS dan lain-lain.

19. Rumah Sakit melakukan tindakan koreksi, pencatatan, evaluasi dan pelaporan kepada Penanggung Jawab/Koordinator K3RS jika muncul masalah dan terjadi kecelakaan.
20. Rumah Sakit menetapkan pedoman secara kolaboratif tentang penetapan hasil Pemeriksaan Laboratorium yang kritis termasuk pelaporan dan tindak lanjutnya.
21. Hasil Pemeriksaan Laboratorium yang kritis harus dicatat didalam rekam medis pasien.
22. Pelaporan hasil laboratorium yang kritis dilakukan tindak lanjut secara kolaboratif.
23. Seluruh proses pelaksanaan pelaporan hasil laboratorium kritis dievaluasi dan ditindak lanjuti agar memenuhi ketentuan serta dapat dimodifikasi sesuai kebutuhan.
24. Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian Pemeriksaan Laboratorium.
25. Waktu penyelesaian pemeriksaan laboratorium harus dicatat dan dievaluasi termasuk pemeriksaan cito.
26. Rumah Sakit menetapkan pedoman dan program untuk kegiatan pengelolaan Peralatan Laboratorium yang meliputi:
 - a. Uji fungsi
 - b. Inspeksi berkala
 - c. Pemeliharaan berkala
 - d. Kalibrasi berkala
 - e. Identifikasi dan inventarisasi Peralatan Laboratorium
 - f. Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat
 - g. Proses penarikan (*recall*)
 - h. Pendokumentasian.
27. Pelaksanaan uji fungsi, inspeksi berkala, pemeliharaan berkala, kalibrasi berkala dilaksanakan oleh staf terlatih dan didokumentasikan.
28. Unit Laboratorium mempunyai daftar inventaris.
29. Pelaksanaan *monitoring* dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat harus didokumentasikan.
30. Rumah Sakit mendokumentasikan proses penarikan peralatan laboratorium (*recall*).
31. Unit Laboratorium harus melakukan evaluasi terhadap kegiatan pengelolaan Peralatan Laboratorium sebagaimana ayat (26).
32. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengelolaan logistik laboratorium, reagensia esensial, bahan lain yang diperlukan, termasuk kondisi bila terjadi kekosongan sesuai peraturan perundangan.
33. Penyimpanan semua reagensia esensial harus diberi label, serta didistribusi sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya.
34. Semua reagen harus dilakukan evaluasi/audit.
35. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, dan pembuangan spesimen.
36. Permintaan pemeriksaan laboratorium hanya boleh dilakukan oleh PPA yang kompeten dan berwenang.
37. Pelaksanaan pengambilan, pengumpulan dan identifikasi spesimen, pengiriman, pembuangan, penyimpanan, pengawetan, penerimaan, telusur spesimen (*tracking*), serta pemeriksaan jaringan/cairan sesuai dengan regulasi.
38. Rumah Sakit harus menetapkan prosedur Rujukan Laboratorium.

39. Rumah Sakit menetapkan pedoman untuk menentukan dan melakukan evaluasi nilai normal untuk interpretasi, dan pelaporan hasil laboratorium klinis.
40. Pemeriksaan Laboratorium harus dilengkapi dengan permintaan pemeriksaan tertulis disertai dengan ringkasan klinis.
41. Setiap hasil Pemeriksaan Laboratorium dilengkapi dengan rentang nilai normal.
42. Rumah Sakit menetapkan program dan melaksanakan mutu laboratorium klinik meliputi:
 - a. Validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai;
 - b. Dilakukan surveilans hasil pemeriksaan oleh Staf yang kompeten;
 - c. Reagensia di evaluasi/audit sesuai ayat (34);
 - d. Koreksi cepat jika ditemukan kekurangan;
 - e. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi.
43. Rumah Sakit wajib melaksanakan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) serta melakukan tindak lanjut dari hasil PME.
44. Laboratorium rujukan yang bekerja sama dengan rumah sakit harus memiliki:
 - a. Surat izin dan atau Sertifikasi Laboratorium;
 - b. Harus melaksanakan PME;
45. Rumah Sakit harus menunjuk staf yang bertanggung jawab melakukan *review* dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan laboratorium yang diberikan oleh Laboratorium Rujukan.
46. Laporan tahunan PME Laboratorium rujukan diserahkan kepada Direktur untuk evaluasi kontrak klinis tahunan.

PASAL 11. PELAYANAN DARAH

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang penyediaan dan pelayanan darah, termasuk bank darah rumah sakit yang meliputi:
 - a. Permintaan darah;
 - b. Penyimpanan darah;
 - c. Tes kecocokan;
 - d. Distribusi darah.
2. Pemberian darah harus mendapatkan persetujuan dari pasien atau keluarga, yang sebelumnya telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, risiko dan komplikasi pemberian transfusi darah dan produk darah.
3. Rumah Sakit melaksanakan monitoring dan evaluasi pemberian transfusi darah dan produk darah serta melakukan pelaporan bila terjadi reaksi transfusi.
4. Direktur mengangkat seorang profesional yang kompeten dan berwenang, untuk bertanggung jawab pada pelayanan darah dan tranfusi.
5. Profesional pada ayat (4) melakukan supervisi antara lain:
 - a. Permintaan darah;
 - b. Penyimpanan darah;
 - c. Tes kecocokan;
 - d. Distribusi darah.
6. Rumah Sakit menetapkan program dan melaksanakan kendali mutu pelayanan darah sesuai peraturan perundangan.

PASAL 12. PELAYANAN RADIODIAGNOSTIK, IMAGING DAN RADIOLOGI INTERVENSIONAL (RIR)

1. Rumah Sakit menetapkan Pedoman Pengorganisasian dan pedoman pelayanan Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional (RIR) secara terintegrasi.
2. Pelayanan RIR harus tersedia 24 jam.
3. Rumah Sakit mempunyai daftar Dokter Spesialis dalam Bidang Diagnostik khusus yang dapat dihubungi jika dibutuhkan.
4. Direktur mengangkat seorang tenaga profesional untuk memimpin pelayanan RIR terintegrasi disertai uraian tugas, tanggung jawab dan wewenang sebagai berikut:
 - a. Menyusun dan evaluasi regulasi;
 - b. Melaksanakan pelayanan RIR sesuai regulasi;
 - c. Melakukan pengawasan pelaksanaan administrasi;
 - d. Melaksanakan program kendali mutu.;
 - e. Memonitor dan evaluasi semua jenis pelayanan RIR.
5. Rumah Sakit melakukan monitoring dan evaluasi kepatuhan pelaksanaan pelayanan, administrasi, program kendali mutu RIR terhadap regulasi, serta mendokumentasikannya.
6. Rumah Sakit melakukan analisis pola ketenagaan staf RIR yang dapat memenuhi kebutuhan pasien.
7. Staf RIR dan staf lain yang melaksanakan tes termasuk yang mengerjakan tes di Ruang Rawat (*TRR/Point of Care Testing*) pasien harus memenuhi persyaratan kredensial.
8. Staf RIR yang membuat interpretasi/ekspertise harus memenuhi persyaratan kredensial.
9. Rumah Sakit melaksanakan supervisi pelayanan RIR di rumah sakit.
10. Rumah Sakit menetapkan program manajemen risiko menangani potensi risiko keamanan radiasi di pelayanan RIR yang meliputi:
 - a. Kepatuhan terhadap standar yang berlaku dan peraturan perundangan;
 - b. Kepatuhan terhadap standar dari manajemen fasilitas, radiasi dan program pencegahan dan pengendalian infeksi;
 - c. Tersedianya APD sesuai pekerjaan dan bahaya yang dihadapi;
 - d. Orientasi bagi semua Staf Pelayanan RIR tentang praktik dan prosedur keselamatan;
 - e. Pelatihan (*in service training*) bagi staf untuk pemeriksaan baru dan menangani bahan berbahaya produk baru.
11. Rumah Sakit menetapkan dosis maksimum radiasi untuk setiap Pemeriksaan Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional.
12. Program manajemen risiko dilaporkan kepada Direktur paling sedikit 1 (satu) tahun sekali dan bila ada kejadian.
13. Rumah Sakit mengadakan orientasi dan pelatihan berkelanjutan (*on going*) bagi Staf RIR tentang prosedur keselamatan dan keamanan untuk mengurangi risiko serta pelatihan tentang prosedur baru yang menggunakan bahan berbahaya.
14. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang :
 - a. Radiologi harus memberikan penjelasan sebelum dilakukan Pelayanan RIR serta persetujuan dari pasien atau keluarga sebelum dilakukan Pemeriksaan RIR;
 - b. Pelaksanaan proses identifikasi dosis maksimum radiasi untuk setiap Pemeriksaan RIR;

- c. Pelaksanaan edukasi tentang dosis untuk Pemeriksaan RIR;
 - d. Risiko radiasi diidentifikasi melalui proses yang spesifik atau alat yang spesifik, untuk staf dan pasien yang mengurangi risiko (apron, TLD = *thermoluminescent dosimeter*, dan yang sejenis).
15. Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan RIR.
16. Waktu penyelesaian pemeriksaan RIR harus dicatat dan di evaluasi termasuk pemeriksaan cito.
17. Rumah Sakit menetapkan pedoman dan program untuk kegiatan pengelolaan peralatan Pelayanan RIR yang meliputi:
- a. Uji fungsi;
 - b. Inspeksi berkala;
 - c. Pemeliharaan berkala;
 - d. Kalibrasi berkala;
 - e. Identifikasi dan inventarisasi peralatan laboratorium;
 - f. Monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat;
 - g. Proses penarikan (*recall*);
 - h. Pendokumentasian.
18. Rumah Sakit melaksanakan uji fungsi, inspeksi berkala, pemeliharaan berkala, kalibrasi berkala dilaksanakan oleh staf terlatih dan didokumentasikan.
19. Instalasi RIR mempunyai daftar inventaris.
20. Rumah Sakit melaksanakan monitoring dan tindakan terhadap kegagalan fungsi alat harus didokumentasikan.
21. Rumah Sakit mendokumentasikan proses penarikan (*recall*) Peralatan RIR.
22. Instalasi RIR melakukan evaluasi terhadap kegiatan pengelolaan peralatan RIR sebagaimana ayat (17).
23. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang film x-ray, reagen, dan bahan lainnya yang diperlukan untuk pelayanan termasuk apabila terjadi kekosongan sesuai peraturan perundangan.
24. Rumah Sakit menetapkan pedoman penyimpanan, pemberian label, dan pendistribusian film x-ray sesuai pedoman dari pembuatnya atau instruksi pada kemasannya.
25. Rumah Sakit melakukan audit logistik untuk *film x-ray*, reagen, dan bahan lainnya untuk pelayanan radiologi.
26. Rumah Sakit menetapkan program dan melaksanakan kendali mutu pelayanan RIR yang meliputi:
- a. Validasi metode tes digunakan untuk presisi dan akurasi;
 - b. Pengawasan harian hasil pemeriksaan *imaging* oleh Staf Radiologi yang kompeten dan berwenang;
 - c. Koreksi cepat jika ditemukan masalah;
 - d. Audit terhadap film, kontras, kertas USG, cairan developer, fixer;
 - e. Dokumentasi hasil dan tindakan koreksi.
27. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan validasi metode tes.
28. Rumah Sakit melakukan pengawasan harian hasil pemeriksaan *imaging* oleh Staf Radiologi yang kompeten dan berwenang, serta melakukan koreksi cepat jika ditemukan masalah.

29. Kerjasama dengan Pelayanan Radiologi di luar rumah sakit (pihak ketiga), harus didasarkan pada sertifikat mutu dan diikuti dengan perjanjian kerjasama sesuai peraturan perundangan.
30. Rumah Sakit meminta bukti kontrol mutu Pelayanan Radiologi yang dilakukan oleh pihak ketiga, dan menunjuk staf yang bertanggung jawab melakukan *review* dan menindaklanjuti hasil kontrol mutu.
31. Laporan tahunan hasil kontrol mutu Pelayanan Radiologi rujukan diserahkan kepada Direktur untuk evaluasi kontrak klinis tahunan.

BAB III. PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH

PASAL 13. KEBIJAKAN UMUM

1. Rumah Sakit menetapkan Panduan Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam yang memenuhi standar profesi dan peraturan perundang-undangan.
2. Rumah Sakit menyediakan Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam yang adekuat, reguler dan nyaman sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Rumah Sakit menyediakan Layanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam termasuk pelayanan yang diperlukan untuk kegawat darurat selama 7 x 24 jam dalam seminggu.
4. Rumah Sakit menetapkan Panduan Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam yang seragam diseluruh rumah sakit dibawah tanggung jawab seorang Dokter Anestesi sesuai dengan peraturan perundang-undangan
5. Rumah Sakit menetapkan uraian tugas, tanggungjawab dan wewenang Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Anestesi serta rencana kegiatan Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam meliputi:
 - a. Mengembangkan, menerapkan, dan menjaga regulasi.
 - b. Melakukan pengawasan administratif.
 - c. Menjalankan program pengendalian mutu yang dibutuhkan.
 - d. Memonitor dan evaluasi Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam.
6. Rumah Sakit menetapkan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Anestesi yang melaksanakan, memonitoring, mengevaluasi dan mendokumentasikan rencana kegiatan dan program pengendalian mutu Pelayanan Anestesi.

PASAL 14. PROGRAM MUTU PELAYANAN ANESTESI DAN SEDASI

1. Rumah Sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien dalam Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam.
2. Program mutu dan keselamatan pasien pada Pelayanan Anestesi, sedasi moderat dan dalam meliputi antara lain:
 - a. Pelaksanaan Asesmen pra-sedasi dan pra-anestesi.
 - b. Kontrol dan evaluasi atas monitoring status fisiologis selama anestesi.
 - c. Kontrol dan evaluasi atas monitoring proses pemulihan pasca anestesi dan sedasi dalam.
 - d. Kontrol dan evaluasi atas proses evaluasi ulang pada kasus konversi tindakan dari lokal/regional ke general.
 - e. Program mutu dan keselamatan pasien dalam anestesi, sedasi moderat dan sedasi dalam diintegrasikan dengan program mutu rumah sakit.

PASAL 15. PELAYANAN DAN ASUHAN SEDASI

1. Rumah Sakit menetapkan panduan pemberian sedasi yang seragam di seluruh rumah sakit dan dilaksanakan sesuai dengan peraturan-undangan yang meliputi:
 - a. Kualifikasi staf yang memberikan sedasi
 - b. Peralatan medis yang digunakan

- c. Bahan yang dipakai
- d. Cara monitoring di rumah sakit
- 2. Pelaksanaan Sedasi didokumentasikan dalam rekam medis pasien.
- 3. Rumah Sakit menyediakan peralatan dan obat-obatan emergensi untuk Pelayanan Sedasi sesuai dengan jenis sedasi, umur dan kondisi pasien.
- 4. Rumah Sakit menyediakan staf yang terlatih dan berpengalaman dalam memberikan bantuan hidup lanjut (*advance*) yang selalu tersedia dan siaga selama tindakan sedasi.
- 5. Rumah Sakit menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang (memiliki SPK dan RKK yang tersimpan dalam file kepegawaian) yang bertanggung jawab memberikan sedasi dalam hal:
 - a. Teknik dan berbagai macam cara sedasi
 - b. Farmakologi obat sedasi dan penggunaan zat reversal (antidote)
 - c. Memonitor pasien
 - d. Bertindak jika ada komplikasi
- 6. Rumah Sakit menetapkan PPA yang kompeten dan berwenang (memiliki SPK dan RKK yang tersimpan dalam file kepegawaian) untuk melakukan pemantauan secara terus menerus terhadap parameter fisiologis pasien dan memberi bantuan tindakan resusitasi di bawah supervisi staf yang memberikan sedasi, dengan kompetensi yang meliputi:
 - a. Monitoring yang diperlukan
 - b. Bertindak jika ada komplikasi
 - c. Penggunaan zat reversal (antidote)
 - d. Kriteria pemulihan
- 7. Rumah Sakit menetapkan pedoman tindakan sedasi moderat dan sedasi dalam hal cara memberikan dan memantau berdasarkan panduan praktik klinis.
- 8. Proses asesmen pra sedasi dilakukan oleh staf yang kompeten dan berwenang serta dicatat dalam rekam medis dengan metoda IAR sesuai PPK yang sekurang-kurangnya berisikan:
 - a. Mengidentifikasi setiap masalah saluran pernapasan yang dapat mempengaruhi jenis sedasi.
 - b. Evaluasi pasien terhadap risiko tindakan sedasi.
 - c. Merencanakan jenis sedasi dan tingkat kedalaman sedasi yang diperlukan pasien berdasar sedasi yang diterapkan.
 - d. Pemberian sedasi secara aman.
 - e. Evaluasi dan menyimpulkan temuan dari monitor selama dan sesudah sedasi.
- 9. Proses pemantauan selama sedasi dilakukan oleh staf yang kompeten sesuai PPK dan dicatat dalam rekam medis.
- 10. PPA menggunakan kriteria pemulihan sesuai PPK untuk menentukan akhir sedasi.
- 11. Dokter Anestesi memberikan penjelasan tentang risiko, keuntungan dan alternatif tindakan sedasi, serta pemberian analgesi pasca tindakan sedasi kepada pasien dan/atau keluarganya, atau pihak lain yang berwenang memberikan keputusan, dan mendokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 16. PELAYANAN DAN ASUHAN ANESTESI

1. Dokter Anestesi melaksanakan asesmen pra anestesi untuk semua pasien yang akan dioperasi sebelum pasien masuk Rawat Inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah atau sesaat menjelang operasi sesuai PPK dan didokumentasikan dalam rekam medis.
2. Asesmen pra-anestesi dilakukan dengan metoda IAR (Informasi, Analisis, Rencana) untuk memberikan informasi:
 - a. Masalah saluran pernapasan.
 - b. Pemilihan anestesi dan rencana asuhan anestesi.
 - c. Pemberian anestesi yang aman berdasarkan asesmen pasien, risiko, dan jenis tindakan.
 - d. Menafsirkan temuan pada waktu monitoring selama anestesi dan pemulihan.
 - e. Memberikan informasi obat analgesia yang akan digunakan pasca operasi.
3. Dokter Anestesi melaksanakan asesmen pra-induksi untuk semua pasien yang membutuhkan induksi sesuai PPK dan didokumentasikan dalam rekam medis.
4. Asesmen pra induksi dengan metoda IAR untuk mendapatkan informasi stabilitas fisiologis dan kesiapan pasien untuk tindakan anestesi dilakukan secara terpisah dari asesmen pra-anestesi (sewaktu sebelum induksi). Jika anestesi diberikan secara darurat, asesmen pra-anestesi dan pra-induksi dapat dilakukan berurutan atau simultan, dengan catatan yang terpisah dalam rekam medis.
5. Rumah Sakit menetapkan Pedoman Anestesi yang meliputi rencana, tindakan, teknik yang digunakan, obat-obatan, dosis, dan rute pemberian yang didokumentasikan dalam rekam medis.
6. Dokter yang melaksanakan anestesi dan Perawat/Penata Anestesi yang mendampingi dicatat dalam Formulir Anestesi.
7. Dokter Anestesi memberikan penjelasan tentang risiko, keuntungan dan alternatif tindakan anestesi, serta pemberian analgesi pasca tindakan anestesi kepada pasien dan/atau keluarganya, atau pihak lain yang berwenang memberikan keputusan, dan mendokumentasikan dalam rekam medis.
8. Rumah Sakit menetapkan panduan jenis dan frekuensi pemantauan selama anestesi dan operasi dilakukan berdasarkan status pasien pada pra-anestesi, metoda anestesi yang dipakai dan tindakan operasi yang dilakukan sesuai PPK dan dicatat dalam form anestesi.
9. Rumah Sakit menetapkan panduan pemindahan pasien dari ruang pemulihan pasca anestesi yang mencakup:
 - a. Pencatatan waktu dimasukkan ke Ruang Pemulihan dan waktu dikeluarkan dari Ruang Pemulihan.
 - b. Pemantauan dalam masa pemulihan pasca anestesi sesuai panduan yang dicatat dalam rekam medis sesuai PPK.
 - c. Pemindahan pasien dari Ruang Pemulihan ke Ruangan Intensif atau ke Unit Rawat Inap dilakukan berdasarkan hasil pengumpulan data status pasien secara terus menerus dan sistematis.
 - d. Jika pasien dipindah langsung dari kamar operasi ke Ruang Intensif, monitoring dan pendokumentasian diperlakukan sama dengan monitoring di Ruang Pemulihan.

PASAL 17. PELAYANAN DAN ASUHAN BEDAH

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman asesmen pra-bedah dengan metoda IAR untuk merencanakan setiap tindakan bedah.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan hasil asesmen pra-bedah, diagnosis pra-operasi, rencana operasi, DPJP dalam rekam medis pasien.
3. Secara terintegrasi para Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bersama MPP memberikan penjelasan kepada pasien dan/atau keluarganya agar dapat mengambil keputusan dan memberikan persetujuan yang dibutuhkan, mencakup:
 - a. Risiko dari rencana tindakan operasi
 - b. Manfaat dari rencana tindakan operasi
 - c. Kemungkinan komplikasi dan dampak
 - d. Pilihan operasi atau opsi non operasi (alternatif) yang tersedia untuk menangani pasien
 - e. Kebutuhan darah atau produk darah, risiko dan alternatifnya jika dibutuhkan.
4. Rumah Sakit mendokumentasikan edukasi dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman laporan operasi yang memuat paling sedikit:
 - a. Diagnosis pasca operasi
 - b. Nama dokter bedah dan asistennya
 - c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan
 - d. Ada dan tidak adanya komplikasi
 - e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa
 - f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat transfusi
 - g. Nomor pendaftaran dari alat yang dipasang (implan)
 - h. Tanggal, waktu, tanda tangan dokter yang bertanggung jawab
6. Laporan operasi ditulis pada formulir laporan operasi dan dikerjakan segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien dipindah ke area yang lain untuk asuhan biasa.
7. Pada kasus Dokter Bedah mendampingi pasien dari Ruang Operasi ke Ruang Asuhan Intensif lanjutan maka laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan Intensif lanjutan.
8. Rumah Sakit menetapkan pedoman rencana asuhan pasca operasi dalam waktu 24 jam dalam bentuk SOAP untuk memenuhi kebutuhan segera pasien yang meliputi :
 - a. Rencana asuhan pasca bedah oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Bila didelegasikan harus dilakukan verifikasi.
 - b. Rencana asuhan oleh Perawat.
 - c. Rencana asuhan oleh PPA lainnya sesuai kebutuhan.
9. Rencana asuhan pasca operasi dapat berubah berdasarkan hasil asesmen ulang.
10. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mengatur asuhan pasien operasi yang menggunakan implan dan mempertimbangkan faktor-faktor sebagai berikut:
 - a. Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
 - b. Modifikasi surgical *safety checklist* untuk memastikan ketersediaan implan di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi.
 - c. Proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implan.
 - d. Proses pelaporan malfungsi implan sesuai dengan standar/aturan pabrik.
 - e. Pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus.

- f. Instruksi khusus kepada pasien setelah operasi.
 - g. Kemampuan penelusuran (*traceability*) alat jika terjadi penarikan kembali (*recall*) alat dengan melakukan antara lain menempelkan barcode alat di rekam medis.
11. Rumah Sakit menetapkan daftar alat implan yang diizinkan untuk digunakan di rumah sakit.
 12. Rumah Sakit melakukan dokumentasi implan yang digunakan oleh pasien agar dapat melakukan telusur apabila terjadi penarikan kembali (*recall*) implan.
 13. Rumah Sakit membuat monitoring implan meliputi pencatatan bila terjadi penarikan kembali dan riwayat insiden keselamatan pasien di rumah sakit lain dan menjadikannya sebagai prioritas monitoring unit terkait.
 14. Rumah Sakit menetapkan jenis pelayanan bedah yang dapat dilaksanakan.
 15. Desain tata ruang operasi harus memenuhi syarat sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan, memperhatikan risiko keselamatan dan keamanan, serta melaksanakan hal-hal berikut untuk mengurangi risiko infeksi:
 - a. Alur masuk barang-barang steril harus terpisah dari alur keluar barang dan pakaian kotor.
 - b. Koridor steril dipisahkan/tidak boleh bersilangan alurnya dengan koridor kotor.
 - c. Desain tata ruang operasi harus memenuhi ketentuan zona berdasarkan tingkat sterilitas ruangan yang terdiri dari:
 - 1) Zona steril rendah
 - 2) Zona steril sedang
 - 3) Zona steril tinggi dan
 - 4) Zona steril sangat tinggi
 16. Rumah Sakit menetapkan pedoman program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah.
 17. Rumah Sakit menetapkan, melakukan monitoring dan evaluasi program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan bedah yang terintegrasi dengan program mutu rumah sakit meliputi:
 - a. Pelaksanaan asesmen pra bedah;
 - b. Penandaan lokasi operasi;
 - c. Pelaksanaan *surgical safety checklist*;
 - d. Pemantauan diskrepansi diagnosis pre dan post operasi.

BAB IV. MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI

PASAL 18. KOMUNIKASI DENGAN MASYARAKAT

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman komunikasi efektif yang meliputi:
 - a. Komunikasi dengan masyarakat.
 - b. Komunikasi dengan pasien dan keluarga.
 - c. Komunikasi antar staf klinis.
2. Rumah Sakit menyediakan sarana media komunikasi dengan masyarakat, antara lain berupa *website*, *leaflet*, brosur, atau buletin yang berisi informasi mengenai jenis pelayanan, waktu pelayanan, proses mendapatkan pelayanan.
3. Rumah Sakit melaksanakan komunikasi efektif dalam Rekam Medis pasien meliputi catatan dalam form asesmen, catatan pelayanan pasien terintegrasi (CPPT), transfer, rujukan, *early warning system (EWS)*, tulis baca dan konfirmasi (tulbakon), serah terima (operan).
4. Strategi komunikasi rumah sakit dengan masyarakat, pasien dan keluarga didasarkan pada pengenalan populasi yang dilayani rumah sakit.
5. Rumah Sakit membuat data demografi populasi pasien yang sekurang-kurangnya meliputi data usia, etnis, agama, tingkat pendidikan, kemampuan membaca, bahasa yang digunakan, dan hambatan dalam berkomunikasi.
6. Rumah Sakit menyediakan informasi tentang jenis pelayanan, waktu pelayanan serta akses dan proses untuk mendapatkan pelayanan.
7. Rumah Sakit menyediakan informasi tentang kualitas pelayanan yang bisa diakses secara mudah oleh masyarakat umum.

PASAL 19. KOMUNIKASI DENGAN PASIEN DAN KELUARGA

1. Rumah Sakit menyediakan informasi untuk pasien dan keluarga tentang asuhan dan pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit, dalam bentuk website atau brosur.
2. Rumah Sakit memberikan informasi untuk pasien dan keluarga tentang akses terhadap pelayanan yang disediakan oleh rumah sakit. Informasi diberikan dalam media berupa brosur/*leaflet/banner/slide show* TV internal.
3. Rumah Sakit menyediakan informasi tentang alternatif asuhan dan pelayanan di tempat lain apabila rumah sakit tidak dapat menyediakan asuhan dan pelayanan yang dibutuhkan pasien.
4. Rumah Sakit memiliki daftar fasilitas kesehatan (faskes) rujukan yang disertai perjanjian kerjasama antara rumah sakit dan faskes-faskes rujukan tersebut.
5. Materi komunikasi dan edukasi untuk pasien dan keluarga menggunakan format dan bahasa yang praktis dan mudah dipahami, serta disesuaikan dengan demografi komunitas dan populasi pasien, dengan media edukasi/komunikasi dalam bentuk tulisan/gambar/video/demonstrasi/praktikum, yang praktis dan mudah dipahami.
6. Rumah Sakit menyediakan penterjemah sesuai kebutuhan dan bekerja sama dengan pihak luar yang menyediakan penterjemah bahasa yang tidak bisa disediakan secara internal.

PASAL 20. KOMUNIKASI INTERNAL RUMAH SAKIT

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman komunikasi efektif yang berisi informasi yang akurat dan tepat waktu ke seluruh rumah sakit termasuk informasi terkait *code blue*, *code red* dan *code black* dan kode lainnya.
2. Rumah Sakit memiliki media untuk menyebarkan informasi kepada karyawan berupa Surat Edaran Direktur Utama/pengumuman/majalah dinding/media sosial/internet/*paging system*.
3. Rumah Sakit melakukan simulasi *code blue*, *code red* dan *code black* dan kode lainnya serta mendokumentasikannya.

PASAL 21. KOMUNIKASI ANTAR STAF KLINIS RUMAH SAKIT

1. Informasi tentang asuhan pasien dan hasil asuhan dikomunikasikan antar Staf Klinis selama bekerja dalam *shift* atau antar *shift*.
2. Rumah Sakit menetapkan pedoman komunikasi efektif yang berisi tata cara komunikasi antar Staf Klinis pada saat bekerja *shift* dan antar *shift* yang meliputi informasi tentang:
 - a. Status kesehatan termasuk CPPT
 - b. Ringkasan pulang pasien Rawat Jalan dan Ranap
 - c. Informasi klinis saat transfer dan dirujuk
 - d. Serah terima/operan
3. Informasi kondisi pasien yang dikomunikasikan antar Staf Klinis termasuk PPA dalam rekam medis termasuk CPPT adalah proses asuhan yang sedang berjalan atau proses penting tertentu.
4. DPJP membuat ringkasan pulang untuk setiap pasien Rawat Inap.
5. Rumah Sakit membuat profil ringkas medis Rawat Jalan pasien dengan diagnosis kompleks.
6. Informasi yang dikomunikasikan antar PPA pada proses transfer dan rujukan mencakup ringkasan asuhan dan pelayanan yang telah diberikan.
7. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan serah terima pasien/operan dalam *shift* atau antar *shift*.

PASAL 22. PROMOSI KESEHATAN, EDUKASI DAN ASUHAN UNTUK PASIEN DAN KELUARGA

1. Rumah Sakit menyediakan edukasi untuk menunjang partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan.
2. Rumah Sakit menetapkan organisasi promosi kesehatan rumah sakit (tim PKRS) yang bertugas untuk mengkoordinasikan pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga di seluruh rumah sakit.
3. Rumah Sakit memberikan pelatihan kepada tim PPA agar mampu memberikan edukasi secara efektif.
4. Staf PPA melakukan asesmen kemampuan, kemauan belajar dan kebutuhan edukasi pasien dan keluarga serta dicatat di dalam rekam medis untuk membuat perencanaan kebutuhan edukasi.

5. Asesmen kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga meliputi :
 - a. Keyakinan dan nilai-nilai pasien dan 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
6. Asesmen kebutuhan edukasi pasien meliputi kebutuhan asuhan medis dan keperawatan, serta kebutuhan asuhan berkesinambungan setelah pulang.
7. DPJP memberikan edukasi kepada pasien tentang hasil asesmen, diagnosa dan rencana asuhan, serta mencatatnya dalam formulir pemberian edukasi.
8. DPJP memberikan edukasi kepada pasien tentang hasil asuhan dan pengobatan, termasuk hasil asuhan yang tidak diharapkan, dan dicatat dalam form pemberian edukasi.
9. DPJP, Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA), dan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) memberikan edukasi asuhan lanjutan di rumah kepada pasien dan keluarga, dan mencatatnya dalam form pemberian edukasi.
10. DPJP memberikan edukasi risiko dan komplikasi yang dapat terjadi pada tindakan medis kepada pasien dan keluarga sebelum dilakukan tindakan medik untuk tindakan yang memerlukan persetujuan (*informed consent*).
11. Rumah Sakit memberikan edukasi hak dan tanggung jawab pasien dan keluarga untuk berpartisipasi pada proses asuhan.
12. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga terkait dengan asuhan yang diberikan meliputi:
 - a. Penggunaan obat-obatan secara efektif dan aman.
 - b. Potensi efek samping obat.
 - c. Potensi interaksi obat antar obat konvensional, obat bebas, suplemen atau makanan.
 - d. Keamanan dan efektivitas penggunaan peralatan medis.
 - e. Diet dan nutrisi yang memadai.
 - f. Nyeri dan manajemen nyeri.
 - g. Teknik rehabilitasi.
 - h. Cara cuci tangan.
13. Rumah Sakit menetapkan metode edukasi yang mempertimbangkan nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga, dan memperkenalkan interaksi yang memadai antar pasien-keluarga dan staf klinis.
14. Rumah Sakit menetapkan waktu yang adekuat bagi PPA saat memberikan edukasi.
15. Pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga diberikan secara kolaboratif oleh PPA terkait apabila diperlukan sesuai nilai-nilai dan pilihan pasien dan keluarga.
16. Rumah Sakit menetapkan proses pemberian edukasi yang mendorong pasien dan keluarga untuk bertanya dan berperan aktif.
17. Rumah Sakit melakukan verifikasi untuk memastikan pasien dan keluarga dapat memahami materi edukasi yang diberikan.
18. Rumah Sakit membuat materi tertulis untuk melengkapi edukasi yang diberikan secara verbal.

19. Rumah Sakit mengidentifikasi sumber–sumber yang ada di komunitas (daftar fasilitas kesehatan dan praktik mandiri) untuk mendukung promosi dan edukasi kesehatan untuk menunjang asuhan pasien yang berkelanjutan.
20. Rumah Sakit menetapkan rujukan pasien dan keluarga yang rencana pemulangannya kompleks setelah meninggalkan rumah sakit agar mendapatkan edukasi dan pelatihan yang diperlukan untuk menunjang asuhan pasien berkelanjutan yang optimal.

BAB V. KEBIJAKAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN

PASAL 23. PEMBERIAN PELAYANAN UNTUK SEMUA PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang asuhan yang seragam kepada semua pasien yang mencakup:
 - a. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktu setiap hari.
 - b. Penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain Staf Klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama.
 - c. Pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama di semua unit pelayanan di rumah sakit.
 - d. Pasien dengan kebutuhan Asuhan Keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit.
 - e. Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam Bidang Klinis antara lain metode assesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form assesmen awal- asesmen ulang, panduan praktek klinis (PPK), alur klinis terintegrasi/*clinical pathway*, pedoman manajemen nyeri dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain *water sealed drainage*, pemberian transfusi darah, biopsi ginjal, pungsi lumbal dan sebagainya.
2. Semua profesional pemberi asuhan mendokumentasikan asuhan seragam dalam rekam medis pasien.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman untuk mengatur pelayanan dan asuhan terintegrasi di dan antar berbagai Unit Pelayanan yang mencakup:
 - a. Pengintegrasian pelayanan oleh MPP/*CaseManager*
 - b. Integrasi asuhan pasien sesuai dengan:
 - 1) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga
 - 2) DPJP sebagai Ketua tim PPA (*Clinical Team Leader*)
 - 3) PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, antara lain memakai Panduan Praktik Klinis (PPK), Panduan Asuhan PPA lainnya disertai Alur Klinis terintegrasi/*Clinical Pathway*, dan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi/CPPT
 - 4) Perencanaan Pemulangan Pasien/*Discharge Planning* terintegrasi;
 - 5) Asuhan Gizi Terintegrasi
 - 6) Manajer Pelayanan Pasien/*Case Manager*
 - c. Asesmen dengan metode IAR (Informasi, Analisis, Rencana)
 - d. Integrasi antar berbagai Unit Layanan termasuk asuhan pasien risiko tinggi, pemberian layanan risiko tinggi, dan pasien dengan risiko nutrisi.
4. Rencana asuhan terintegrasi dibuat dengan sasaran berdasar atas data asesmen awal dan kebutuhan pasien dan dikoordinasikan di dan antar berbagai unit pelayanan, serta didokumentasikan dalam form CPPT, form tindakan *nurse's note*, form MPP.
5. Perkembangan tiap pasien dievaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien, dimutakhirkan, atau direvisi oleh tim PPA berdasar atas asesmen ulang dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP.

6. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pemberian instruksi termasuk untuk asuhan pasien risiko tinggi, pemberian layanan risiko tinggi, pemberian nutrisi sesuai dengan status gizi pasien berdasarkan atas panduan praktik klinis dan peraturan perundang-undangan.
7. Instruksi hanya boleh diberikan oleh mereka yang kompeten dan berwenang yaitu PPA disertai SPK dan RKK.
8. Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostik *imaging* yang meminta hasil interpretasi harus menyertakan indikasi klinis.
9. Instruksi untuk Pemeriksaan Laboratorium dan diagnostik *imaging* diisi dalam form Pemeriksaan Laboratorium atau formulir diagnostik *imaging* dan didokumentasikan juga dalam form CPPT.
10. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang tindakan klinis dan diagnostik yang diminta, dilaksanakan dan diterima hasilnya, serta disimpan di berkas rekam medis pasien.
11. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang kondisi, diagnosis pasti, rencana asuhan, hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga, dan dapat berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Pemberian informasi didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

PASAL 24. PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN PELAYANAN RISIKO TINGGI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang proses identifikasi pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai dengan populasi pasiennya, disertai penetapan risiko tambahan yang mungkin berpengaruh pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi.
2. Rumah Sakit melatih staf untuk pemberian pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi.
3. Rumah Sakit memasukkan pengembangan pelayanan risiko tinggi kedalam program peningkatan mutu rumah sakit.

PASAL 25. DETEKSI (MENGENALI) PERUBAHAN KONDISI PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang *Early Warning System* (EWS).
2. Rumah Sakit melatih Staf Klinis tentang pelaksanaan EWS untuk mendeteksi (mengenali) perubahan kondisi pasien memburuk dan mampu melakukan tindakan.
3. Staf Klinis mendokumentasikan hasil EWS pada rekam medis pasien.

PASAL 26. PELAYANAN RESUSITASI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Pelayanan Resusitasi diberikan selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit, serta peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar terstandar sesuai dengan kebutuhan populasi pasien.
2. Bantuan hidup dasar diberikan segera saat dikenali henti jantung-paru dan tindak lanjut diberikan kurang dari 5 menit di seluruh area rumah sakit.
3. Rumah Sakit memberikan pelatihan resusitasi jantung-paru kepada staf yang ditentukan.

PASAL 27. PELAYANAN DARAH

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Pelayanan Darah dan produk darah sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang proses pelaksanaannya didokumentasikan dalam rekam medis meliputi:
 - a. Pemberian persetujuan (*informed consent*)
 - b. Pengadaan darah
 - c. Identifikasi Pasien
 - d. Pemberian darah
 - e. Monitoring pasien
 - f. Identifikasi dan respons terhadap reaksi transfusi
2. Staf yang melaksanakan pelayanan darah dan produk darah serta melakukan monitoring dan evaluasinya adalah staf yang berkompeten dan dibuktikan dengan berkas kredensial.

PASAL 28. PELAYANAN PASIEN KOMA DAN YANG MENGGUNAKAN VENTILATOR

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman asuhan pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar atau pasien koma.
2. Pelaksanaan asuhan pasien dengan alat bantu hidup atau pasien koma didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 29. PELAYANAN PASIEN PENYAKIT MENULAR DAN PENURUNAN DAYA TAHAN (*IMMUNO-SUPPRESSED*)

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Asuhan Pasien penyakit menular dan *immuno-suppressed*.
2. Pelaksanaan asuhan pasien penyakit menular dan *immuno-suppressed* didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 30. PELAYANAN PASIEN DIALISIS

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Asuhan Pasien Dialisis.
2. Pelaksanaan asuhan pasien dialisis didokumentasikan dalam rekam medis.
3. Rumah Sakit melakukan evaluasi kondisi pasien dialisis secara berkala dan didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 31. PELAYANAN PASIEN *RESRAINT*

1. Rumah Sakit menetapkan panduan tentang Asuhan Pelayanan Penggunaan alat penghalang (*restraint*).
2. Pelaksanaan asuhan pelayanan penggunaan alat penghalang (*restraint*) didokumentasikan dalam rekam medis.
3. Rumah Sakit melakukan evaluasi penggunaan alat penghalang (*restraint*) secara berkala dan didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 32. PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Pelayanan Khusus terhadap pasien yang lemah, lanjut usia, anak dan yang dengan ketergantungan bantuan, serta populasi yang berisiko disiksa dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan dalam rekam medis asuhan untuk:
 - a. Pasien yang lemah dan lanjut usia yang tidak mandiri.
 - b. Asuhan pasien anak dan anak dengan ketergantungan.
 - c. Pasien dengan risiko kekerasan dan risiko tinggi lainnya termasuk pasien dengan risiko bunuh diri.

PASAL 33. PELAYANAN PASIEN KEMOTERAPI DAN TERAPI LAIN YANG BERISIKO TINGGI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Pelayanan Khusus terhadap pasien yang mendapat kemoterapi atau pelayanan lain yang berisiko tinggi.
2. Rumah Sakit mendokumentasikan pelaksanaan pelayanan pasien yang mendapat kemoterapi, pelayanan radiologi intervensi, dan pelayanan risiko tinggi lainnya dalam rekam medis.

PASAL 34. MAKANAN DAN TERAPI GIZI

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang Pelayanan Gizi yang mencakup antara lain:
 - a. Penyediaan makanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - b. Proses pemesanan makan pasien sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien.
 - c. Makanan disiapkan dan disimpan dengan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
 - d. Distribusi makanan dilakukan secara tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhan.
 - e. Pemberian edukasi kepada keluarga pasien tentang pembatasan diet pasien dan risiko kontaminasi dan pembusukan makanan jika keluarga membawa makanan dari luar dan didokumentasikan dalam rekam medis.
 - f. Makanan yang dibawa keluarga atau orang lain dicatat dan disimpan secara benar untuk mencegah kontaminasi.
2. Proses pemesanan makanan pasien sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien dicatat di dalam rekam medis.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang asuhan dan terapi gizi terintegrasi
4. Pemberian terapi gizi terintegrasi pada pasien risiko nutrisi didokumentasikan dalam rekam medis.
5. Pemberian asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian, evaluasi dan monitor terapi gizi didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 35. PENGELOLAAN NYERI

1. Rumah Sakit menetapkan panduan tentang pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri.
2. Pelaksanaan pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan kebutuhan didokumentasikan dalam rekam medis.

3. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien, dan keluarga, serta didokumentasikan dalam rekam medis.
4. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang kemungkinan timbulnya nyeri akibat tindakan yang terencana, prosedur pemeriksaan, dan pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri, serta didokumentasikan dalam rekam medis.
5. Rumah Sakit memberikan pelatihan kepada staf mengenai pelayanan mengatasi nyeri.

PASAL 36. PELAYANAN DALAM TAHAP TERMINAL

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang asesmen awal dan ulang pasien dalam tahap terminal yang mencakup:
 - a. Gejala mual dan kesulitan pernapasan.
 - b. Faktor yang memperparah gejala fisik.
 - c. Manajemen gejala sekarang dan respons pasien.
 - d. Orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu.
 - e. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa, penderitaan dan rasa bersalah.
 - f. Status psikososial pasien dan keluarganya seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit.
 - g. Kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya.
 - h. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan.
 - i. Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis dan kesedihan.
2. Rumah Sakit melakukan skrining pasien yang memiliki harapan hidup yang kecil dan didokumentasikan dalam rekam medis.
3. Hasil asesmen atas pasien yang memiliki harapan hidup yang kecil menentukan asuhan dan layanan yang diberikan kepada pasien dan didokumentasikan dalam rekam medis.
4. Asuhan dalam tahap terminal dilakukan dengan memperhatikan rasa nyeri pasien.
5. Rumah Sakit menetapkan pedoman pelayanan pasien dalam tahap terminal yang meliputi:
 - a. Intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri.
 - b. Memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga.
 - c. Menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ.
 - d. Menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga.
 - e. Mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan.
 - f. Memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.
6. Rumah Sakit memberikan pelatihan kepada staf mengenai kebutuhan unik pasien dalam tahap terminal.
7. Pelayanan pasien dalam tahap terminal didokumentasikan dalam rekam medis dengan memperhatikan;

- a. Gejala, kondisi, dan kebutuhan kesehatan atas hasil asesmen.
- b. Upaya mengatasi rasa nyeri pasien.
- c. Kebutuhan biopsiko-sosial, emosional, budaya, dan spiritual.
- d. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan *do not resuscitate/DNR*.

BAB VI. PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT

PASAL 37. PENGORGANISASIAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pengorganisasian serta pedoman pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang aman di rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan.
2. Seluruh apoteker harus memiliki izin (STRA dan SIPA) sesuai dengan peraturan perundangan dan melakukan supervisi sesuai dengan penugasannya.
3. Instalasi Farmasi menyusun kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat minimal setahun sekali.
4. Kajian pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat berisi semua data, informasi, dan pengalaman yang berhubungan dengan pelayanan kefarmasian serta penggunaan obat, termasuk antara lain:
 - a. Sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat yang terkait dengan:
 - 1) Seleksi dan pengadaan obat.
 - 2) Penyimpanan.
 - 3) Peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan.
 - 4) Penyiapan dan penyerahan.
 - 5) Pemberian obat.
 - b. Pendokumentasian dan pemantauan efek obat.
 - c. Kegiatan monitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat (*medication error*) meliputi kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera, dan upaya mencegah dan menurunkannya.
 - d. Analisa kebutuhan pendidikan dan pelatihan.
 - e. Pertimbangan melakukan kegiatan baru berbasis bukti (*evidence based*).
5. Rumah Sakit menyediakan sumber informasi obat (Formularium, ISO/MIMS) yang terkini disemua unit layanan yang terlibat dalam penggunaan obat.
6. Rumah Sakit melaksanakan pelaporan *medication error* sesuai peraturan perundangan serta melakukan tindak lanjut terhadap kesalahan penggunaan obat.

PASAL 38. SELEKSI DAN PENGADAAN

1. Direktur menetapkan Komite Farmasi dan Terapi (KFT) sebagai penyusun Formularium Rumah Sakit berdasarkan kriteria yang bekerja secara kolaboratif sesuai peraturan perundangan.
2. KFT bersama Instalasi Farmasi menyusun laporan hasil pelaksanaan monitoring dan evaluasi penggunaan obat baru yang meliputi:
 - a. Efek obat yang tidak diharapkan.
 - b. Efek samping obat.
 - c. Medication error.
3. KFT bersama Instalasi Farmasi menyusun laporan hasil pelaksanaan monitoring kepatuhan terhadap formularium yang meliputi aspek persediaan dan aspek penggunaan.

4. KFT bersama Instalasi Farmasi melakukan kajian formularium sekurangnya setahun sekali berdasarkan informasi tentang keamanan dan efektivitas.
5. Direktur menetapkan pedoman pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang aman, bermutu, bermanfaat, serta berkhasiat sesuai dengan peraturan perundangan yang meliputi namun tidak terbatas pada:
 - a. Pengadaan harus dari jalur resmi.
 - b. Pengadaan harus memiliki kontrak termasuk hak akses meninjau ke tempat penyimpanan dan transportasi sewaktu-waktu.
 - c. Ada garansi keaslian obat.
 - d. Cara pengadaan bila stok kosong/tidak tersedianya saat dibutuhkan termasuk:
 - 1) Proses konfirmasi kepada Dokter tentang obat substitusi.
 - 2) Melakukan perjanjian kerja sama dengan apotik/rumah sakit/*supplier* untuk menjamin keaslian obat.
 - 3) Menyediakan Formulir konfirmasi obat kosong.
 - 4) Pencatatan/Pelaporan kekosongan obat.
6. Manajemen rantai pengadaan (*supply chain management*) mulai dari Instalasi Farmasi, divisi *purchasing*, kontrak pengadaan, unit pelayanan (poliklinik dan lainnya) serta *cold chain* dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundangan.

PASAL 39. PENYIMPANAN

1. Direktur menetapkan pedoman penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang baik, benar dan aman meliputi penyimpanan:
 - a. Obat *high risk*
 - b. Obat *look alike sound alike*
 - c. Elektrolit konsentrat
 - d. Bahan berbahaya dan beracun (B3)
 - e. Gas medis
 - f. Obat narkotika dan psikotropika
 - g. Obat radioaktif, dan lain-lain
2. Obat dan zat kimia yang digunakan untuk mempersiapkan obat diberi label yang terdiri atas isi/nama obat, tanggal kadaluarsa, dan peringatan khusus.
3. Staf instalasi farmasi dan di luar Instalasi Farmasi harus melakukan penyimpanan obat yang tepat agar kondisi obat tetap stabil seperti melakukan monitoring suhu dan kelembaban ruangan dan lemari pendingin.
4. Apoteker melakukan supervisi secara teratur tentang penyimpanan obat emergensi, B3, narkotika psikotropika, gas medis dan obat radioaktif.
5. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis harus dilindungi dari kehilangan seperti pembuatan kartu stok, *stock opname*, sistem IT, kamera CCTV dan lain sebagainya.
6. Direktur menetapkan pedoman pengaturan tata kelola bahan berbahaya, narkotika dan psikotropika yang baik, benar, dan aman termasuk tata cara penyimpanan sesuai dengan peraturan perundangan.

7. Instalasi Farmasi melaksanakan pelaporan bulanan dan pencatatan penggunaan narkotika dan psikotropika secara *offline* atau *online* sesuai dengan peraturan dan perundangan.
8. Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar instalasi farmasi tidak diizinkan kecuali bila dibutuhkan secara klinis dan apabila terpaksa disimpan di area pelayanan harus diatur keamanannya untuk menghindari kesalahan.
9. Elektrolit konsentrat harus disimpan dengan baik, benar, dan aman serta diberi label obat yang harus diwaspadai (*high alert*) sesuai dengan pedoman.
10. Direktur menetapkan pedoman penerimaan, identifikasi, penyimpanan, distribusi, dan pengawasan obat khusus seperti:
 - a. Produk nutrisi;
 - b. Obat dan bahan radioaktif;
 - c. Obat yang dibawa pasien sebelum Rawat Inap mungkin memiliki risiko terhadap keamanan;
 - d. Obat program atau bantuan pemerintah/pihak lain;
 - e. Obat yang digunakan untuk penelitian.
11. Direktur menetapkan pedoman pengelolaan obat emergensi agar tersedia lengkap dan siap pakai di instalasi farmasi dan di unit-unit layanan serta upaya pemeliharaan dan pengamanan dari kemungkinan pencurian dan kehilangan.
12. Instalasi Farmasi menyusun daftar obat emergensi di tempat penyimpanan di Instalasi Farmasi dan di unit-unit layanan termasuk melakukan supervisi tanggal kadaluarsa, pemakaian, kerusakan serta memastikan fisik obat sesuai dengan daftar obat.
13. Direktur menetapkan pedoman penarikan kembali (*recall*) dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandar, atau kadaluarsa.
14. Pelaksanaan penarikan kembali (*recall*) dan pemusnahan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang tidak layak pakai karena rusak, mutu substandar atau kadaluarsa harus dilengkapi dengan berita acara.

PASAL 40. PERESEPAN DAN PENYALINAN

1. Direktur menetapkan panduan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan secara benar, lengkap dan terbaca, serta menetapkan Staf Medis yang kompeten dan berwenang untuk melakukan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan umum maupun khusus.
2. Rumah Sakit menetapkan proses rekonsiliasi obat yang dilakukan apoteker, yaitu proses apoteker membandingkan daftar obat yang dipergunakan oleh pasien sebelum di Rawat Inap dengan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan yang dibuat pertama kali sejak pasien masuk, saat pemindahan pasien antar unit pelayanan (*transfer*), dan sebelum pasien pulang.
3. Riwayat penggunaan obat pasien dicatat di dalam rekam medis.
4. Direktur menetapkan pedoman peresepan yang meliputi:
 - a. Syarat elemen kelengkapan resep, antara lain:
 - 1) Data identitas pasien secara akurat (dengan stiker).
 - 2) Elemen pokok di semua resep atau permintaan obat atau instruksi pengobatan.

- 3) Kapan diharuskan menggunakan nama dagang atau generik.
- 4) Kapan diperlukan penggunaan indikasi seperti pada PRN (pro re nata atau “jika perlu”) atau instruksi pengobatan lain.
- 5) Jenis instruksi pengobatan yang berdasar atas berat badan seperti untuk anak-anak, lansia yang rapuh dan populasi khusus sejenis lainnya.
- 6) Kecepatan pemberian (jika berupa infus).
- 7) Instruksi khusus, sebagai contoh: titrasi, tapering, rentang dosis.
- b. Langkah-langkah untuk menghindari kesalahan pengelolaan peresepan/permintaan obat dan instruksi pengobatan.
- c. Pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap dan tidak terbaca.
- d. Pengelolaan resep khusus.
5. Kelengkapan resep sesuai dengan syarat elemen resep lengkap harus dilakukan evaluasi serta terdokumentasi.
6. Pelaksanaan pengelolaan resep yang tidak benar, tidak lengkap dan tidak terbaca harus terdokumentasi.
7. Pelaksanaan proses pengelolaan resep khusus, seperti darurat, *standing order*, berhenti otomatis (*automatic stop order*), *tapering*, dan lainnya harus terdokumentasi.
8. Rumah Sakit menyusun daftar staf medis yang kompeten dan berwenang membuat atau menulis resep yang tersedia di semua unit pelayanan.
9. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pembatasan jumlah resep atau jumlah pemesanan obat oleh Staf Medis yang mempunyai kewenangan.
10. Pemberian obat kepada pasien dicatat dalam satu daftar di rekam medis yang berisi:
 - a. Identitas pasien,
 - b. Nama obat,
 - c. Dosis,
 - d. Rute dan waktu pemberian,
 - e. Nama dokter,
 - f. Keterangan misalnya terdapat *tapering off*, titrasi, rentang dosis, atau obat diminum bila perlu.
11. Rumah Sakit menetapkan pedoman penyiapan dan penyerahan obat, yang mencakup:
 - a. Pencampuran obat Kemoterapi
 - b. Pencampuran produk steril (obat intra vena/epidural/nutrisi parenteral)
12. Staf yang menyiapkan obat kemoterapi dan produk steril diberikan pelatihan untuk memahami serta mempraktikkan prinsip penyiapan obat dan teknik aseptik.
13. Pencampuran obat kemoterapi dan produk steril harus dilakukan di dalam ruang yang bersih (*clean room*) yang dilengkapi dengan *cytotoxic handling drug safety cabinet* dengan teknik aseptik serta menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai.
14. Pencampuran obat intravena, epidural, dan nutrisi parenteral serta pengemasan kembali obat suntik harus dilakukan dalam ruang yang bersih (*clean room*) yang dilengkapi dengan *laminary airflow cabinet* dengan teknik aseptik serta menggunakan alat perlindungan diri yang sesuai.
15. Rumah Sakit menetapkan prosedur yang seragam untuk penyiapan dan penyerahan obat.
16. Apoteker melakukan pengkajian resep yang meliputi:

- a. Ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum/makan obat, dan waktu pemberian;
 - b. Duplikasi pengobatan;
 - c. Potensi alergi atau sensitivitas;
 - d. Interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan;
 - e. Variasi kriteria penggunaan dari rumah sakit;
 - f. Berat badan pasien dan atau informasi fisiologik lainnya;
 - g. Kontra indikasi.
17. Obat yang telah disiapkan diberi label yang meliputi identitas pasien, nama obat, dosis atau konsentrasi, cara pemakaian, waktu pemberian, tanggal disiapkan, dan tanggal kadaluarsa.
 18. Obat untuk pasien Rawat Inap diberikan dalam bentuk yang siap diberikan (*unit dose dispensing /UDD*).
 19. Rumah Sakit menetapkan standar waktu penyerahan obat serta menyiapkan sistem untuk mencatat ketepatan waktu penyerahan obat.
 20. Rumah Sakit menetapkan staf klinis yang kompeten dan berwenang untuk memberikan obat termasuk pembatasannya sesuai dengan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis.
 21. Rumah Sakit menetapkan prosedur verifikasi sebelum penyerahan obat kepada pasien yang meliputi:
 - a. Identitas pasien;
 - b. Nama obat;
 - c. Dosis;
 - d. Rute pemberian;
 - e. Waktu pemberian.
 22. Rumah Sakit menetapkan prosedur untuk melakukan *double check* untuk obat yang harus diwaspadai (*high alert*).
 23. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pengobatan sendiri (*self administration*) dan obat yang dibawa dari luar rumah sakit.
 24. Rumah Sakit melakukan monitoring terhadap pelaksanaan pengobatan oleh pasien sendiri.
 25. Rumah Sakit menetapkan pedoman tentang pemantauan efek obat dan efek samping obat serta dicatat dalam rekam medis pasien.
 26. Hasil pemantauan efek obat dan efek samping obat dilaporkan ke komite/Tim Farmasi dan terapi.
 27. Rumah Sakit menetapkan pedoman *medication safety* yang bertujuan mengarahkan penggunaan obat yang aman dan meminimalisasi kemungkinan terjadi kesalahan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
 28. Rumah Sakit mengumpulkan dan memonitor seluruh angka kesalahan penggunaan obat termasuk kejadian tidak diharapkan, kejadian sentinel, kejadian nyaris cedera, dan kejadian tidak cedera.
 29. Instalasi Farmasi melaporkan kesalahan penggunaan obat (*medication error*) kepada Komite Mutu Rumah Sakit.

30. Komite Mutu Rumah Sakit melakukan RCA terhadap kejadian *medication error*, memberikan solusi dan tindak lanjutnya serta melaporkan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien.
31. Rumah Sakit melakukan upaya mencegah dan menurunkan kesalahan penggunaan obat (*medication error*).

BAB VII. HAK PASIEN DAN KELUARGA

PASAL 41. HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman hak dan kewajiban pasien dan keluarga selama dalam asuhan sesuai dengan perundang-undangan.
2. Direktur memberikan arahan kepada KSM dan Staf Klinis lainnya di Unit Pelayanan untuk memastikan semua staf di rumah sakit ikut bertanggungjawab melindungi hak pasien.
3. Rumah Sakit memberikan edukasi dan pemahaman kepada semua staf tentang hak serta kewajiban pasien dan keluarga serta menjelaskan tanggung jawab staf dalam melindungi hak pasien.
4. Rumah Sakit menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien serta merespon permintaan yang berkaitan dengan bimbingan kerohanian dengan cara memberikan asuhan sesuai dengan agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien.
5. Rumah Sakit melayani permintaan rutin kerohanian, termasuk permintaan kompleks terkait dukungan agama atau bimbingan kerohanian dengan membuat kerjasama dengan rohaniawan serta mendokumentasikan kegiatan kerohanian.

PASAL 42. KERAHASIAAN PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman kerahasiaan pasien dan privasi pasien.
2. Rumah Sakit memberikan edukasi pasien mengenai kerahasiaan informasi kesehatan pasien yang akan dilindungi sesuai ketentuan perundang-undangan.
3. Pelepasan informasi kesehatan pasien kepada pihak lain yang tidak tercakup dalam peraturan perundang-undangan, diberikan melalui persetujuan pasien.
4. Semua staf rumah sakit disumpah untuk menjaga kerahasiaan informasi kesehatan pasien.
5. Rumah Sakit mengidentifikasi harapan dan kebutuhan privasi pasien selama pelayanan dan pengobatan.
6. Rumah Sakit menyediakan kelengkapan pelayanan yang memenuhi kebutuhan privasi pada saat wawancara klinis, pemeriksaan, prosedur, pengobatan dan transfer pasien di Ruang Rawat Jalan, IGD, Rawat Inap dan lokasi pelayanan lainnya.

PASAL 43. PERLINDUNGAN HARTA BENDA PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman perlindungan barang milik pasien yang dititipkan dan barang milik pasien saat pasien tidak dapat menjaga harta miliknya. Rumah Sakit memastikan barang milik pasien aman dan menentukan batasan tanggung jawab antar pasien dan rumah sakit atas barang tersebut.
2. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien tentang tanggung jawab rumah sakit dalam menjaga barang milik pasien sesuai dengan batasan yang sudah ditentukan.

PASAL 44. PERLINDUNGAN PASIEN RENTAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman identifikasi populasi pasien yang rentan terhadap risiko kekerasan dan perlindungan pasien dari risiko kekerasan.

2. Rumah Sakit menetapkan monitoring berkala atas area-area terpencil, area terisolasi, dan area yang rawan terjadinya tindak kekerasan di rumah sakit dengan memasang perangkat CCTV yang mencukupi, memberi identitas kepada pengunjung di luar waktu kunjung.
3. Rumah Sakit menetapkan staf yang bertanggung jawab, memahami, dan melaksanakan proses perlindungan.

PASAL 45. PARTISIPASI PASIEN DAN KELUARGA DALAM ASUHAN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman partisipasi pasien dan keluarga dalam proses asuhan dan memberi kesempatan pasien untuk melaksanakan *second opinion* tanpa rasa khawatir akan mempengaruhi proses asuhannya.
2. Rumah Sakit memberikan pelatihan kepada staf untuk mendukung hak pasien dan keluarga dalam berpartisipasi dalam proses pelayanannya termasuk proses *second opinion*.
3. Rumah Sakit menetapkan pedoman hak pasien untuk mendapatkan informasi tentang:
 - a. Kondisi dan diagnosis pasti.
 - b. Rencana asuhan dan tindakan yang akan dilakukan dan berpartisipasi dalam pengambilan keputusan.
 - c. Hasil asuhan termasuk kemungkinan hasil yang tidak terduga.
 - d. Proses memberikan persetujuan tindakan (*informed consent*).
4. Rumah Sakit menetapkan pedoman pelaksanaan pemberian informasi kompetensi dan kewenangan dari PPA.
5. Rumah Sakit menyediakan informasi kepada pasien tentang:
 - a. Diagnosis (diagnosis kerja dan diagnosis banding) dan dasar diagnosis.
 - b. Kondisi pasien.
 - c. Tindakan yang diusulkan.
 - d. Tata cara dan tujuan tindakan.
 - e. Manfaat dan risiko tindakan.
 - f. Nama orang mengerjakan tindakan.
 - g. Kemungkinan alternatif dari tindakan.
 - h. Prognosis dari tindakan.
 - i. Kemungkinan hasil yang tidak terduga.
 - j. Kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan.
6. Rumah Sakit menetapkan DPJP, PPJA dan PPA lainnya harus memperkenalkan diri saat pertama kali bertemu pasien.
7. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang:
 - a. Hak pasien untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
 - b. Konsekuensi dari keputusan yang diambil oleh pasien.
 - c. Tanggung jawab pasien atas keputusan tersebut.
 - d. Alternatif pelayanan dan pengobatan.
8. Rumah Sakit menetapkan pedoman penolakan pelayanan resusitasi, menunda atau melepas bantuan hidup dasar sesuai peraturan perundang-undangan, norma agama dan budaya masyarakat.
9. Rumah Sakit menetapkan panduan asesmen dan manajemen nyeri.

10. Rumah Sakit menghormati dan mendukung hak pasien dengan melakukan asesmen dan manajemen nyeri yang sesuai.
11. Rumah Sakit memberikan edukasi tentang kepada staf untuk memahami pengaruh pribadi, budaya, sosial dan spiritual pasien dalam hal pasien melaporkan rasa nyeri, sehingga asesmen dan manajemen nyeri dapat dilakukan secara akurat.
12. Rumah Sakit menetapkan panduan pelayanan pasien pada akhir kehidupan.
13. Rumah Sakit memberitahu pasien yang menghadapi kematian dan mengidentifikasi kebutuhan yang unik dalam proses tersebut dan mendokumentasikannya dalam rekam medis.
14. Rumah Sakit menghormati hak pasien yang sedang menghadapi kematian dengan kebutuhan yang unik dalam proses asuhan dan didokumentasikan dalam rekam medis.

PASAL 46. KELUHAN PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman yang mendukung konsistensi pelayanan dalam menghadapi keluhan, konflik atau beda pendapat.
2. Rumah Sakit memberikan edukasi kepada pasien tentang proses menyampaikan keluhan, konflik atau perbedaan pendapat melalui leaflet, kotak pengaduan.
3. Rumah Sakit menelaah dan menindaklanjuti pengaduan keluhan, konflik dan perbedaan pendapat dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses penyelesaian serta mendokumentasikannya.

PASAL 47. METODE PEMBERIAN INFORMASI HAK DAN KEWAJIBAN PASIEN

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman pemberian informasi hak dan kewajiban pasien kepada pasien dan keluarga.
2. Informasi tentang hak serta kewajiban pasien diberikan tertulis kepada pasien, terpampang, dan tersedia sepanjang waktu.
3. Rumah Sakit menetapkan metoda tambahan/alternatif apabila proses pemberian informasi kepada pasien tidak berjalan secara efektif atau tidak tepat.

PASAL 48. PERSETUJUAN UMUM (*GENERAL CONSENT*)

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman persetujuan umum dan pendokumentasiannya dalam rekam medis pasien di luar tindakan yang membutuhkan persetujuan khusus (*informed consent*) tersendiri.
2. Rumah Sakit meminta persetujuan umum (*general consent*) kepada pasien saat pertama kali pasien masuk rawat jalan dan setiap kali pasien masuk Rawat Inap.
3. Pasien dan/atau keluarga membaca dan menandatangani persetujuan umum (*general consent*).

PASAL 49. PERSETUJUAN KHUSUS (*INFORMED CONSENT*)

1. Rumah Sakit menetapkan pedoman persetujuan khusus (*informed consent*) yang dijabarkan dengan jelas serta mendokumentasikannya dalam rekam medis..
2. DPJP menjelaskan informasi tindakan yang akan diambil dan bila perlu dibantu oleh staf terlatih dengan cara dan bahasa yang mudah difahami oleh pasien dan keluarga.

3. Pasien dapat menerima atau menolak persetujuan khusus (*informed consent*).
4. Rumah Sakit menetapkan pedoman persetujuan khusus (*informed consent*) yang diberikan sebelum operasi atau prosedur invasif, sebelum anestesi (termasuk sedasi), pemakaian darah dan produk darah, serta pengobatan risiko tinggi lainnya yang mencakup:
 - a. Rumah Sakit menyusun daftar semua pengobatan/tindakan/prosedur yang memerlukan persetujuan khusus (*informed consent*).
 - b. Identitas DPJP dan orang yang membantu memberikan informasi kepada pasien dan keluarga dicatat di rekam medis pasien.
 - c. Rumah Sakit menetapkan proses dan siapa yang menandatangani persetujuan khusus (*informed consent*) bila pasien tidak kompeten dan mendokumentasikannya dalam rekam medik.