

**KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG**



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG
TAHUN 2017**



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Gajah Mada No. 1A Temanggung 56219
Telp. (0293) 491118 / 491119 Fax. (0293) 493423
Email: rsud_temanggung@yahoo.co.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG

NOMOR 445 / 519 TAHUN 2017

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung, maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi;
- b. bahwa terdapat perubahan kebijakan pelayanan yang sudah dibentuk tahun 2015 di RSUD Kabupaten Temanggung;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Perubahan Atas Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 445 / 430 tentang Kebijakan Pelayanan.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Usia Lanjut;

5. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 472 Tahun 1996 tentang Pengamanan Bahan Berbahaya Bagi Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 363/Menkes/Per/IV/1998 Tahun 1998 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/Menkes/SK/IV/2007 Tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tahun 2008 tentang Rekam Medis;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit;
11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1439/MENKES/SK/XII/2002 Tahun 2002 tentang Penggunaan Gas Medis Pada Sarana Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/SK/X/2004 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/Menkes/SK/X/2004 Tahun 2004 tentang Persyaratan Kesehatan
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1203/menkes/SK/XII/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Intensif Care Unit;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Standar Pelayanan Kesehatan;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 1087/Menkes/SK/VIII/2010 Tahun 2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit;

17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 229/Menkes/SK/VII/2012 tentang Pedoman Pelayanan Geriatri;
18. Peraturan Daerah Kabupaten Temanggung Nomor 17 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung;

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- KESATU : Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung sebagaimana terlampir pada lampiran Keputusan ini;
- KEDUA : Dengan berlakunya keputusan ini maka Keputusan Direktur Nomor 445 / 430 Tahun 2015 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dinyatakan tidak berlaku;
- KETIGA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dan akan di evaluasi setiap 3 (tiga) tahun.

Ditetapkan di Temanggung
Pada tanggal 1 Desember 2017

Pjs. DIREKTUR BLUD
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG


dr. ARTIYONO, M. Kes

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	i
PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	1
PELAYANAN INSTALASI.....	2
PELAYANAN GAWAT DARURAT	3
PELAYANAN REKAM MEDIS.....	5
SKRINNING DAN TRIASE.....	11
PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN	11
PELAYANAN LABORATORIUM	20
PELAYANAN RADIOLOGI	22
PELAYANAN KEPERAWATAN.....	23
TRANSFER / PERPINDAHAN DI DALAM RUMAH SAKIT	24
TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT / RUJUKAN.....	24
PENUNDAAN PELAYANAN	24
PEMBATASAN DAN PEMBATALAN PELAYANAN	25
HAMBATAN DALAM PELAYANAN	25
PEMULANGAN PASIEN	25
PELAYANAN HOME CARE	26
RESUME PASIEN PULANG	26
TRANSPORTASI.....	27
SUMMARY LIST	27
HAK PASIEN DAN KELUARGA	27
PENOLAKAN PELAYANAN DAN PENGOBATAN	28
ASESMEN PASIEN.....	28
PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT	35
SURGICAL SAFETY CHECK LIST.....	44
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT	44
DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN.....	57
PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH.....	57
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA.....	64
PELAYANAN HEMODIALISA	66
PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI PADA PASIEN DAN KELUARGA	69
HIV-AIDS	70
PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK)....	71
PELAYANAN KB.....	72
PELAYANAN TB DENGAN STRATEGI DOTS.....	72
SASARAN KESELAMATAN PASIEN	73

PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA.....	76
PELAYANAN GERIATRI	78

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD
KABUPATEN TEMANGGUNG
NOMOR : 445 / 519
TANGGAL : 1 Desember 2017

KEBIJAKAN PELAYANAN RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG

No.	JENIS KEBIJAKAN	PELAKSANAAN
1.	2.	3.
1.	PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN	<p>1. Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien</p> <p>2. Indikator mutu :</p> <p>a. Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menilai suatu perubahan. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung sehingga dapat menerapkan langkah-langkah upaya peningkatan mutu di masing-masing unit kerjanya.</p> <p>b. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung mempunyai indikator yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Indikator Mutu Klinis 2) Indikator Mutu Manajemen 3) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien (<i>Patient Safety Goals</i>) 4) Indikator Mutu Nasional <p>c. Pelaporan Indikator Mutu dari masing-masing unit dilaporkan secara rutin setiap bulan kepada Direktur melalui Komite Mutu.</p> <p>d. Pelaporan Indikator Mutu Utama yang terdiri dari Indikator Mutu Klinis, Indikator Mutu Manajemen, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien dari masing-masing unit dilaporkan secara rutin setiap bulan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP).</p> <p>e. Setiap Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan kepada Komite Mutu Keselamatan dan Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dalam waktu 1x24 jam menggunakan form pelaporan insiden keselamatan pasien.</p> <p>f. Indikator Prioritas</p>

		<p>3. Penetapan dan pemilihan Panduan Praktik Klinis (PPK) dan Clinical Pathway (CP)</p> <p>a. Setiap tahun KSM menetapkan dan memilih minimal 5 PPK/CP yang akan dievaluasi.</p> <p>4. <i>Clinical Pathway</i></p> <p>a. Merupakan sebuah rencana yang menyediakan secara detail setiap tahap penting dari pelayanan kesehatan, bagi sebagian besar pasien dengan masalah klinis (diagnosis atau prosedur) tertentu, berikut dengan hasil yang diharapkan.</p> <p>b. Tujuan Implementasi Clinical Pathway adalah untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menstandarisasi proses perawatan klinis 2) Mengurangi resiko yang muncul dalam proses perawatan, sehingga di hasil proses perawatan pasien dengan prinsip : <ul style="list-style-type: none"> - Tepat Pasien - Tepat Diagnosa - Tepat Waktu - Tepat Biaya - Tepat Sumber Daya 3) Menyediakan perawatan bermutu dengan menggunakan praktik-praktik terkini berbasis bukti (<i>Evidence Based Medicine</i>). <p>c. Setiap tahun Rumah Sakit menetapkan setidaknya 5 (lima) area prioritas.</p> <p>5. Rumah Sakit memfasilitasi ketersediaan pelatihan tentang mutu dan keselamatan pasien bagi pimpinan/pengelola dan staf Rumah Sakit.</p>
2.	PELAYANAN INSTALASI	<p>Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Rawat Inap, Rawat Intensif, Rawat High Care Unit (HCU), Laboratorium, Radiologi, dan Hemodialisa dilaksanakan dalam 24 jam. Pelayanan Kamar Operasi dilaksanakan dalam 24 jam, dimana dalam pelayanan kamar operasi terdapat pelayanan operasi elektif dan pelayanan operasi cito/emergensi. Pelayanan Rawat Jalan sesuai dengan jadwal praktik dokter, pelayanan kemoterapi dilaksanakan di rawat jalan, pelayanan rehab medik dilaksanakan di rawat jalan dan rawat inap.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien. 2. Seluruh staf Rumah Sakit harus bekerja

		<p>sesuai dengan standar profesi, pedoman / panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku serta sesuai dengan etika profesi, Kode Etika dan Profesi Rumah Sakit yang berlaku.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Semua petugas instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku. 4. Seluruh staf Rumah Sakit dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD). 5. Rumah Sakit melakukan kredensial dan rekredensial untuk profesi dokter, perawat serta tenaga kesehatan lainnya. 6. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan dan pola kebutuhan. 7. Melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib setiap instalasi melaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali. 8. Setiap instalasi wajib membuat laporan bulanan berisi laporan pelayanan instalasi dan laporan evaluasi kerja. 9. Peralatan di Instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku untuk menjamin semua sediaan farmasi tetap dalam kondisi yang baik.
3.	PELAYANAN GAWAT DARURAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Gawat Darurat buka 24 jam terus menerus, 7 hari seminggu terbagi dalam 3 shift. 2. Pelayanan Gawat Darurat dipimpin oleh sekurang-kurangnya dokter umum yang memiliki sertifikat ATLS/ACLS yang masih berlaku dan dibantu oleh seorang kepala ruang keperawatan yang memiliki sertifikat PPGD yang masih berlaku. 3. Pelayanan gawat darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung merupakan pelayanan gawat darurat level III. 4. Pelayanan gawat darurat tanpa membayar uang muka. 5. Dalam memberikan pelayanan harus selalu menghormati dan melindungi hak-hak pasien. 6. Selain menangani kasus "<i>true emergency</i>" IGD juga menangani kasus "<i>false emergency</i>" yang pelayanannya berdasarkan tingkat kegawatan pasien dan bukan berdasarkan

		<p>urut kedatangan pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pada pasien “<i>death on arrival</i>” (DOA) tidak melakukan resusitasi kecuali atas permintaan keluarga dan harus diberi nomor Rekam Medis. 8. Karena tidak tersedianya ruang transit khusus jenazah, pemindahan pasien meninggal di IGD dan pasien DOA ke kamar jenazah dilakukan kurang dari 2 jam post mortem. 9. Instalasi Gawat Darurat juga melayani kasus persalinan normal terutama pasien dalam persalinan pembukaan lengkap yang dilakukan di ruang PONEK atau ketika bangsal VK dalam kondisi penuh. 10. Instalasi Gawat Darurat melayani tindakan operasi cito seluruhnya kasus kegawatan Obstetri / PONEK di ruang operasi IGD. 11. Persalinan normal di IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD atau bidan jaga IGD yang telah memiliki sertifikat APN. 12. Pasien-pasien yang terindikasi menular maupun infeksius dapat diterima di IGD dan ditempatkan secara terpisah dari pasien lainnya (diruang khusus). 13. Dokter umum yang bertugas di IGD harus memiliki sertifikat PPGD / BLS / ATLS / ACLS yang masih berlaku. 14. Pada setiap shift jaga, semua perawat yang bertugas harus memiliki sertifikat PPGD yang masih berlaku sebagai penanggung jawab shift. 15. Obat dan alat kesehatan sesuai standar yang berlaku harus selalu tersedia. 16. Setiap pasien yang datang ke IGD dilakukan skrining / triage untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien. 17. Triage di IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD atau perawat IGD. 18. Setiap pasien yang memerlukan pemeriksaan diagnostic / terapi / specimen dan tindakan medis yang tidak tersedia di Rumah Sakit dapat dilakukan rujukan ke Rumah Sakit lain termasuk juga bagi pasien yang memerlukan rujukan rawat inap yang diindikasikan karena penyakitnya. 19. Setiap petugas / staf IGD wajib mengikuti pelatihan yang sudah diprogramkan. 20. Setiap tindakan medis yang mempunyai
--	--	--

		<p>risiko tinggi harus mendapat persetujuan tertulis dari pasien atau keluarganya / penanggung jawabnya, kecuali pada kondisi gawat darurat yang mengancam kehidupannya.</p> <p>21. Bila terjadi bencana, baik yang terjadi di dalam atau di luar Rumah Sakit, IGD siap untuk melakukan penanggulangan bencana.</p>
4.	PELAYANAN REKAM MEDIS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap pasien RSUD Kabupaten Temanggung hanya memiliki satu nomor rekam medik (<i>Unit Numbering System</i>), baik pelayanan rawat jalan, rawat inap, gawat darurat maupun pelayanan penunjang lainnya. 2. Bank nomor rekam medis diterbitkan terpusat dan terintegrasi dari Instalasi Rekam Medis untuk seluruh pelayanan di RSUD Temanggung melalui SIM RS. 3. Nomor rekam medis pasien meninggal dan nomor rekam medis yang sudah non aktif tidak diterbitkan/diberikan lagi untuk pasien lain. 4. Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan medis, penunjang medis harus terdaftar di pendaftaran pasien. 5. Acuan pendaftaran menggunakan eKTP atau identitas lainnya (SIM / Kartu Keluarga) 6. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib disertakan pada dokumen rekam medis yang ditetapkan. 7. Setiap pasien yang akan mendapat pelayanan rawat inap, tindakan medis dan pasien gawat darurat dicetak/diberikan gelang identitas. 8. Setiap praktisi kesehatan mengkomunikasikan informasi pasien antar praktisi kesehatan lainnya secara berkelanjutan meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. Status kesehatan pasien. b. Ringkasan dari asuhan yang telah diberikan. c. Termasuk perkembangan pasien. 9. Isi dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Kabupaten Temanggung memuat : <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas pasien b. Tanggal dan waktu c. Hasil anamnesa (sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit) d. Diagnosis e. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien

		<ul style="list-style-type: none"> f. Persetujuan tindakan bila diperlukan g. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien <p>10. Isi Dokumen Rekam Medis Pasien rawat Inap di RSUD Kabupaten Temanggung memuat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas pasien b. Tanggal dan waktu c. Hasil anamnesa (sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit) d. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis e. Diagnose f. Rencana Penatalaksanaan g. Pengobatan/tindakan h. Persetujuan tindakan bila diperlukan i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan j. Ringkasan pulang (Resume) k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kepada pasien l. Pelayanan lain yang diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu <p>11. Isi dokumen Rekam Medis Gawat Darurat di RSUD Kabupaten Temanggung memuat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas pasien b. Kondisi saat pasien tiba di rumah sakit c. Identitas pengantar pasien d. Tanggal dan waktu e. Hasil anamnesa (keluhan dan riwayat pasien) f. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis g. Diagnose h. Pengobatan/tindakan i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan Instalasi Gawat Darurat dan rencana tindak lanjut <p>12. Yang berwenang mengisi dokumen rekam medis di RSUD Kabupaten Temanggung adalah sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter, dokter gigi, dokter spesialis yang melayani pasien di RSUD Kabupaten Temanggung . b. Dokter tamu yang merawat pasien di RSUD Kabupaten Temanggung. c. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terlibat dalam pelayanan pasien diantaranya perawat, perawat gigi, bidan,
--	--	--

		<p>tenaga laboratorium klinis, gizi, anastesi, penata rongent, fisioterapis, Apoteker, perekam medis.</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bertanggung jawab atas kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis 14. Semua Profesi Pemberi Asuhan (PPA) yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh hasil pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dengan dilengkapi tanggal, Jam, tanda tangan / paraf dan identitas dalam waktu 1x 24 jam setelah pelayanan. 15. Dalam terjadinya kesalahan penulisan pada dokumen rekam medis dapat dilakukan pembetulan dengan mencoret tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan diberi paraf korektor dan tanggal koreksi 16. Dokumen rekam medis yang telah dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis belum lengkap wajib dilengkapi oleh profesi pemberi asuhan yang bersangkutan. 17. Kepala ruang bertanggung jawab terhadap pengembalian dokumen rekam medis dalam waktu pelayanan rawat inap tidak lebih dari 1 x 24 jam, rawat jalan 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan 18. Dokumen rekam medis yang kembali dari ruang rawat inap akan dilakukan analisa setiap hari terhadap ketidakkelengkapan , analisis ketidakketepatan pengembalian dan analisis ketidakketerbacaan penulisan diagnose di Resume. 19. Angka Kelengkapan pengisian dokumen rekam medis maksimal adalah 100% 20. Angka ketepatan pengembalian dokumen rekam medis maksimal 100% 21. Angka keterbacaan diagnose dokter di form resume maksimal 80%. 22. Hasil analisis dokumen rekam medis akan dibawa ke rapat Komite Rekam medis setiap 3 bulan sekali. 23. Analisa kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien yang masih dirawat hanya dilakukan pada form Asesmen Medis Pasien Rawat Inap. 24. Analisa kelengkapan pengisian form Asesment medis pasien dilakukan setiap hari oleh tim
--	--	---

		<p>imut diruang rawat inap.</p> <p>25. Dokumen rekam medis tidak boleh dipinjam oleh siapapun kecuali petugas yang berwenang serta tidak boleh dibawa pulang kecuali salinan rekam medis atas ijin tertulis dari direktur RSUD Kabupaten Temanggung.</p> <p>26. Rumah sakit mengatur akses terhadap informasi sesuai dengan jabatan dan kewenangan setiap petugas.</p> <p>27. Hak akses terhadap informasi rekam medis pasien dapat diberikan kepada :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dan atau orang yang telah diberikan wewenang oleh pasien untuk mengetahui informasi mengenai rekam medis pasien. b. Semua PPA yang turut memberikan asuhan pelayanan kepada pasien. Hak akses ini hanya terbatas pada pasien yang pernah diberikan pelayanan oleh petugas tersebut. c. Residen dan mahasiswa tenga kesehatan yang melakukan praktek di RSUD Kabupaten Temanggung setelah disumpah simpan rahasia rekam medis, memiliki hak akses terhadap rekam medis dengan seijin pasien. d. Aparatur penegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas perintah pengadilan sesuai dengan perundangan yang berlaku e. Institusi atau lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan (BPJS) hanya dalam bentuk copy resume dan pemeriksaan penunjang medis. <p>28. Informasi tentang identitas, diagnose, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk kepentingan kesehatan pasien; b. Memenuhi permintaan aparaturnegak hukum dalam rangka penegakan hukum atas permintaan pengadilan; c. Permintaan dan/atau persetujuan pasien sendiri d. Permintaan institusi/lembaga berdasarkan ketentuan perundang-undangan ; e. Untuk kepentingan penelitian, pendidikan, dan audit medis, sepanjang tidak menyebutkan identitas pasien
--	--	--

		<p>29. Setiap pasien yang keluar rawat inap dibuatkan ringkasan perawatan pasien (Resume)</p> <p>30. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan resume atau ringkasan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan yang telah diberikan (dalam bentuk foto copy)</p> <p>31. Setiap pasien berhak mengakses terhadap informasi kesehatan dirinya sendiri salah satunya hak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya.</p> <p>32. Pemberian informasi data medis pasien hanya diberikan kepada pasien sendiri, orang / badan yang mendapat kuasa dari pasien</p> <p>33. Permintaan Dokumen rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan dan memperoleh persetujuan atau ijin dari Direktur.</p> <p>34. Orang / badan yang mendapat surat kuasa harus menunjukkan identitas yang sah, sebelum diijinkan meneliti / melihat isi rekam medis sepengetahuan Direktur</p> <p>35. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien dengan izin tertulis pasien.</p> <p>36. Hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ruang penyimpanan berkas rekam medis dan pada pintu masuk ruang filing diberi tanda peringatan “Selain Petugas Dilarang Masuk”.</p> <p>37. Pintu ruang filing menggunakan pemindai kunci pintu otomatis (<i>door lock scanner</i>).</p> <p>38. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk pihak ketiga tanpa izin tertulis dari pasien;</p> <p>39. Selama dokumen rekam medis berada di ruang rawat inap, rawat jalan, gawat darurat maka keamanan dan kerahasiaan berkas rekam medis tersebut merupakan tanggung jawab kepala ruang tersebut;</p> <p>40. Dokumen rekam medis yang masih ada diruang rawat inap harus disimpan pada tempat khusus dan terkunci;</p> <p>41. Data informasi kesehatan elektronik hanya dapat diakses oleh orang yang berhak dengan pemberian username dan password di</p>
--	--	---

		<p>masing-masing petugas.</p> <p>42. Informasi kesehatan elektronik di RSUD Kabupaten Temanggung dijamin keamanan dan kerahasiaannya dalam tempat server didalam rumah sakit dan salinan (bacup).</p> <p>43. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat disimpan secara sentralisasi di bagian penyimpanan rekam medis.</p> <p>44. Sistem penjajaran dokumen rekam medis menggunakan Terminal Digit Filing yaitu dengan mensejajarkan dan mengurutkan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir</p> <p>45. Dalam pelayanan rekam medis tidak semua orang bisa mengakses dokumen rekam medis karena bersifat rahasia (Confidential)</p> <p>46. Petugas rekam medis bertanggung jawab terhadap penyimpanan dokumen rekam medis baik yang masih aktif maupun yang inaktif</p> <p>47. Penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan inaktif tersimpan terpisah.</p> <p>48. Petugas rekam medis bertanggung jawab atas pendistribusian dokumen rekam medis, sedangkan pengembalian oleh instalasi terkait.</p> <p>49. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan;</p> <p>50. Setelah batas waktu 5 tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis</p> <p>51. Ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medis harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun dihitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut.</p> <p>52. Pemusnahan dokumen rekam medis in aktif dilakukan oleh Panitia yang dibentuk oleh direktur RSUD Kabupaten Temanggung (tidak dilakukan oleh Instalasi Rekam medis sendiri) dan bekerjasama dengan pihak ke 3 (tiga).</p> <p>53. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab terhadap koding dari diagnosis dan tindakan pasien baik pasien rawat jalan, gawat darurat, rawat inap dan pemeriksaan penunjang.</p>
--	--	--

		<p>54. Ketentuan untuk kode diagnosis pasien menggunakan ICD 10 (<i>Internasional Classification of Disease revision 10</i>), untuk kode tindakan menggunakan ICD 9 CM (<i>Internasional Classification of Disease revision 9 Clinical Medikine</i>)</p> <p>55. Dalam menulis dan mencatat pada dokumen rekam medis jika menggunakan singkatan, definisi atau simbol harus sesuai dengan buku singkatan yang boleh digunakan atau tidak boleh digunakan</p> <p>56. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan internal maupun eksternal RSUD Kabupaten Temanggung.</p> <p>57. Instalasi rekam medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan</p>
5.	SKRINNING DAN TRIASE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Skrinning dilakukan pada kontak pertama dilakukan di dalam dan diluar Rumah Sakit untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani atau tidak dapat dilayani 2. Skrining didalam Rumah Sakit dilaksanakan melalui kriteria visual atau pengamatan, triase, pemeriksaan fisik, psikologis, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya 3. Skrining diluar Rumah Sakit dilaksanakan melalui telephon atau petugas datang secara langsung ke tempat kejadian diluar Rumah Sakit dengan cara identifikasi informasi, analisis informasi dan rekomendasi apakah bisa dilayani atau tidak bisa dilayani di Rumah Sakit 4. Kebutuhan darurat, mendesak atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi
6.	PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan yang seragam <ol style="list-style-type: none"> a. Asuhan pasien dan pengobatan diberikan oleh praktisi yang kompeten dan memadai, tidak tergantung waktu tertentu (3 shift, 24 jam dan 7 hari). b. Rumah sakit dalam menyelenggarakan pelayanan menerapkan prinsip nondiskriminatif yaitu pelayanan yang seragam tanpa membedakan antara sosial ekonomi, budaya, agama, dan waktu pelayanan.

		<ul style="list-style-type: none"> c. Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien sama di seluruh rumah sakit seperti pelayanan anestesi, bedah dan lainnya. d. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat di seluruh Rumah Sakit. e. Penentuan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien berdasarkan atas ketepatan mengenali kondisi pasien, sesuai dengan regulasi dan form dalam bidang klinis, dengan metode assesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), assessment awal/ulang. <p>2. Asuhan Pasien</p> <p>Asuhan pasien meliputi pelayanan kedokteran dan keperawatan yang di berikan mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK), SPM dan SPO sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>3. Pelayanan Kasus Emergensi</p> <p>Pelayanan kasus emergensi diidentifikasi dan dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten di Instalasi Gawat Darurat. Apabila kedaruratan di bangsal, dokter (DPJP) berkewajiban memantau dan bisa hadir sesuai kebutuhan pasien tidak terkecuali dokter tamu.</p> <p>4. Asuhan Pasien diberikan dengan mengintegrasikan dan mengkoordinasikan asuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan b. Asuhan kepada pasien direncanakan dan ditulis di rekam medis yaitu pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) c. Asuhan pada Pasien di ruang ICU (<i>Intensif Care Unit</i>), NICU/PICU (<i>Neonatal Intensive Care Unit/ Pediatric Intensive Care Unit</i>) dan HCU (<i>High Care Unit</i>) direncanakan dan di tulis di lembar monitoring 24 jam. d. Asuhan untuk pasien direncanakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang
--	--	--

		<p>meliputi dokter, perawat, bidan, nutrisisionis klinis, farmasi klinis, psikolog dan terapis.</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Penulisan PPA dalam lembar CPPT menggunakan pola SOAP, khusus untuk gizi menggunakan pola ADIME. f. Asuhan untuk pasien direncanakan oleh dokter, perawat, dan/ atau bidan dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap. g. Asuhan untuk setiap pasien yang direncanakan oleh PPA kecuali dokter, perawat dan/ atau tidak dilakukan dalam kurun waktu 24 jam kecuali dimana pasien membutuhkan pelayanan dari PPA yang dibutuhkan. h. Rencana asuhan pasien bersifat individual dan berdasarkan data assesment awal pasien. i. Rencana asuhan dicatat dalam CPPT di rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur. j. Kemajuan tercatat atau direvisi sesuai dengan kebutuhan, berdasarkan hasil evaluasi PPA. k. Rencana asuhan untuk setiap pasien di review dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya. l. Asuhan yang diberikan kepada setiap pasien dicatat pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di Rekam Medis oleh PPA. <p>5. Mereka yang diijinkan memberikan perintah / order menuliskan perintah ini dalam rekam medis pasien di lokasi yang seragam</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perintah / order harus tertulis dan mengikuti pedoman rekam medis Rumah Sakit. b. Permintaan pemeriksaan diagnostic imaging dan laboratorium klinis harus disertai indikasi klinis / rasional apabila memerlukan ekspertise. c. Permintaan tindakan klinik dan diagnostic dituliskan dalam berkas rekam medis disertai indikasi klinik dilakukannya tindakan serta diberi tanda tangan dan nama staf yang meminta. d. Mereka yang diijinkan menuliskan perintah / instruksi adalah PPA yang terdiri dari dokter, perawat dan/ atau
--	--	--

		<p>bidan, nutrisionis klinis, farmasi klinis, psikolog, dan terapis yang sesuai dengan pedoman rekam medis Rumah Sakit.</p> <p>e. Penulisan perintah / order di tuliskan dalam berkas rekam medis</p> <p>f. Hasil tindakan dicatat dalam rekam medis pasien</p> <p>6. Pasien dan keluarga diberitahu mengenai hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak diharapkan</p> <p>7. Pelayanan Pasien Resiko Tinggi</p> <p>Asuhan Pasien Risiko Tinggi dan pemberian pelayanan risiko tinggi di berikan berdasarkan panduan praktik klinis dan peraturan perundang-undangan</p> <p>a. Deteksi Perubahan Kondisi Pasien dengan <i>Early Warning Sistem (EWS)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi perubahan kondisi pasien memburuk di lakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2) Tenaga medis mendapat pelatihan <p>b. Pemberian Pelayanan Resusitasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Resusitasi dapat dilakukan seluruh Unit Rumah Sakit yang tersedia selama 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu. 2) Karyawan yang bertugas di semua Unit Rumah Sakit dilatih untuk dapat melakukan resusitasi dasar 3) Resusitasi lanjut dilakukan oleh tim resusitasi yang terlatih dengan nama "Tim Kode Blue" dengan membawa alat-alat dan obat resusitasi yang diperlukan. <p>c. Penanganan dan pemberian produk darah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Setiap penggunaan dan pemberian produk darah harus berdasarkan atas permintaan dokter 2) Pelayanan darah dan produk darah harus diberikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan meliputi pemberian informed consent, pengadaan darah, identifikasi pasien, pemberian darah, monitoring pasien, dan identifikasi serta respon reaksi tranfusi. 3) Darah dan/ atau produk darah yang diberikan kepada pasien harus dijamin bebas dari mikroorganisme /
--	--	---

		<p>virus yang dapat ditularkan melalui transfusi darah atau produk darah.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Sebelum melakukan pemberian darah dan/ atau produk darah (<i>transfuse</i>) pasien harus melakukan serangkaian pemeriksaan kelayakan 5) Pada pelaksanaan pemberian darah atau produk darah harus dilakukan secara aman dan meminimalkan resiko transfuse 6) Pemberian darah dan produk darah harus di catat dalam CPPT dan dimonitor dalam form pengelolaan pasien transfuse darah. <p>d. Pelayanan Pasien Koma dan Yang Menggunakan Alat Bantu Hidup Dasar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi pasien koma dan yang menggunakan ventilator dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2) Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut. <p>e. Asuhan Pasien dengan penyakit menular dan penurunan daya tahan (<i>Immuno-supressed</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan penyakit menular untuk menghindari penularan terhadap pasien lain dan petugas 2) Identifikasi kebutuhan asuhan pasien penurunan daya tahan untuk meminimalkan potensi penularan dari lingkungan dan pasien lainnya 3) Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut. <p>f. Asuhan Pasien Dialisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan dialysis 2) Proses pelayanan dialysis dimonitor dan didokumentasikan dalam rekam medis 3) Pasien dialysis dengan Comorbid disertai dengan persetujuan ulang 4) Pelayanan dialysis dilakukan oleh
--	--	--

		<p>tenaga medis yang kompeten dan telah mendapatkan pelatihan dialysis</p> <p>5) Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut.</p> <p>g. Mengarahkan pasien resiko tinggi dengan restrain dan seklusi terhadap pasien</p> <p>1) Identifikasi penggunaan alat penghalang restrain dan seklusi dilakukan pada pasien yang tidak mengerti asuhan yang di berikan, seperti pasien anak, geriatric, pasien jiwa gaduh gelisah, dan kesadaran menurun.</p> <p>2) Asuhan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien</p> <p>h. Asuhan pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko disiksa serta pasien risiko tinggi lainnya seperti pasien yang berisiko bunuh diri</p> <p>1) Identifikasi pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko disiksa serta pasien risiko tinggi lainnya seperti pasien yang berisiko bunuh diri</p> <p>2) Pelayanan pasien usia lanjut melibatkan multidisiplin ilmu dan tersedia dalam suatu tim asuhan</p> <p>i. Asuhan Pasien Kemoterapi</p> <p>1) Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan kemoterapi</p> <p>2) Proses pelayanan kemoterapi dimonitor dan didokumentasikan dalam rekam medis</p> <p>3) Pasien kemoterapi dengan Comorbid disertai dengan persetujuan khusus</p> <p>4) Pelayanan kemoterapi dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten dan telah mendapatkan pelatihan kemoterapi</p> <p>5) Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut</p> <p>8. Pelayanan Pasien Tahap Terminal</p> <p>a. Mendukung hak pasien untuk</p>
--	--	---

		<p>mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupan</p> <p>b. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarah semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan</p> <p>c. Semua staf menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupan yaitu meliputi pengobatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respon terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama, budaya pasien dan keluarganya serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan</p> <p>9. Kebijakan Pelayanan Instalasi Gizi</p> <p>a. Kegiatan pelayanan gizi meliputi 4 (empat) kegiatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelayanan Penyelenggaraan makan pasien 2) Asuhan Gizi rawat inap dan rawat jalan 3) Konsultasi Gizi 4) Penelitian dan pengembangan gizi <p>b. Instalasi Gizi menyediakan makanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan tersedia secara reguler, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) VIP, Eksekutif, VVIP dan Presiden Suit 3x makan, 2x buah, 2x susu, 1x teh, 2x snack dan 1x extra minum 2) Utama 3x makan, 2x buah, 1x susu, 1x teh, 2x snack dan 1x extra minum 3) Kelas I 3x makan, 2x buah, 1x susu, 1x the dan 1x snack / 1x extra minum 4) Kelas II 3x makan, 2x buah dan 1x teh 5) Kelas III 3x makan, 1x buah dan 1x teh <p>c. Sebelum memberikan makanan kepada pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat, dengan tahapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter DPJP menuliskan diet awal pasien baru di lembar CPPT, apabila dokter belum menuliskan maka perawat / nutrisisionis dapat menentukan diet awal 2) Perawat menuliskan diet awal pasien
--	--	---

		<p>baru di buku fooding yang di tinggal diruang perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Pramusaji menyalin diet pasien ke lembar daftar permintaan makan pasien, yang kemudian diserahkan ke instalasi gizi <ol style="list-style-type: none"> d. Pemesanan makanan pasien di dasarkan status gizi dan kebutuhan pasien e. Siklus menu yang berlaku di Instalasi Gizi adalah siklus menu 10 hari untuk makan utama, snack dan extra minum pasien f. Melaksanakan variasi menu bagi pasien yang di rawat di ruang VIP – Presiden Suit tanpa diet khusus (diet biasa) untuk menu makan siang. g. Keluarga tidak di perbolehkan menyediakan makanan dari luar rumah sakit untuk di berikan kepada pasien h. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi resiko kontaminasi dan pembusukan mulai dari penerimaan bahan makanan, persiapan dan pengolahan makanan i. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan j. Dibedakan atas penyimpanan bahan makanan basah dan penyimpanan bahan makanan kering k. Produk makanan enteral disimpan sesuai dengan rekomendasi pabrik l. Distribusi makanan dilakukan dengan tepat waktu dan memenuhi permintaan khusus m. Praktek pelaksanaan pelayanan makanan pasien seuai dengan pedoman PGRS (Pelayanan Gizi Rumah Sakit) yang berlaku n. Pasien dengan risiko nutrisi mendapatkan terapi nutrisi <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien baru di skrining awal nutrisi oleh perawat 2) Apabila hasinya pasien berisiko malnutrisi, maka perawat akan menuliskan di lembar CPPT untuk di verifikasi dokter DPJP 3) Setelah dokter member perintah asuhan, maka nutrisisionis melakukan asuhan gizi kepada pasien maksimal
--	--	---

		<p style="text-align: center;">2x24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> o. Pasien yang tidak berisiko nutrisi diasesment ulang gizi 4x24 jam oleh perawat p. Asuhan gizi yang dilakukan tercatat dalam CPPT dengan format ADIME q. Proses asuhan gizi meliputi : <ul style="list-style-type: none"> 1) Assesmen pasien 2) Diagnosa Gizi 3) Intervensi 4) Monitoring 5) Evaluasi <p style="margin-left: 40px;">Evaluasi dilakukan hari ke 3 dan dicatat dalam CPPT dengan format ADIME</p> r. Pelaksanaan asuhan gizi di rawat jalan dan rawat inap adalah ahli gizi lulusan D3/ D4/ S1 dan memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) sebagai ahli Gizi dan SIK (Surat Ijin Kerja) <p>10. Manajemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan assesmen apabila ada rasa nyerinya b. Pasien dibantu dalam pengelolaan nyeri secara efektif c. Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai pedoman dan protocol d. Komunikasi dan mendidik pasien dan keluarga tentang pengelolaan nyeri dan gejala dalam konteks pribadi, budaya dan kepercayaan agama masing-masing. <p>11. Rehabilitasi Narkoba</p> <p>Dalam pelaksanaan rehabilitasi narkoba diberlakukan :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Rehabilitasi narkoba atas kunjungan sendiri tidak dipaksa dengan dilakukan konseling terlebih dahulu. 2. Pelaksana rehabilitasi diawali dengan assesmen dengan beberapa pemeriksaan medis. 3. Pelayanan rehabilitasi narkoba untuk rawat jalan, sedangkan rawat inap dirujuk. 4. Evaluasi dilakukan, layanannya dengan survei kepuasan pelanggan, konselor, dan peserta rehab. 5. Rehabilitasi dihentikan apabila ada pelanggaran.
--	--	---

		6. Dilakukan edukasi keluarga secara frekuensi.
7.	PELAYANAN LABORATORIUM	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada pelayanan instalasi Laboratorium sebagai unit pelayanan penunjang diagnostik yang terintegrasi di RSUD Kabupaten Temanggung yang didalamnya membawahi pelayanan : Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Bank Darah Rumah Sakit dan POCT yang memenuhi standar nasional. 2. Pelayanan pemeriksaan laboratorium klinik dilakukan selama 24 jam termasuk di dalamnya pelayanan laboratorium untuk kegawat daruratan medik. 3. Pelayanan laboratorium diluar Rumah Sakit (laboratorium mitra) dipilih berdasarkan reputasi yang baik dan yang memenuhi undang-undang dan peraturan. 4. Pelayanan pemeriksaan rujukan harus ada MOU antara Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dengan Laboratorium rujukan yang memiliki rekam jejak yang baik dan pasien diberikan informasi apabila menggunakan pelayanan laboratorium rujukan 5. Program keamanan dan keselamatan kerja di labortorium yang meliputi penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya, ketersediaan peralatan keamanan, pengenalan bagi semua staff laboratorium untuk prosedur-prosedur baru dan pengenalan bahan berbahaya, pelaporan di lakukan secara berkala 6. Pelayanan pemeriksaan laboratorium klinik dilakukan oleh staff yang benar-benar kompeten dan berpengalaman melaksanakan tes, berkompeten dalam melaksanakan interprestasi hasil tes. Adanya staff berpengalaman yang ditunjuk sebagai supervisi yang bertugas untuk mengarahkan dan mengawasi pelayanan di laboratorium 7. Hasil pemeriksaan laboratorium selesai dalam kerangka waktu berdasarkan kebutuhan pasien, pelayanan yang ditawarkan dan kebutuhan staff klinis yang ditetapkan berdasarkan waktu tunggu pemeriksaan laboratorium klinik, waktu tunggu pemeriksaan di mulai dari order pemeriksaan sampai dengan validasi hasil, ada perbedaan waktu tunggu dan pelaporan antara pemeriksaan biasa dan pemeriksaan

		<p>kegawatdaruratan atau CITO.</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pelaporan hasil tes diagnostik yang kritis merupakan pokok persoalan keselamatan pasien dikembangkan dalam suatu sistem pelaporan formal dan terdokumentasikan 9. Pelaksanaan program pengelolaan peralatan laboratorium yang meliputi seleksi dan pengadaan peralatan laboratorium, identifikasi dan inventarisasi peralatan, asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, tes, kalibrasi dan pemeliharaan alat, monitoring dan tindak lanjut didokumentasikan secara adekuat. 10. Pengelolaan ketersediaan reagensia esensial dan bahan lain yang diperlukan sehari-hari dan dievaluasi untuk memastikan akurasi dan presisi hasil. 11. Penanganan spesimen pemeriksaan laboratorium klinik yang meliputi pemeriksaan; pengambilan dan identifikasi spesimen; Pengiriman, penyimpanan dan pengawetan spesimen; penerimaan, pencatatan dan penelusuran spesimen 12. Penetapan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan dalam interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinik ditetapkan dan di evaluasi setiap tahun. 13. Pelayanan Laboratorium Klinik di pimpin atau diarahkan oleh seorang yang kompeten berdasarkan pelatihan, keahlian dan pengalaman sesuai dengan undang-undang dan peraturan yang berlaku yang bertanggungjawab mengembangkan, menerapkan dan menjaga terlaksananya prosedur, pengawasan administratif, menjaga terlaksananya setiap program kontrol mutu, memberikan rekomendasi pelayanan kepada laboratorium luar. 14. Sistem kontrol mutu yang baik penting untuk memberikan pelayanan laboratorium klinik yang unggul dan terpercaya meliputi validasi metode tes, surveilen harian atas hasil, langkah koreksi cepat, pengetesan reagensia dan di dokumentasikan dengan baik. 15. Pemantauan hasil kontrol mutu terhadap semua pelayanan oleh laboratorium rujukan dilakukan setiap tahun dan review hasil kontrol mutu tersebut dilakukan oleh staff yang kompeten dan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
--	--	--

		<p>Kabupaten Temanggung</p> <p>16. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menetapkan ahli dalam bidang diagnostik spesialistik.</p>
8.	PELAYANAN RADIOLOGI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan pelayanan radiologi dan diagnostik imaging untuk memenuhi kebutuhan pasien dan memenuhi standar nasional yang mengacu pada KMK 1014/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan. 2. Penetapan pelayanan Radiologi 24 jam termasuk pelayanan Radiologi untuk gawat darurat (cito). 3. Penetapan pelayanan di luar rumah sakit dipilih berdasarkan rekomendasi direktur dan memiliki rekam jejak yang baik serta memenuhi undang-undang dan peraturan. 4. Pelayanan radiologi dan diagnostik imaging dipimpin oleh seseorang yang memenuhi kualifikasi yang memadai yang bertanggungjawab mengembangkan, melaksanakan, mempertahankan prosedur yang telah ditetapkan. Disamping itu bertanggungjawab mempertahankan control mutu dan melaksakannya. 5. Ada MoU dengan pelayanan radiologi di luar Rumah sakit, dan pasien diberi penjelasan tentang hubungan dokter yang merujuk dan pelayanan di luar rumah sakit untuk pelayanan radiologi dan diagnostic imaging. 6. Program keamanan radiasi yang sesuai dengan resiko danantisipasi bahayanya, program tersebut dikoordinasikan dengan program manajemen Rumah Sakit dan harus sesuai dengan standar terkait, undang – undang dan peraturan. 7. Ada penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya. 8. Penunjukan staf radiologi yang berkompeten untuk melakukan pemeriksaan diagnostik dan imaging atau mengarahkan atau mensupervisi. 9. Tersedianya staf radiologi dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien. 10. Rumah sakit menetapkan kerangka waktu pelaporan hasil pemeriksaan radiologi 11. Rumah sakit menetapkan pelaporan hasil pemeriksaan radiologi untuk kasus penting atau cito.

		<p>12. Semua peralatan untuk pemeriksaan Radiologi diperiksa secara teratur, ada upaya pemeliharaan, kalibrasi, dan ada pencatatan terus menerus untuk kegiatan tersebut.</p> <p>13. Ada penetapan film, dan perbekalan lain yang diperlukan untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imaging agar selalu tersedia.</p> <p>14. Pimpinan radiologi bertanggungjawab memberikan rekomendasi untuk pelayanan radiologi dan diagnostic imaging di luar ditetapkan dan dilaksanakan, disamping itu juga bertanggungjawab dalam proses memantau, mereview semua pelayanan radiologi dan diagnostic imaging diluar di tetapkan dan dilaksanakan.</p> <p>15. Pimpinan radiologi bertanggungjawab dalam pengawasan dan pelaksanaan administrasi di radiologi.</p> <p>16. Pimpinan radiologi bertanggungjawab memberikan rekomendasi untuk pelayanan radiologi dan diagnostik imaging di luar rumah sakit.</p> <p>17. Pimpinan radiologi bertanggungjawab memantau dan mereview semua pelayanan radiologi dan diagnostik imaging.</p> <p>18. Ada program control mutu termasuk validasi metode tes, pengawasan harian hasil pemeriksaan, perbaikan bila ditemukan kekurangan,dan pendokumentasian hasil serta langkah perbaikan.</p> <p>19. Ada control mutu dari hasil pemeriksaan radiologi di luar rumah sakit dengan menunjuk staf yang bertanggungjawab mereview hasil dan menindaklanjuti hasilnya serta membuat laporan tahunan.</p>
9.	PELAYANAN KEPERAWATAN	<p>1. Pelayanan keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dan bidan dalam bentuk asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan.</p> <p>2. Dalam memberikan pelayanan keperawatan, perawat dan bidan harus berlandaskan pada Kode Etik Profesi, Standar Profesi, Standar Pelayanan, Standar Prosedur Operasional (SPO), menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.</p> <p>3. Pelayanan keperawatan menjamin adanya asuhan yang bermutu. Pendekatan secara sistematis digunakan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien dengan menggunakan</p>

		proses keperawatan.
10.	TRANSFER / PERPINDAHAN DI DALAM RUMAH SAKIT	Penerimaan atau perpindahan pasien ke dan unit pelayanan intensif atau pelayanan khusus ditentukan dengan kriteria yang telah ditetapkan.
11.	TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT / RUJUKAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rujukan ke Rumah Sakit ditujukan kepada individu secara spesifik, berdasarkan kebutuhan pasien terhadap pelayanan berkelanjutan. 2. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggung jawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi. 3. Penjelasan kepada pasien apabila tidak memungkinkan dirujuk dan kondisi Rumah Sakit yang akan dituju. 4. Proses rujukan dilaksanakan apabila pasien sudah mendapatkan hasil diagnostik yang tepat dan harus berdasarkan pada kebutuhan pasien terhadap pelayanan berkelanjutan. 5. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan Rumah Sakit penerima. 6. Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien. 7. Asesmen dilakukan sebelum dilakukan rujukan internal / external 8. Pasien sebelum dipulangkan dilakukan asesmen.
12.	PENUNDAAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap penundaan pelayanan / pengobatan harus diinformasikan kepada pasien. 2. Batas waktu penundaan : <ol style="list-style-type: none"> a. Karena alasan tempat tidur penuh : <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien IGD <ol style="list-style-type: none"> a) Untuk pasien critical batas waktu sampai 8 jam b) Bila batas waktu 8 jam terlampaui, ruangan masih penuh, pasien dialih rawatkan ke Rumah Sakit lain. c) Bila Rumah Sakit lain untuk alih rawat penuh maka pasien tetap di observasi di IGD, pasien diinformasikan tentang penundaan pelayanan sesuai kemampuan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung 2) Pasien rawat jalan / poliklinik dengan program rawat inap disarankan datang kembali 1x24 jam. b. Waktu tunggu untuk pasien rencana

		<p>operasi elektif dari ruang rawat inap selama 1x24 jam.</p> <p>c. Pemeriksaan dokter spesialis di poli rawat jalan karena melakukan tindakan selama 1 sampai 4 jam.</p> <p>d. Penundaan pelayanan laboratorium akibat kerusakan alat atau alasan lainnya sehingga perlu dilakukan rujukan ke Laboratorium mitra, maksimal 1x24 jam.</p> <p>e. Penundaan pemeriksaan laboratorium harus diberitahukan ke pasien.</p> <p>f. Pemeriksaan penunjang pelayanan radiologi keluar Rumah Sakit selama maksimal 1x24 jam.</p> <p>g. Pemberian tranfusi darah karena tidak tersedianya stok darah di BDRS sampai 7 (tujuh) jam.</p>
13.	PEMBATASAN DAN PEMBATALAN PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap pembatalan dan pembatasan harus diinformasikan kepada pasien. 2. Batas waktu pembatalan dan pembatasan pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> a. Proses pembatalan rawat jalan/ poliklinik/rawat inap maksimal 1x24 jam. b. Pembatasan pelayanan rawat jalan minimal 30 pasien, untuk hari pendek/ jum'at minimal 20 pasien.
14.	HAMBATAN DALAM PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit berusaha mengurangi kendala fisik, budaya dan bahasa serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan 2. Dalam mengatasi kendala tersebut, Rumah Sakit menunjuk penanggung jawab internal Rumah Sakit dan bekerjasama dengan pihak lain di luar Rumah Sakit
15.	PEMULANGAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut, harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan : <ol style="list-style-type: none"> a. Pulang dalam kondisi biasa b. Pulang dengan izin dokter untuk waktu tertentu c. Pulang atas permintaan pasien (APS) d. Pulang karena meninggal. 2. Kriteria pasien boleh pulang atau dirujuk berdasarkan PPK masing-masing profesi medis yang sudah disusun. 3. Lama waktu meninggalkan Rumah Sakit untuk pasien yang pulang dengan izin dokter untuk waktu tertentu ditentukan oleh DPJP/dokter jaga bangsal setelah melihat

		<p>dan menilai kondisi pasien saat itu.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. <i>Discharge planning</i> / rencana pemulangan pasien adalah proses interdisiplin terkoordinasi yang memastikan bahwa semua pasien mempunyai rencana untuk melanjutkan perawatan setelah meninggalkan Rumah Sakit dengan melalui asesmen, diskusi yang melibatkan pasien dan keluarga. 5. Rencana memulangkan atau merujuk pasien (<i>Discharge Planning</i>) diproses sejak awal pasien masuk RS sampai dengan paling lambat 2x24 jam. 6. Pasien melarikan diri adalah pasien yang keluar/pulang dari Rumah Sakit sebelum dokter mengizinkan untuk pulang dan tanpa sepengetahuan dari pihak Rumah Sakit. 7. Rumah Sakit mempunyai prosedur untuk menangani pasien yang meninggalkan Rumah Sakit tanpa ijin/melarikan diri guna menjamin keselamatan pasien
16.	PELAYANAN HOME CARE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam pelaksanaan pelayanan Home Care sebagai tindak lanjut layanan rawat inap dan layanan diluar Rumah Sakit dilaksanakan oleh Tim Home Care. 2. Home Care memberikan pelayanan kesehatan berkesinambungan dan komprehensif yang diberi kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka. 3. Tim Home Care terdiri atas dokter umum, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapis, dan terapis wicara. 4. Pelaksanaan Home Care di jam kerja 1x kunjungan.
17.	RESUME PASIEN PULANG	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resume asuhan pasien dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang dari Rumah Sakit. 2. Salinan resume pasien pulang ditempatkan dalam rekam medis dan sebuah salinan diberikan kepada pasien atau keluarga. 3. Setiap pasien yang keluar rawat inap dibuatkan ringkasan perawatan pasien (Resume). 4. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan resume atau ringkasan riwayat penyakit, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan yang telah diberikan (dalam bentuk foto copy). 5. Resume pasien minimal berisi alasan masuk rawat inap, berisi temuan yang signifikan, diagnosis yang telah ditegakkan (dibuat),

		tindakan yang telah diberikan, obat-obatan atau pengobatan lainnya, dan kondisi pasien saat pulang.
18.	TRANSPORTASI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transportasi milik Rumah Sakit, harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan. 2. Operasional, pengorganisasian tenaga dan prasarana Ambulan Gawat Darurat dijalankan dibawah koordinasi kepala Instalasi Gawat Darurat. 3. Alat medis dan obat habis pakai pendukung ambulan di simpan di IGD dan di kelola oleh tim Ambulan
19.	SUMMARY LIST	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adalah daftar resume perkembangan pasien terkini 6 bulan terakhir terhitung sejak berobat di poliklinik Rawat Jalan. 2. Summary list diisi oleh DPJP atau perawat setelah ditegakkan diagnosa pertama. 3. Summary list diisi ketika terjadi perubahan diagnosa dan perubahan terapi konservatif, invasif maupun pembedahan.
20.	HAK PASIEN DAN KELUARGA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit. 2. Pasien berhak memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien. 3. Pasien berhak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi. 4. Pasien berhak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai sengan standar profesi dan standar prosedur operasional. 5. Pasien berhak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi. 6. Pasien berhak mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan. 7. Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit mulai pasien masuk Rumah Sakit. 8. Pasien berhak meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun di luar Rumah Sakit. 9. Pasien berhak mendapat privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data – data medisnya.

		<p>10. Pasien berhak mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.</p> <p>11. Pasien berhak memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.</p> <p>12. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.</p> <p>13. Pasien berhak menjalankan ibadah sesuai agama / kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.</p> <p>14. Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.</p> <p>15. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perilaku Rumah Sakit terhadap dirinya.</p> <p>16. Pasien berhak menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.</p> <p>17. Pasien berhak menggugat dan/ atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.</p> <p>18. Pasien berhak mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.</p>
21.	PENOLAKAN PELAYANAN DAN PENGOBATAN	<p>1. Rumah Sakit memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.</p> <p>2. Rumah Sakit mengobati pasien dan keluarganya tentang keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar (<i>Do Not Resuscitate</i>).</p>
22.	ASESMEN PASIEN	<p>1. Asesmen pasien adalah tahapan dari proses dimana PPA (Profesional Pemberi asuhan) diantaranya : dokter, perawat, bidan, ahli gizi, apoteker, fisioterapis mengevaluasi data pasien baik subyektif maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait :</p> <p>a. Status kesehatan pasien</p>

		<p>b. Analisa masalah c. Rencana kebutuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Asesmen awal setiap pasien dilakukan evaluasi meliputi faktor fisik, bio psikologis, sosial dan ekonomi, kultural dan spiritual termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan. Asesmen awal ini dilakukan untuk memahami pelayanan apa yang dicari pasien, menetapkan diagnosis awal dan memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya. 3. Asesmen pasien meliputi asesmen medis, asesmen keperawatan, dan staf disiplin lainnya dengan sumber daya manusia yang sudah memiliki surat tanda registrasi, sip sesuai profesi masing-masing dan dibuktikan dengan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis. 4. Asesmen yang dilakukan di rumah sakit dicatat dalam status pasien yng meliputi status rawat jalan atau rawat darurat dan status rawat inap. Khusus status rawat inap rumah sakit membagi dalam status pasien bayi baru lahir, anak, dewasa/lansia, kebidanan, dan intensive care. 5. Setiap pasien sebelum diberikan pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Jalan RSUD Kab. Temanggung dilakukan asesmen awal rawat jalan dengan isi minimal yang sudah ditetapkan sebagai berikut : status fisik, riwayat psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional (<i>Activity Daily Living</i>), risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>). Dari hasil asesmen awal rawat jalan, dokter penanggung jawab melakukan verifikasi hasil asesmen dibuktikan dengan membubuhkan nama terang dan tanda tangan. 6. Pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan dengan penyakit akut/non kronis diperbaharui setelah 1 (satu) bulan. Sedangkan pelaksanaan asesmen awal pasien rawat jalan dengan penyakit kronis diperbaharui setelah 3 bulan. 7. Setiap pasien sebelum diberikan pelayanan kesehatan di rawat inap RSUD Kab. Temanggung dilakukan asesmen awal rawat inap medis maupun keperawatan dengan isi
--	--	---

		<p>minimal sebagai berikut : status fisik, riwayat psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional (<i>Activity Daily Living</i>), risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>). Dari hasil asesmen awal rawat inap, dokter penanggung jawab melakukan verifikasi hasil asesmen dibuktikan dengan membubuhkan nama terang dan tanda tangan.</p> <p>8. Setiap pasien sebelum diberikan pelayanan kesehatan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Kab. Temanggung dilakukan asesmen awal gawat darurat dengan isi minimal yang sudah ditetapkan sebagai berikut : status fisik, riwayat psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, asesmen nyeri, risiko jatuh, asesmen fungsional (<i>Activity Daily Living</i>), risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>). Dari hasil asesmen awal IGD, dokter penanggung jawab melakukan verifikasi hasil asesmen dibuktikan dengan membubuhkan nama terang dan tanda tangan.</p> <p>9. Setiap pasien sebelum menjalani rawat inap, pada saat datang ke Instalasi Rawat Jalan harus dilakukan skrining dan asesmen awal rawat jalan medis dan keperawatan. Setiap pasien sebelum menjalani rawat inap, pada saat datang di Instalasi Gawat Darurat harus segera dilakukan triase dan asesmen awal gawat darurat medis dan keperawatan.</p> <p>10. Kerangka waktu penyelesaian asesmen pasien tergantung dari jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien : asesmen awal pasien oleh medis dan keperawatan di unit rawat jalan dan instalasi gawat darurat dilakukan dalam waktu 15 sampai dengan 30 menit atau sesuai dengan kondisi pasien. Asesmen awal rawat inap harus dilakukan dalam waktu 1x24 jam. Pada hari libur DPJP dapat mendelegasikan kepada Dokter umum untuk melakukan asesmen awal secara mandat.</p> <p>11. Setiap pasien yang berasal dari praktek dokter atau diluar rumah sakit masih diberlakukan asesmen awal yang berasal dari rujukan sebelumnya bila kurang dari 30 hari, tetapi bila lebih dari 30 hari maka harus</p>
--	--	---

		<p>dilakukan asesmen awal. Khusus pasien yang kondisinya berubah secara signifikan walaupun kurang dari 30 hari harus dilakukan asesmen awal dan dicatat dalam rekam medis.</p> <p>12. Temuan dari semua asesmen yang berasal dari luar rumah sakit misal : surat rujukan, hasil penunjang disertakan saat pasien masuk rumah sakit. Bila membawa hasil penunjang kurang dari 30hari bisa digunakan untuk dasar asesmen awal kecuali pasien dengan perubahan kondisi yang signifikan. Hasil temuan dari luar rumah sakit di verifikasi oleh DPJP.</p> <p>13. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan skrining gizi oleh perawat. Jika ditemukan adanya risiko nutrisi pada hasil asesmen pasien, ditulis di CPPT untuk diverifikasi DPJP dan dikonsultasikan. Selanjutnya dilakukan asuhan gizi oleh staf yang kompeten.</p> <p>14. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dengan skala <i>Barthel Indeks</i>. Jika ditemukan adanya risiko fungsional di verifikasi oleh DPJP selanjutnya dilakukan asuhan fungsional oleh staf yang kompeten.</p> <p>15. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan skrining risiko jatuh oleh perawat, <i>Get Up and Go</i> serta observasi untuk pasien di rawat jalan, <i>Morse Skor</i> untuk pengkajian risiko jatuh pasien dewasa rawat inap, <i>Humpty Dumpty</i> untuk pengkajian risiko jatuh pasien anak rawat inap. Jika ditemukan adanya risiko jatuh pada hasil asesmen pasien, ditulis di CPPT untuk diverifikasi DPJP dan dikonsultasikan. Selanjutnya dilakukan asuhan risiko jatuh oleh staf yang kompeten.</p> <p>16. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, rawat inap dilakukan skrining nyeri oleh perawat. Jika ditemukan adanya nyeri pada hasil asesmen pasien, maka dilakukan konsultasi dan kemudian dilakukan asesmen nyeri secara lengkap oleh staf yang kompeten</p>
--	--	---

		<p>untuk dilakukan tindakan lebih lanjut. Bila diperlukan maka harus dilakukan asesmen ulang yang teratur sesuai kriteria yang dikembangkan rumah sakit dan kebutuhan pasien. Bila hasil pengkajian nyeri dengan severitas <4 dilakukan manajemen nyeri oleh DPJP, bila kondisi tidak membaik dalam waktu 2 jam maka dikonsultasikan ke Tim nyeri.</p> <p>Asesmen ulang nyeri dilakukan untuk menentukan rencana tindak lanjut dalam manajemen nyeri. Asesmen ulang nyeri di dokumentasikan dalam lembar CPPT yang terukur dengan jelas.</p> <p>Skala nyeri yang dikembangkan adalah NPS (<i>Numeric Pain Scale</i>) untuk pasien dewasa, WBF (<i>Wong Baker Face</i>) untuk pasien anak-anak, CPOT (<i>Critical Pain Observation Tool</i>) untuk pasien tidak sadar dan pasien terintubasi dan CRIES (<i>Crying Requires Increased Expression Sleepless</i>) untuk pasien bayi.</p> <p>17. Identifikasi kelompok pasien khusus dilakukan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien, pasien perlu dilakukan asesmen pada populasi khusus yang dimodifikasi sesuai kebutuhan pasien tersebut yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Asesmen pasien bayi baru lahir b. Asesmen pasien anak c. Asesmen pasien remaja d. Asesmen pasien maternitas e. Asesmen pasien geriatri f. Asesmen pasien dengan kebutuhan untuk P3 (Perencanaan Pemulangan Pasien) g. Asesmen pasien dengan kondisi terminal atau menghadapi kematian h. Asesmen pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri i. Asesmen pasien dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri j. Pasien dengan ketergantungan obat atau alkohol k. Asesmen korban kekerasan atau kesewenangan l. Asesmen pasien dengan penyakit menular atau infeksius m. Asesmen pasien dengan kemoterapi atau terapi radiasi
--	--	--

		<p>n. Asesmen pasien dengan sistem imunologi terganggu</p> <p>18. Asesmen ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses dimana PPA (Profesional Pemberi Asuhan) mengevaluasi ulang data pasien baru rawat inap dalam interval tertentu.</p> <p>19. Pasien dilakukan asesmen ulang untuk menentukan respon mereka terhadap pengobatan dan perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien dalam interval sesuai dengan kondisi pasien, dan bilamana terjadi perubahan yang signifikan pada kondisi mereka, rencana asuhan, kebutuhan individual sesuai kebijakan dan prosedur rumah sakit.</p> <p>20. Setiap pasien yang dirawat harus dilakukan asesmen ulang, Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) melakukan asesmen ulang sekurang-kurangnya setiap hari, termasuk akhir minggu, selama fase akut dan non-akut dari perawatan dan pengobatannya. Pada hari libur DPJP dapat mendelegasikan kepada Dokter umum untuk melakukan asesmen ulang berupa mandat. Perawat melakukan asesmen ulang pasien setiap shift untuk memantau respon pengobatan dan perawatan yang diberikan dan dicatat di catatan perkembangan pasien terintegrasi. Petugas pemberi asuhan lain (fisioterapi, nutrient, psikolog, apoteker) melakukan asesmen ulang setiap hari kerja.</p> <p>21. Petugas Pemberi Asuhan (PPA) dapat menemukan hasil asesmen di rekam medik atau di lokasi lain yang mudah di akses dan sesuai standar. Pengaturan tentang urutan penyimpanan lembar RM sesuai dengan ketentuan yang sudah ditetapkan oleh RS.</p> <p>22. Dokter penanggung jawab pasien (DPJP) melakukan verifikasi terhadap pengelolaan asuhan pasien selama 24 jam dibuktikan dengan membubuhkan nama terang dan tanda tangan. Pada hari libur DPJP mendelegasikan pada dokter jaga untuk melakukan verifikasi.</p> <p>23. Asesmen pasien dilakukan oleh profesional pemberi asuhan (ppa) ditetapkan oleh rumah sakit sebagai disiplin klinis. Disiplin klinis tersebut antara lain : dokter, perawat, nutrient, psikolog, fisioterapis, analis,</p>
--	--	--

		<p>apoteker yang mempunyai kualifikasi dan kompetensi yang ditetapkan rumah sakit secara tertulis dalam bentuk Surat Penugasan Klinis dan Rincian Kewenangan Klinis.</p> <p>24. Untuk pasien kompleks harus dilakukan case conferens semua yang terlibat pelayanan pasien dan menginformasikan kepada keluarga serta tercatat dalam rekam medis pasien.</p> <p>25. Hasil asesmen pasien dianalisa dan diintegrasikan dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi dan PPA yang bertanggung jawab diikutsertakan dalam proses tersebut. Ada bukti verifikasi dari DPJP berupa nama dan tanda tangan. Kebutuhan pasien disusun skala prioritasnya berdasarkan hasil asesmen. Setelah pasien dan keluarga diberikan informasi tentang hasil dari proses asesmen dan setiap diagnosa ditetapkan apabila diperlukan. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang rencana perawatan dan pengobatan berdasarkan hasil asesmen pasien dan dilibatkan di dalamnya.</p> <p>26. Semua PPA mendokumentasikan hasil asesmen pada form rekam medis yang disediakan dan diakhiri dengan membubuhkan nama terang, tandatangan dan cap/gelar profesi yang dapat dibaca. Pendokumentasian hasil asesmen pasien dalam rekam medis harus dilakukan oleh semua para pemberi asuhan untuk menjamin dan mendukung konsistensi pelayanan. Penulisan berkas rekam medis menggunakan bolpoin atau tinta warna hitam.</p> <p>27. Penghapusan informasi dengan cara apapun tidak diperbolehkan, kesalahan penulisan diperbaiki pada saat itu juga dengan cara mencoret tulisan dengan satu garis agar tetap bisa terbaca, bubuhi paraf, tanggal dan jam perbaikan informasi ditulis di dekat informasi yang diperbaiki.</p> <p>28. Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh penerima, akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan</p>
--	--	---

		kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis melalui lisan atau telepon.
23.	PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT	<p>1. Pemilihan (Seleksi)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Komite Farmasi dan Terapi (KFT) membatasi dan memilih produk obat berdasarkan aspek manfaat, keamanan, kualitas, ketersediaan di pasaran, dan harga. b. Daftar obat yang telah disetujui dan ditetapkan oleh Direktur tertuang dalam buku Formularium RSUD Kabupaten Temanggung. Dalam penyusunan dan revisi formularium, Instalasi Farmasi bekerjasama dengan Komite Farmasi dan Terapi. c. Formularium direvisi sekurang-kurangnya setiap tahun sekali. d. Pada kasus dimana diperlukan suatu obat yang tidak tercantum dalam formularium, maka dokter dapat mengajukan permintaan khusus ke KFT untuk dapat mendapat persetujuan. e. Sediaan farmasi dan BMHP yang disediakan di RSUD Temanggung harus berasal dari jalur resmi dan memiliki garansi keaslian produk. f. Pengadaan sediaan farmasi dan BMHP dilaksanakan berdasarkan kontrak dimana Rumah Sakit memiliki hak akses meninjau tempat penyimpanan dan transportasi sewaktu-waktu. <p>2. Perencanaan, Pengadaan dan Penerimaan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perencanaan obat mengacu kepada formularium Rumah Sakit, serta kepada daftar bahan medis habis pakai yang telah disepakati dan diajukan oleh pengguna dan ditetapkan oleh Direktur Rumah Sakit. b. Pengadaan obat yang tidak tercantum dalam formularium hanya dapat dilakukan setelah mendapat rekomendasi dari Komite Farmasi dan Terapi. c. Pelaksanaan pengadaan perbekalan kesehatan untuk mendukung kebutuhan rumah sakit dilaksanakan oleh Pejabat Pengadaan. d. Perencanaan, pengadaan dan pengelolaan gas medis menjadi tanggung jawab Instalasi Farmasi Rumah Sakit.

- e. Penerimaan perbekalan farmasi dilakukan oleh petugas gudang farmasi, selanjutnya melaporkan kepada Pejabat Pemeriksa Barang.
- f. Untuk mengatasi ketidaktersediaan obat maka dibuat perjanjian kerjasama dengan instansi lain.
- g. Setiap obat dibuat kartu stok untuk memantau setiap transaksinya dan diadakan stok opname setiap bulan untuk melindungi dari kehilangan atau pencurian di Rumah Sakit.

3. Penyimpanan

- a. Penyimpanan obat berdasarkan teknik FEFO (*first expired first out*) dimana obat yang dekat *expire* / kadaluarsa dikeluarkan terlebih dulu.
- b. Penyimpanan obat dilakukan sesuai persyaratan untuk menjamin stabilitas dan keamanan (suhu terkontrol) di dalam refrigerator yang dilengkapi alat pengukur suhu serta didokumentasi, dimonitor setiap hari kerja, dan dilaporkan secara periodik.
- c. Kalibrasi refrigerator dilakukan setiap tahun sekali.
- d. Obat jadi dan bahan baku harus diberi label yang mencantumkan kandungan, tanggal kadaluarsa.
- e. Khusus bahan berbahaya yang bersifat mudah menyala atau terbakar, eksplosif, radioaktif, oksidator/reduktor, racun, korosif, karsinogenik, teratogenik, mutagenik, iritasi, dan bahan berbahaya lainnya harus disimpan terpisah dan disertai label berbahaya serta ada informasi penanganan kalau terkena percikan (MSDS).
- f. Seluruh tempat penyimpanan obat baik unit internal yang merupakan bagian Instalasi Farmasi dan atau unit di luar Instalasi Farmasi (ruang perawatan atau ruang tindakan) disupervisi secara periodik 1 bulan sekali untuk memastikan obat disimpan secara benar.
- g. Bahan yang terkontrol (Obat narkotika dan psikotropika) disimpan dalam

		<p>lemari khusus, terpisah serta dengan kunci ganda.</p> <ul style="list-style-type: none"> h. Obat Narkotika dan Psikotropika dilaporkan secara rutin setiap bulan sekali melalui server Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP). i. Obat <i>High Alert</i> (obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi) dan elektrolit pekat konsentrat tidak disimpan di ruang perawatan kecuali di ICU, PICU NICU, HCU, IGD, unit VK, unit Hemodialisa dan troli emergensi serta diberi label khusus. Obat <i>High Alert</i> disimpan dalam lemari yang terpisah untuk menjamin keamanan. j. Obat NORUM (Nama Obat Rupa Ucapan Mirip) atau <i>Look Alike Sound Alike/LASA</i> (tampilan dan bunyi mirip) disimpan dengan penandaan LASA dan diberi jarak antar obatnya. k. Instalasi farmasi RSUD Kabupaten Temanggung melayani kemoterapi. l. Obat yang dibawa pasien dari rumah dan dilanjutkan terapinya oleh DPJP direkonsiliasi kemudian dikelola di depo farmasi rawat inap yang kemudian diberikan kepada pasien secara ODD. m. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Temanggung mengelola produk nutrisi parenteral yang berbentuk sediaan jadi, bukan sediaan yang sudah melalui proses pencampuran atau pengemasan ulang. n. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Temanggung tidak mengelola obat radioaktif, produk sampel dan produk yang digunakan untuk penelitian. o. Obat bantuan terutama obat ARV dan obat TB-TB MDR direncanakan sesuai kebutuhan, dengan mengajukan permintaan ke Dinas Kesehatan Kabupaten Temanggung, penggunaannya dilaporkan setiap bulan sekali. p. Untuk obat bantuan yang tidak rutin digunakan seperti anti malaria dan anti lepra permintakan diajukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten secara insidental ketika ada kasus yang terjadi. q. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten
--	--	--

		<p>Temanggung tidak mengelola obat yang digunakan untuk penelitian.</p> <ul style="list-style-type: none"> r. Perbekalan kesehatan untuk kepentingan emergensi disimpan dalam troli emergensi yang selalu terkunci. Apabila ada obat yang digunakan harus segera dilakukan penggantian oleh petugas di unit perawatan. Petugas Farmasi melakukan supervisi setiap bulan untuk memastikan jumlah dan jenis sesuai daftar inventaris dan tidak kadaluwarsa. s. Perbekalan kesehatan yang tidak digunakan lagi karena rusak atau kadaluwarsa disimpan di instalasi farmasi, didata, dan ditempatkan dalam wadah tersendiri untuk dilakukan pemusnahan. t. Obat yang ditarik dari peredaran oleh pemerintah atau oleh pabrikan, kadaluwarsa dan atau ketinggalan jaman dikembalikan ke instalasi farmasi. u. Pemusnahan Obat Kadaluwarsa atau rusak dilakukan minimal satu tahun sekali dengan bekerjasama dengan pihak ketiga. <p>4. Pendistribusian</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Permintaan perbekalan farmasi ke gudang farmasi dilakukan secara komputerisasi. b. Obat dengan syarat suhu tertentu didistribusikan menggunakan cooler box yang dilengkapi dengan pengukur suhu. <p>5. Peresepan dan Penyalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter yang boleh menulis resep di RSUD Kabupaten Temanggung adalah semua dokter yang telah mendapatkan Surat Penugasan dari Direktur RS yang memuat kewenangan klinis yang boleh dilakukan di RSUD Kabupaten Temanggung. b. Obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit atau dari pemakaian sebelumnya dari rumah didokumentasikan oleh petugas farmasi pada form rekonsiliasi obat yang ada di rekam medis. c. Lembaran resep dilayani apabila sudah memenuhi persyaratan administrasi, meliputi:
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Identitas penulis resep/ nama dokter. 2) Tempat dan tanggal penulisan resep (pada pojok kanan atas resep). 3) Identitas pasien: nama pasien, nomor medical record, tanggal lahir, umur, alamat, berat badan jika diperlukan, khususnya untuk pasien anak-anak dan pasien kemoterapi. 4) Tanda R/ pada bagian kiri setiap penulisan resep atau item obat. 5) Nama obat (generik atau paten bila diperlukan), satuan dosis/kekuatan, rute atau bentuk sediaan, jumlah obat, signa obat dituliskan dengan jelas. 6) Penulisan k/p atau prn harus disertai dengan indikasi penggunaan atau kapan diperlukannya, misalnya: prn sakit kepala atau prn mual. 7) Bila ada permintaan obat yang tulisannya mirip dengan obat lain (lihat daftar NORUM), beri tanda garis bawah atau huruf kapital. 8) Tanda tangan/ paraf dokter penulis resep dibagian akhir penulisan resep sesuai dengan undang-undang yang berlaku. 9) Tanda seru atau paraf dokter untuk resep obat yang mengandung obat dengan jumlah dosis yang melebihi dosis maksimum. <ol style="list-style-type: none"> d. Obat yang dibawa oleh pasien dari rumah boleh digunakan selama perawatan di Rumah Sakit dengan syarat sama dengan terapi terbaru dari DPJP, obat tersebut dikelola oleh Instalasi Farmasi dan diberikan dengan sistem ODD. e. Pada penulisan obat narkotika dan psikotropika harus dibubuhi tanda tangan dokter (bukan paraf). f. Tanda tangan dan paraf dokter dalam penulisan resep sesuai dengan spesimen tanda tangan dan paraf. g. Resep harus ditulis pada lembar kertas resep yang memiliki logo atau kop resmi. h. Resep harus ditulis lengkap dengan tulisan tangan yang jelas dan mudah dibaca. i. Resep harus ditulis oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Bila DPJP tidak berada di rumah sakit, dokter umum/dokter jaga boleh menuliskan resep
--	--	--

		<p>khusus sesuai dengan advis telepon oleh dokter spesialis.</p> <p>j. Apabila pemesanan obat tidak lengkap, tidak terbaca atau tidak jelas maka dikonfirmasi kepada dokter penulis, hasil konsultasi ditulis di buku Tulbakon.</p> <p>k. Resep obat kemoterapi harus ditulis oleh dokter spesialis onkologi.</p> <p>l. Resep Obat Anastesi harus ditulis oleh dokter spesialis Anastesi.</p> <p>m. Resep Narkotika injeksi hanya boleh ditulis oleh Tim Nyeri. Jika Tim Nyeri tidak berada di rumah sakit, dokter umum/dokter jaga boleh menuliskan resep narkotika injeksi sesuai dengan advis telepon oleh Tim Nyeri. Pengecualian untuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. pethidin injeksi (untuk tindakan endoskopi) boleh diresepkan oleh DPJP. 2. Morfin injeksi (untuk tata laksana nyeri pasien infark miokard akut) boleh diresepkan oleh DPJP <p>n. Ketorolak injeksi hanya dilayani untuk 5 hari. Apabila lebih dari 5 hari berlaku <i>automatic stop order</i>.</p> <p>o. Untuk pesanan obat secara verbal atau melalui telepon, harus dilakukan verifikasi dengan mengeja per huruf pesanan obat tersebut.</p> <p>p. Peresepan obat yang sesuai dengan Formularium Nasional (Fornas) dinyatakan sesuai standar apabila prosentase nilai yang didapatkan $\geq 80\%$ dari total obat yang diresepkan (Kamus Indikator Kinerja Rumah Sakit dan Balai; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia).</p> <p>q. Resep yang sudah dilayani, didokumentasikan, disimpan dengan baik, dan setelah 3 tahun dapat dimusnahkan.</p> <p>6. Persiapan dan Penyerahan</p> <p>a. Yang dimaksud persiapan obat adalah proses dimulai dari resep/ instruksi pengobatan diterima oleh apoteker/ tenaga teknis kefarmasian yang ditunjuk sampai dengan obat diterima oleh perawat di ruang rawat untuk pasien rawat inap, atau sampai dengan obat diterima oleh pasien/keluarga di rawat jalan.</p> <p>b. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten</p>
--	--	---

		<p>Temanggung belum melakukan penyiapan produk steril. Rekonstitusi hanya dilakukan pada sediaan kemoterapi sedangkan untuk injeksi intra vena masih dilakukan oleh perawat yang sudah terlatih.</p> <p>c. Petugas Farmasi yang melakukan pencampuran obat sitostatika telah terlatih dan bersertifikat.</p> <p>d. Sebelum obat disiapkan, harus dilakukan pengkajian/ telaah resep/ instruksi pengobatan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Ketepatan identitas pasien, obat, dosis, frekuensi, aturan minum obat dan waktu pemberian 2) Duplikasi pengobatan 3) Potensi Alergi atau sensitivitas 4) Interaksi antara obat dan obat lain atau dengan makanan 5) Variasi criteria penggunaan dari rumah sakit 6) Berat badan pasien 7) Kontra indikasi <p>e. Petugas yang berwenang melakukan telaah resep adalah apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang berkompeten dan diberi kewenangan oleh Rumah Sakit.</p> <p>f. Apoteker diberi akses ke data pasien atau rekam medis untuk melakukan telaah / pengkajian resep.</p> <p>g. Dalam proses penyiapan obat, petugas farmasi diperbolehkan melakukan penggantian obat yang sama kelas terapinya tetapi zatnya berbeda dengan terlebih dulu meminta persetujuan dokter penulis resep.</p> <p>h. Penyiapan obat harus dilakukan di tempat yang bersih dan aman sesuai aturan dan standar praktik kefarmasian.</p> <p>i. Area penyiapan obat kemoterapi tidak boleh dimasuki oleh personel lain selain petugas farmasi.</p> <p>j. Sistem penyiapan dan distribusi obat untuk pasien rawat inap dengan bentuk paling siap diberikan yaitu dengan sistem <i>One-day Dose Dispensing</i> (ODD), artinya obat disiapkan per sekali minum untuk kebutuhan sehari.</p> <p>k. Sistem persiapan dan distribusi obat</p>
--	--	--

		<p>untuk pasien rawat jalan dengan sistem distribusi resep individual.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap obat yang telah disiapkan harus diberi label meliputi: Identitas pasien, nama obat, dosis, waktu pemberian, dan tanggal penyiapan. m. Sebelum obat diberikan kepada pasien dilakukan telaah obat meliputi: <ol style="list-style-type: none"> 1) Identitas pasien 2) Ketepatan Obat 3) Dosis 4) Rute pemberian 5) Waktu pemberian n. Waktu tunggu pelayanan obat jadi dan racikan dijadikan sebagai Indikator Mutu Unit Kerja Instalasi Farmasi sebagai evaluasi penyerahan obat tepat waktu. <p>7. Pemberian (Administration) Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Yang berhak memberikan obat kepada pasien adalah dokter atau perawat yang memiliki kewenangan klinis dan kompetensi serta memiliki ijin praktek di RSUD Kabupaten Temanggung. Untuk di rawat jalan penyerahan obat oleh apoteker atau tenaga teknis kefarmasian yang berkompeten dan diberi kewenangan oleh Rumah Sakit. b. Pemberian obat harus sesuai dengan Standar Prosedur Operasional Pemberian Obat. c. Dokter peserta didik atau perawat peserta didik dapat memberikan obat di bawah supervisi instruktur klinik, kecuali obat <i>high alert</i>. d. Pada pemberian obat melalui infus, label nama obat dan tanggal ditempelkan pada botol infus. e. Obat yang akan diberikan kepada pasien harus diverifikasi dulu oleh apoteker/ perawat tentang 5 benar, meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1) Benar pasien 2) Benar obat 3) Benar dosis 4) Benar waktu & frekuensi pemberian 5) Benar cara/rute pemberian f. Mutu obat yang diberikan kepada pasien harus dipastikan baik, dan diperiksa secara manual. g. Setiap penyerahan obat dari petugas farmasi kepada pasien/ keluarga/
--	--	--

		<p>perawat selalu didokumentasikan.</p> <ol style="list-style-type: none"> h. Pasien dipastikan tidak memiliki riwayat alergi dan kontraindikasi dengan obat yang akan diberikan. i. Pada saat proses cek akhir penyerahan obat yang tergolong High Alert di depo farmasi rawat inap dilakukan dobel cek antara petugas farmasi dengan perawat. j. Obat yang tergolong <i>high alert</i> harus diperiksa kembali oleh perawat lain sebelum diberikan kepada pasien. k. Pemberian obat di ruang perawatan dicatat di lembar pemberian obat sesuai dengan identitas pasien dan waktu pemberian l. Pemberian obat kepada pasien rawat jalan dan digunakan secara mandiri harus mendapat edukasi terlebih dulu oleh petugas farmasi. <p>8. Pemantauan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitoring efek samping obat dilaporkan kepada Komite Farmasi dan Terapi juga dilaporkan sebagai Insiden Keselamatan Pasien (IKP), serta dicatat dalam rekam medis pasien. b. Apoteker melaksanakan visite ke ruang perawatan secara mandiri atau kolaboratif bersama tim tenaga kesehatan lain untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, mengkaji masalah terkait obat, memonitor efek pengobatan (pemantauan terapi obat) dan reaksi obat yang tidak dikehendaki (<i>adverse effect</i>), meningkatkan terapi obat yang rasional, dan menyajikan informasi obat kepada dokter, pasien serta profesional kesehatan lainnya. c. Kesalahan obat adalah kesalahan yang terjadi pada tahap penulisan resep, penyiapan/ peracikan, atau pemberian obat baik yang menimbulkan efek merugikan ataupun tidak ditetapkan melalui proses kolaborasi antara dokter, apoteker dan perawat. d. Setiap kesalahan obat yang terjadi, wajib dilaporkan oleh petugas yang menemukan/terlibat langsung dengan kejadian tersebut dan atasan langsungnya, dalam waktu maksimal 2 x 24 jam setelah ditemukan dengan
--	--	--

		<p>menggunakan formulir laporan insiden ke Sub Komite Keselamatan Pasien dan didokumentasikan di dalam catatan medik pasien.</p> <p>e. Tipe kesalahan yang dilaporkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) terjadinya insiden yang belum terpapar ke pasien, yang tidak menyebabkan cedera pada pasien. 2) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien. <p>f. Pelaporan kesalahan obat dan KNC digunakan untuk proses perbaikan pengobatan.</p> <p>g. Setiap kejadian Insiden Keselamatan pasien terjadi, dilakukan sosialisasi kejadian melalui rapat kecil untuk mencari akar masalah dan membahas rekomendasi yang dilakukan agar kejadian tidak terulang kembali.</p> <p>h. Kajian (<i>review</i>) sistem manajemen obat dilakukan dan didokumentasikan selama 12 bulan terakhir.</p>
24.	SURGICAL SAFETY CHECK LIST	<p>Rumah sakit menggunakan tanda yang jelas dan dapat dimengerti untuk mengidentifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien dalam proses penandaan / pemberi tanda, Rumah Sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi / time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis.</p>
25.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam rangka melindungi pasien, pengunjung dan petugas terhadap penularan infeksi di Rumah Sakit, maka RSUD Kabupaten Temanggung melaksanakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI); 2. Agar pelaksanaan PPI terkoordinasi dengan baik, Direktur membentuk Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI). Komite PPI RSUD Kabupaten Temanggung

		<p>bertanggung jawab langsung kepada Direktur;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Susunan organisasi Komite PPI terdiri dari ketua, sekretaris dan anggota yang terdiri dari IPCN/perawat PPI, IPCD/dokter PPI dan anggota lainnya dari semua instalasi terkait; 4. Komite PPI mempunyai tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan peraturan menteri kesehatan No 27 Tahun 2017 tentang; pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas kesehatan; 5. Pelaksanaan PPI dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional disemua unit dan menjadi tanggung jawab seluruh staf dan petugas; 6. Agar kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berjalan lancar, maka RSUD Kabupaten Temanggung ; <ol style="list-style-type: none"> a. Memiliki satu orang IPCD atau dokter PPI yang memiliki tugas sesuai uraian tugas yang ditetapkan direktur; b. Memiliki IPCN (<i>Infection Prevention and Control Nurse</i>) purna waktu yang bertugas mengawasi seluruh kegiatan pencegahan pengendalian infeksi sesuai PMK 27 tahun 2017 yaitu setiap 100 TT pasien harus ada 1 IPCN; c. Dalam melaksanakan tugasnya IPCN dibantu oleh IPCLN (<i>Infection Prevention and Control Link Nurse</i>) yang terlatih sebagai pelaksana harian/penghubung di unit masing-masing sesuai uraian tugasnya; 7. Rumah sakit menyusun dan menerapkan program komprehensif dan rencana menurunkan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan pada pasien dan tenaga kesehatan; 8. Seluruh area pasien, staf dan pengunjung dimasukan dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi; 9. Ada penetapan mekanisme koordinasi program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi melibatkan dokter, perawat, tenaga profesional lain, dan urusan rumah tangga; 10. Program PPI meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. Program kebersihan tangan; b. Surveilans infeksi; c. Investigasi wabah / outbreak penyakit infeksi; d. Meningkatkan pengawasan penggunaan
--	--	--

		<p>antimikroba secara aman;</p> <p>e. Asessmen berkala terhadap resiko;</p> <p>f. Mengukur dan mereview resiko infeksi;</p> <p>11. Pimpinan rumah sakit mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;</p> <p>12. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini;</p> <p>13. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan pedoman praktik yang diakui;</p> <p>14. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan peraturan dan perundangan yang berlaku;</p> <p>15. Rumah Sakit menetapkan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berdasarkan standar sanitasi dan kebersihan dari badan-badan nasional atau lokal;</p> <p>16. Pimpinan rumah sakit menunjuk staf yang cukup untuk program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;</p> <p>17. Rumah sakit menetapkan adanya sistem manajemen informasi untuk mendukung program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;</p> <p>18. Seluruh area pasien, staf, dan pengunjung dimasukkan dalam program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi;</p> <p>19. Surveilans dilakukan secara sistematis aktif oleh IPCN (Infection Prevention Control Nurse atau perawat pengendali infeksi purna waktu) dan IPCLN (Infection Prevention Control Link Nurse atau perawat penghubung pengendali infeksi) untuk menggambarkan tingkat kejadian berbagai penyakit infeksi target sesuai Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit, Kemenkes dan penyakit endemis di rumah sakit;</p> <p>20. Program surveilans yang sistematis dan proaktif untuk menentukan angka infeksi biasa yang meliputi :</p> <p>a. Infeksi Saluran Kemih (ISK);</p> <p>b. Infeksi Luka Operasi (ILO);</p> <p>c. Infeksi akibat pemasangan ventilator (VAP);</p> <p>d. <i>Hospital Acquired Infections</i> (HAP);</p> <p>e. Decubitus;</p> <p>f. Phlebitis;</p> <p>21. Melakukan analisis, evaluasi dan rekomendasi tindak lanjut data infeksi</p>
--	--	---

		<p>dilakukan Komite PPI RS di bawah koordinator. Dokter Penanggung jawab PPI (IPCD) untuk tujuan pengendalian, manajemen risiko dan kewaspadaan terhadap kejadian luar biasa (KLB);</p> <p>22. Pengendalian angka Infeksi Rumah Sakit menggunakan target sasaran sesuai program PPI. Sasaran angka Infeksi Rumah Sakit dievaluasi setiap 1 tahun;</p> <p>23. Laporan Infeksi RS disampaikan Komite PPI RS kepada Direktur setiap 3 bulan;</p> <p>24. Pemantauan penerapan bundles Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Phlebitis, ISK, VAP/HAP, IDO) adalah sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan surveilans infeksi RS;</p> <p>25. Kegiatan audit dan monitoring pelaksanaan PPI di rumah sakit dijalankan oleh IPCN secara rutin mengacu pada jadwal yang telah ditentukan;</p> <p>26. Hasil monitoring dan audit dilaporkan komite PPI kepada direktur setiap 3 bulan sekali;</p> <p>27. Prosedur <i>hand hygiene</i> atau kebersihan tangan secara benar di seluruh area dan mengadopsi pedoman <i>hand hygiene</i> dari sumber yang berwenang dengan ketentuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Hand hygiene</i> baik <i>hand wash</i> maupun <i>hand rub</i> menggunakan teknik 6 langkah WHO tahun 2009; b. <i>Hand hygiene</i> berdasarkan 5 moment <i>hand hygiene</i> menurut WHO tahun 2009; c. <i>Hand hygiene</i> di rumah sakit terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Hand hygiene</i> menggunakan sabun pada air yang mengalir (<i>hand wash</i>); 2) <i>Hand hygiene</i> menggunakan antiseptik berbasis alkohol (<i>hand rub</i>) 3) <i>Hand hygiene</i> bedah (dengan cara <i>hand wash</i> dan <i>hand rub</i>); <p>28. Jenis antiseptik yang digunakan secara benar di seluruh area dan mengadopsi pedoman <i>hand hygiene</i> dari sumber yang berwenang dengan ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk Area <i>Highrisk</i>: <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Hand Wash</i> menggunakan chlorhexidine 2-4 %; 2) <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %; b. Untuk area perawatan biasa: <ol style="list-style-type: none"> 1) <i>Hand Wash</i> menggunakan
--	--	--

		<p>chlorhexidine 2%;</p> <p>2) <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % atau berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %;</p> <p>c. Untuk perkantoran:</p> <p>a. <i>Hand Wash</i> menggunakan sabun antiseptik biasa atau yang berbasis chlorhexidine;</p> <p>b. <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % atau berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %;</p> <p>29. Alat pelindung diri (APD) yang digunakan adalah berupa; sarung tangan, masker, proteksi mata, dan peralatan proteksi lainnya tersedia dan digunakan secara benar bila diperlukan dan Rumah Sakit menetapkan area yang wajib menggunakan Alat Pelindung Diri. Ditata perencanaan, penyediaan, penggunaan dan evaluasinya oleh Komite PPI RS bersama K3 RS, Instalasi Farmasi dan bagian logistik RS;</p> <p>30. APD digunakan berdasarkan prinsip kewaspadaan isolasi dengan selalu mengukur potensi risiko spesifik pada setiap aktivitas pelayanan/tindakan medik sehingga tepat, efektif dan efisien;</p> <p>31. KPPI melakukan monitoring dan audit ketepatan penggunaan APD sebagai bahan dalam evaluasi dan rekomendasi peningkatan efektivitasnya;</p> <p>32. Metode pembersihan peralatan, desinfeksi, dan sterilisasi baik di pelayanan sterilisasi sentral (CSSD) dan di luar CSSD (di ruang hemodialisa/unit lain) harus sesuai dengan tipe peralatan dan dilakukan monitoring oleh unit CSSD;</p> <p>33. Pemrosesan alat/instrumen habis pakai dipilih berdasarkan kriteria alat. Sterilisasi dilakukan untuk alat kritikal, sterilisasi atau disinfeksi tingkat tinggi (DTT) dilakukan untuk alat semi kritikal, disinfeksi tingkat rendah untuk alat non kritikal;</p>
--	--	--

		<p>34. Instalasi Pusat Penyedia Peralatan steril (CSSD) bertanggung jawab menyusun panduan dan prosedur tetap, mengkoordinasikan serta melakukan monitoring dan evaluasi proses serta kualitas/mutu hasil sterilisasi dengan persetujuan Komite PPI RS;</p> <p>35. Manajemen linen dan laundry yang tepat dan sesuai untuk meminimalisasi risiko bagi staf dan pasien;</p> <p>36. Jenis linen di RSUD Kabupaten Temanggung dikualifikasikan menjadi linen bersih, linen kotor infeksius, linen kotor non infeksius;</p> <p>37. Linen kotor infeksius sebelum dimasukkan ke trolley linen kotor dimasukkan terlebih dahulu ke dalam kantong plastik warna kuning dan pastikan tidak terjadi kebocoran. Buang terlebih dahulu semua kotoran seperti feces ke toilet pasien atau spoelhoek sebelum dimasukkan ke trolley linen kotor;</p> <p>38. Tersedia alur linen kotor dan bersih yang terpisah di area laundry;</p> <p>39. Pembuangan limbah B3 medis maupun B3 non medis dikelola dengan baik dan benar sesuai perundangan yang berlaku untuk meminimalisasi resiko penularan;</p> <p>40. Rumah Sakit menetapkan penanganan, pembuangan darah dan komponen darah dikelola untuk meminimalisasi resiko penularan;</p> <p>41. Penyehatan air, pengendalian serangga dan binatang pengganggu, penyehatan ruang dan bangunan, pemantauan hygiene sanitasi makanan minuman, pemantauan pengelolaan linen, pemantauan pelaksanaan dekontaminasi desinfeksi dan sterilisasi, pengelolaan limbah cair, limbah B3 medis dan non medis maupun limbah domestik dikelola oleh Instalasi Kesehatan Lingkungan;</p> <p>42. Limbah benda tajam harus dikumpulkan dalam satu wadah yang anti bocor, tahan tusukan dan tidak mudah dibuka (safety box), tanpa memperhatikan terkontaminasi atau tidak;</p> <p>43. Pewadahan limbah padat B3 medis menggunakan plastik yang berbeda warna sesuai dengan kategori limbahnya;</p> <p>a. Sampah infeksius menggunakan kantong plastik berwarna kuning</p> <p>b. Sampah non infeksius menggunakan</p>
--	--	--

		<p>kantong plastik berwarna hitam</p> <p>c. Sampah farmasi menggunakan kantong plastik berwarna cokelat</p> <p>d. Sampah citotoksik menggunakan kantong plastik berwarna ungu</p> <p>44. Pengangkutan limbah B3 medis menggunakan troli khusus limbah medis dan tertutup;</p> <p>45. Pemusnahan limbah medis padat dilakukan di pihak ke 3 yang memenuhi syarat;</p> <p>46. Semua pasien yang sudah diketahui atau diduga infeksi menular baik rawat inap maupun rawat jalan harus di isolasi sebagai upaya untuk memutus siklus penularan penyakit dan melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan pasien lain yang menerima pelayanan kesehatan di RumahSakit</p> <p>47. Rumah sakit menyediakan ruang isolasi tekanan negative dengan menggunakan metode pengaturan sirkulasi udara campuran (alami dan mekanik) dan menetapkan pasien yang harus masuk ruang isolasi tekanan negative dengan kriteria pasien antara lain;</p> <p>a. Sudah di diagnosa TB dengan pemeriksaan Sputum BTA positif;</p> <p>b. Varicella;</p> <p>c. Morbili/campak;</p> <p>d. Parotitis, pertusis;</p> <p>e. Herpes zoster;</p> <p>f. kasus <i>airborne/droplet</i> lainnya;</p> <p>48. Pemisahan antara pasien dengan penyakit menular melalui <i>airbone/droplet</i> dan yang rentan karena <i>immunosupressed</i> atau sebab lain dengan cara;</p> <p>a. Penempatan di ruang isolasi tekanan negative untuk transmisi <i>airborne</i> (ventilasi campuran mekanik dan alami);</p> <p>b. Penempatan di ruang isolasi tekanan positif untuk pasien dengan penurunan daya tubuh atau <i>immunocompromised</i> (ventilasi campuran mekanik dan alami);</p> <p>49. Apabila terjadi lonjakan kasus (<i>outbreak</i>) pasien dengan penyakit menular melalui <i>airborne</i> dan yang rentan karena <i>immunocompromised</i> atau sebab lain di suatu bangsal dengan cara :</p> <p>a. Penempatan Kohorting (mengumpulkan pasien menular dengan diagnose yang sama pada satu ruangan);</p>
--	--	---

		<p>b. Dilakukan penitipan di ruang isolasi bangsal lain yang ada di Rumah Sakit;</p> <p>c. Pasien dirujuk apabila semua langkah isolasi dan kohorting sudah tidak memungkinkan;</p> <p>50. Semua orang, staf, pengunjung dan pasien wajib menjalankan etika batuk dan bersin dengan benar sesuai petunjuk yang ada;</p> <p>51. Pasien suspek atau sudah didiagnosa airborne infection (misalnya flu burung, Mers COV, SARS dll), langsung dirujuk di rumah sakit yang telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Rujukan;</p> <p>52. Pasien yang menolak pindah ruang isolasi, maka harus membuat surat penolakan dan selanjutnya bisa dirawat di ruang umum yang hanya berisi satu pasien dengan pengelolaan seperti pasien di ruang isolasi airborne dan droplet;</p> <p>53. Semua praktek menyuntik harus dijalankan dengan benar dan aman sesuai prosedur yang ada, memperhatikan kaidah pembersihan peralatan dan lingkungan baik selama persiapan, pelaksanaan dan setelah selesai tindakan menyuntik;</p> <p>54. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang kesehatan petugas mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku;</p> <p>55. Dilakukan check-up rutin setahun sekali bagi seluruh petugas (terutama di area high risk) terhadap kemungkinan infeksi mengacu pada program kesehatan petugas;</p> <p>56. Petugas yang menderita penyakit infeksi atau penyakit lain yang bersifat imunocompromise ditempatkan di area kerja yang sesuai dan tidak menimbulkan resiko baik untuk petugas lain atau petugas yang sedang sakit tersebut;</p> <p>57. Rumah sakit menetapkan alur penatalaksanaan pasca pajanan benda tajam dan bahan infeksius bekas pakai pasien lainnya di tempat kerja;</p> <p>58. Rumah sakit menetapkan cara sebagai upaya untuk mencegah infeksi dengan penerapan <i>bundles</i> terhadap 4 (empat) risiko infeksi yang dapat menyebabkan peningkatan morbiditas, mortalitas dan beban pembiayaan yaitu pada;</p> <p>a. <i>Bundles</i> pada pencegahan dan pengendalian <i>ventilator associated pneumonia (VAP)</i>;</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> b. <i>Bundles</i> pada pencegahan dan pengendalian infeksi aliran darah (IAD); c. <i>Bundles</i> pencegahan dan pengendalian infeksi saluran kemih (ISK); d. <i>Bundles</i> pada pencegahan dan pengendalian infeksi daerah operasi (IDO); <p>59. Rumah Sakit menetapkan area dan kegiatan di kamar jenazah berdasar peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk meminimalisasi risiko penularan;</p> <p>60. Rumah sakit menetapkan ketersediaan alat pelindung diri yang lengkap sesuai kebutuhan di kamar jenazah;</p> <p>61. Pemulasaraan jenazah infeksius lain tetap mengacu pada prinsip penerapan kewaspadaan standar dengan memperhatikan cara transmisi penyakitnya;</p> <p>62. Semua peralatan yang habis dipakai untuk kegiatan pemulasaraan jenazah dilakukan pembersihan menggunakan disinfektan yang sesuai;</p> <p>63. Pengelolaan makanan di Instalasi Gizi memperhatikan standar sanitasi makanan minuman, alat, lingkungan produksi dan higiene perorangan penjamah makanan;</p> <p>64. Semua bahan makanan yang disiapkan sampai dengan disajikan kepada pasien, pegawai atau pengunjung dikelola sesuai pedoman dan standar prosedur pelayanan Instalasi Gizi agar terhindar dari pencemaran dan penularan infeksi melalui makanan;</p> <p>65. Penjamah makanan yang kontak langsung dengan makanan mulai dari proses penyiapan bahan sampai dengan penyajiannya dilakukan surveilans higiene pribadi berupa monitoring kultur mikrobiologi swab rektal, dikoordinasikan dan di bawah tanggung jawab Komite K3 RS;</p> <p>66. Pemrosesan peralatan makanan bekas pakai pasien dilakukan dengan baik dan benar mengacu pada standar yang ada;</p> <p>67. Rumah Sakit melakukan <i>assessment</i> dan mendokumentasikan terhadap risiko setiap tahun (ICRA);</p> <p>68. Rumah sakit menetapkan pelaksanaan <i>Infection Control Risk Assessment</i> (ICRA) meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Risk Assessment</i> HAIs; b. <i>Risk Assessment</i> Pemberian Obat IV, Terapi Cairan Dan Pencampuran Obat ;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> c. <i>Risk Assessment</i> Sterilisasi ; d. <i>Risk Assessment</i> Linen dan Laundry; e. <i>Risk Assessment</i> Pengelolaan Limbah; f. <i>Risk Assessment</i> Kamar Jenazah; g. <i>Risk Assessment</i> Pelayanan Makanan; h. <i>Risk Assessment</i> Prosedur Invasif; i. <i>Risk Assessment</i> Konstruksi/Renovasi; <p>69. Pengkajian risiko infeksi pada konstruksi & renovasi di rumah sakit:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sebelum melakukan konstruksi atau renovasi bangunan dilakukan analisis terhadap kualitas udara, persyaratan utilisasi, kebisingan, getaran dan prosedur emergensi; b. Setiap konstruksi maupun renovasi bangunan yang dilakukan di RS harus mengutamakan keselamatan pasien, pengunjung dan petugas berdasarkan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi; c. Pengkajian risiko infeksi dibuat berdasarkan dari panduan <i>Infection Control Risk Assessment (ICRA)</i>; d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (KPPI RS) melakukan pengkajian risiko infeksi dan tindak lanjut berkolaborasi dengan bagian IPSRS dan K3 RS. <p>70. Persiapan pemakaian ruangan baru paska konstruksi/renovasi rumah sakit;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan analisis dampak renovasi dan konstruksi terhadap kualitas udara, tingkat kebisingan; b. Melakukan edukasi (pemasangan rambu-rambu atau gambar di area renovasi) kepada petugas, pengunjung dan pasien; c. Melakukan pembersihan menyeluruh dan dekontaminasi semua permukaan, termasuk dinding, langit-langit, jendela dan sistem ventilasi berisiko tinggi; d. Melakukan uji kualitas udara, khususnya di area berisiko tinggi sebelum ruangan digunakan; <p>71. Rumah sakit menetapkan batas kadaluarsa bahan medis habis pakai termasuk penetapan perbekalan farmasi/ peralatan <i>single use</i> yang dilakukan <i>re use</i></p> <p>72. Rumah sakit menetapkan pengendalian mekanis dan teknis (<i>Mechanical Dan Engineering Controls</i>) untuk fasilitas sebagai</p>
--	--	---

		<p>berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. System ventilasi bertekanan positif; b. <i>Biological Safety Cabinet</i>; c. <i>Laminary Airflow Hood</i>; d. Thermostat di lemari pendingin; e. Pemanas air untuk sterilisasi piring dan alat dapur <p>73. Proses pengelolaan perbekalan yang kadaluarsa dan menetapkan kondisi untuk penggunaan ulang (<i>reuse</i>) dari alat sekali pakai (<i>single use</i>) sesuai dengan peraturan dan perundangan di tingkat nasional dan dilakukan berdasarkan standar profesi;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dapat digunakan kembali sesuai dengan rekomendasi <i>manufactur</i>-nya. Alat Medis Sekali Pakai (AMSP) dapat digunakan ulang (<i>reuse of single use devices</i>) sesuai kebijakan RS; b. AMSP dapat diproses secara benar/tepat (rasional) dan hasil sterilisasi masih efektif dan efisien baik secara fisik/fungsi, kualitas serta aman digunakan bagi pasien; c. AMSP sangat dibutuhkan penggunaannya, tetapi sulit diperoleh atau sangat mahal harganya; d. Pemrosesan AMSP yang disterilkan dan digunakan kembali harus melalui proses pencatatan dan pengawasan mutu di bagian CSSD; e. AMSP yang non steril dilakukan pengawasan mutu dengan melihat secara visual dan fungsi dari alat/bahan; f. Daftar AMSP yang akan digunakan kembali ditentukan oleh RS; g. Adanya form daftar monitoring alat <i>single use</i> yang di <i>re-use</i>; <p>74. Kejadian luar biasa Infeksi Rumah Sakit ditetapkan oleh direktur RS berdasarkan pertimbangan Komite PPI RS pada hasil evaluasi epidemiologik kecenderungan angka Infeksi Rumah Sakit melalui surveilans. Kecenderungan kejadian infeksi rumah sakit yang terus menerus meningkat signifikan selama 3 bulan berturut-turut atau peningkatan signifikan angka kejadian pada suatu waktu pengamatan tertentu diwaspadai sebagai KLB. Pencegahan dan pengendalian risiko penyebaran kejadian yang berpotensi menjadi KLB dilakukan segera secara sinergi</p>
--	--	--

		<p>melalui kerjasama lintas unit/satuan kerja oleh Komite PPI RS;</p> <p>75. Rumah sakit menetapkan strategi atau upaya untuk mengatasi KLB infeksi;</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Agar KLB dapat dikendalikan dan segera ditangani, Rumah Sakit perlu mempunyai sistem pengendalian dan penanganan KLB untuk mendeteksi secara dini adanya KLB, dilakukan surveilans infeksi di rumah sakit. Selain untuk deteksi dini, surveilans secara aktif juga bertujuan untuk mencegah supaya KLB tidak terulang lagi; b. Penanganan KLB infeksi rumah sakit harus dilakukan dengan segera dan secara terpadu oleh seluruh unsur yang terkait, dikoordinasikan oleh Komite PPI Selama terjadi KLB, Petugas Ruangan/Bagian terkait, Kepala Instalasi RI&RJ dan IPCLN, harus berkoordinasi secara intensif dengan Komite PPI Rumah Sakit untuk menangani KLB tersebut; c. Komite PPI melakukan dokumentasi tentang kejadian dan tindakan yang telah diambil terhadap data atau informasi KLB; d. Komite PPI terus melakukan monitoring dan evaluasi sampai KLB berhasil diatasi; e. Komite PPI menyatakan KLB selesai jika dua kali masa inkubasi terpanjang tidak ditemukan kasus baru; <p>76. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terintegrasi dan terkoordinasi dengan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan menggunakan indicator mutu yang ditetapkan;</p> <p>77. Data kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi terintegrasikan melalui system informasi rumah sakit (SIRS) yang mengacu pada indicator mutu yang ditetapkan;</p> <p>78. Hasil monitoring, audit dan survey Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit dilakukan analisa, didokumentasikan, dan secara berkala disampaikan kepada KMKP dalam bentuk laporan beserta rekomendasi yang diperlukan;</p> <p>79. Rumah sakit menetapkan program pendidikan dan latihan PPI direncanakan dan dilaksanakan secara periodik dan berkesinambungan oleh bagian kepegawaian dan diklat rumah sakit bekerjasama dengan</p>
--	--	---

		<p>Komite PPI RS untuk menjamin tenaga yang berada di KPPI dan setiap petugas yang berada dan bekerja di RS (termasuk peserta didik dan petugas kontrak) memahami dan mampu melaksanakan program PPI RS, khususnya kewaspadaan standar dan kewaspadaan berbasis transmisi;</p> <p>80. Program pendidikan dan latihan PPI bisa dilaksanakan secara eksternal dengan cara mengikuti pelatihan yang diselenggarakan di luar rumah sakit ataupun secara internal dengan cara mengadakan in house training berdasarkan kebutuhan yang ada;</p> <p>81. Seluruh petugas baru di RS wajib mengikuti program orientasi, termasuk materi PPI di rumah sakit;</p> <p>82. Setiap mahasiswa yang akan praktek harus diberikan materi orientasi PPI di rumah sakit;</p> <p>83. Monitoring dan evaluasi hasil pendidikan dan pelatihan dilakukan oleh sub bag kepegawaian & diklat bersama Komite PPI sesuai ketentuan yang berlaku sebagai dasar perencanaan program selanjutnya;</p> <p>84. Rumah sakit menetapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit terhadap pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit;</p> <p>85. Pasien, keluarga dan pengunjung harus diberikan edukasi tentang Pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit di RSUD Kabupaten Temanggung dikoordinasi oleh Komite PPI yang tergabung dalam unit rawat jalan dan rawat inap;</p> <p>86. Untuk edukasi pasien rawat inap disampaikan oleh perawat saat orientasi pasien baru masuk meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kebersihan tangan; b. Etika batuk dan bersin; c. Larangan membawa anak sehat dibawah 12 tahun ke rumah sakit; d. Larangan mencuci dan menjemur pakaian di rumah sakit; e. Larangan melepas alas kaki; f. Larangan duduk, tidur atau tiduran dilantai rumah sakit; <p>87. Rumah sakit menetapkan program pengendalian resistensi antimikroba mengacu pada program di PPRA;</p> <p>88. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan secara internal (antar unit) maupun eksternal</p>
--	--	---

		<p>(dengan Rumah Sakit lain yang sejenis atau dengan praktik terbaik/bukti ilmiah yang diakui);</p> <p>89. Rumah sakit yang menjadi mitra dalam benchmarking eksternal adalah rumah sakit lokal/nasional yang setara maupun organisasi kesehatan internasional yang terbukti memiliki praktik terbaik secara ilmiah;</p> <p>90. Rumah sakit menetapkan bahwa setiap pelanggaran/ ketidakpatuhan terhadap semua kebijakan di komite PPI maka akan dilakukan pembinaan berupa re edukasi oleh komite PPI melalui mekanisme yang ditetapkan KPPI;</p> <p>91. Rumah sakit menetapkan apabila petugas yang telah dilakukan pembinaan berupa re edukasi oleh KPPI belum merubah perilakunya, maka oleh KPPI permasalahan yang ada di serahkan sepenuhnya kepada bidang atau bagian terkait untuk menindaklanjuti.</p>
26.	DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) berpedoman pada panduan DPJP Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung. 2. Sistem pelayanan dan perawatan di ICU Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menggunakan sistem semiclose, dimana sebagai DPJP Utama adalah dokter anestesi. 3. DPJP bertanggung jawab terhadap semua pelayanan kepada pasien. 4. DPJP wajib melengkapi berkas rekam medis pasien. 5. DPJP wajib memenuhi hak pasien. 6. Apabila ada dua atau lebih DPJP pada satu pasien dalam satu masa perawatan maka harus ditentukan DPJP utama, dimana DPJP utama ditentukan berdasarkan dominannya kondisi penyakit atau berdasarkan kesepakatan antar DPJP yang merawat pasien. 7. Pada saat hari libur atau DPJP berhalangan hadir, DPJP dapat melimpahkan wewenang berupa mandat kepada dokter umum.
27.	PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan anestesi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung diberlakukan seragam di seluruh unit dimana pelayanan anestesi dilakukan,

		<p>memadai, teratur dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pelayanan anestesi yang dimaksud dalam kebijakan ini meliputi: penilaian pra-anestesi, tindakan anestesi yaitu sedasi, anestesi umum dan anestesi regional (spinal, epidural dan blok saraf perifer), pemantauan selama anestesi, pelayanan pasca anestesi dan tatalaksana nyeri. 3. Dokter spesialis anestesi melakukan tindakan anestesi yang meliputi: sedasi sedang dan dalam, anestesi umum dan anestesi regional (spinal, epidural dan blok saraf perifer) dengan penata anestesi bertugas sebagai asisten saat dokter spesialis anestesi melakukan tindakan anestesi 4. Pelayanan anestesi dapat diberikan untuk kebutuhan tindakan diagnostik dan terapeutik. 5. Dokter spesialis anestesi adalah dokter yang telah menyelesaikan pendidikan anestesi di pusat pendidikan yang diakui dan telah memiliki STR dan SIP 6. Penata anestesi adalah perawat yang terlatih dibidang anestesi dan telah menyelesaikan program D-III / DIV anestesi atau perawat yang telah terlatih di bidang anestesi dan bekerja di kamar operasi di bidang anestesi. 7. Tindakan anestesi dilakukan hanya oleh dokter spesialis anestesi dengan asisten penata anestesi. 8. Dokter spesialis anestesi bisa mendelegasikan beberapa kewenangan kepada penata anestesi sesuai dengan kompetensi penata anestesi. 9. Tindakan sedasi dan anestesi pada setiap pasien direncanakan dan perencanaan didokumentasikan dalam rekam medis pasien. 10. Tindakan pelayanan sedasi di luar kamar operasi bisa didelegasikan kepada dokter umum. 11. Pelayanan anestesi disediakan secara teratur dan rutin yaitu : Dua puluh empat jam sehari, tujuh hari seminggu, termasuk hari libur. 12. Untuk kasus elektif di laksanakan pada jam kerja dan untuk kasus darurat dapat di laksanakan sewaktu waktu selama 24 jam. 13. Dokter spesialis anestesi mempunyai
--	--	---

		<p>kewajiban memberikan penjelasan kepada pasien, keluarga atau penanggung jawab pasien tentang manfaat, resiko dan alternatif serta tata cara menghadapi resiko yang mungkin terjadi dari tindakan anestesi yang akan diberikan, serta memberikan edukasi tentang pemberian analgetik setelah tindakan anestesi dan sedasi.</p> <p>14. Tindakan edukasi dan pemberian informasi bisa dilakukan di bangsal/ rawat inap untuk kasus elektif, sedangkan kasus emergency dilakukan di IGD maupun ruang IBS.</p> <p>15. Pasien, keluarga atau penanggung jawab pasien memberikan persetujuan atas tindakan anestesi dan alternatifnya yang akan dilakukan.</p> <p>16. Inform consent terdokumentasi dalam rekam medis</p> <p>17. Pelayanan pasien untuk menjalani sedasi moderat dan dalam, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya; b. Dokumentasi yang diperlukan tim untuk dapat bekerja dan berkomunikasi secara efektif; c. Pertimbangan persetujuan (consent) khusus, bila diperlukan; d. Kebutuhan monitoring pasien; e. Kualifikasi atau keterampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi; dan f. Ketersediaan dan penggunaan peralatan spesialistik. <p>18. Penilaian pra-anestesi dilakukan sebelum tindakan anestesi.</p> <p>19. Penilaian pra-anestesi yang dilakukan oleh dokter spesialis anestesi berguna untuk menilai kondisi fisiologis pasien sebelum dilakukan tindakan anestesi</p> <p>20. Berdasarkan penilaian pra-anestesi maka dilakukan perencanaan anestesi, diantaranya teknik dan obat-obat anestesi yang akan digunakan, persiapan yang dibutuhkan sebelum tindakan anestesi, serta perawatan pasien pasca operasi.</p> <p>21. Penilaian pra-anestesi dan perencanaan anestesi yang akan dilakukan didokumentasikan dalam rekam medis</p>
--	--	---

		<p>pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. Pemeriksaan pra-induksi dilakukan sebelum induksi anestesi, 23. Pemeriksaan pra-induksi bertujuan untuk menilai kondisi fisiologis pasien sesaat sebelum induksi anestesi dilakukan. 24. Penilaian pra-induksi didokumentasikan dalam rekam medis 25. Penilaian pra-anestesi dan pra-induksi dilaksanakan sesuai dengan prosedur pra-anestesi dan pra-induksi 26. Pemantauan dan evaluasi kondisi fisiologis pasien dilakukan sebelum, selama dan sesudah anestesi 27. Pemantauan berguna untuk menjaga kondisi hemodinamik pasien berada dalam kondisi yang optimal dengan menggunakan alat yang sudah ditentukan guna mencegah morbiditas dan mortalitas pasien selama anestesi dan operasi 28. Pemantauan minimal yang dilakukan adalah sama disemua unit dimana anestesi dilakukan, yaitu pemantauan di lakukan setiap 5 menit sekali selama dalam periode intra anestesi atau setiap saat jika diperlukan yang meliputi tekanan darah, rekam jantung, laju nadi, pernafasan, saturasi oksigen perifer. 29. Hasil pemantauan pasien direkam dalam rekam medis. 30. Pemantauan yang dilakukan sesuai dengan SOP pemantauan dalam anestesi 31. Untuk mengantisipasi resiko pasien jatuh dalam pemantaun selama proses anesetesi, merujuk pada kebijakan dan protokol pencegahan pasien jatuh. 32. Dokumentasi pada rekam medis pasien antara lain adalah pemeriksaan pra-anestesi, dokumen pemberian informasi dan persetujuan tindakan anestesi, lembar catatan anestesi (penilaian pra-induksi, teknik anestesi yang digunakan, obat-obat anestesi yang diberikan, pemantauan selama anestesi, pemantauan pasca anestesi), nama pasien, dokter spesialis anestesi dan penata anestesi. 33. Kepala pelayanan anestesi bertanggungjawab untuk memastikan bahwa pelayanan medis, perawatan dan penunjang klinis memahami kebijakan ini di bagian yang menjadi
--	--	--

		<p>tanggung jawab mereka, melakukan implementasi dari kebijakan ini di dalam bagian yang menjadi tanggung jawab mereka, mengidentifikasi dan mengalokasikan sumber daya yang sesuai agar terpenuhinya kebijakan ini, memastikan kebijakan ini diinformasikan kepada semua staf serta mengembangkan kebijakan ini untuk memelihara atau mempertahankan program pengendalian mutu.</p> <p>34. Tindakan operasi adalah tindakan yang beresiko tinggi. Sehingga perlu di design sebaik mungkin untuk meminimalisir resiko infeksi.</p> <p>35. Kamar operasi di design dengan memperhatikan pembagian area atau zona yang sudah diatur dalam perundang – undangan.</p> <p>36. Zona kamar operasi dibagi menjadi 4 yaitu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Zona steril rendah b. Zona steril sedang c. Zona steril tinggi d. Zona steril sangat tinggi. <p>37. Selain zona yang sudah dibagi berdasarkan tingkat kesterilan design kamar operasi juga memperhatikan resiko keselamatan dan keamanan baik untuk pasien dan karyawan.</p> <p>38. Pelayanan kamar bedah meliputi kegiatan mengidentifikasi kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial pasien dan mengimplementasikan asuhan yang bersifat individualistik, mengkoordinasikan semua kegiatan pelayanan dalam rangka memulihkan dan mempertahankan derajat kesehatan pasien sebelum, selama dan sesudah operasi.</p> <p>39. Asuhan pasien bedah harus direncanakan dengan seksama. Asuhan setiap pasien bedah berdasarkan pada assesmen yang harus dilakukan oleh dokter sebelum menentukan tindakan yang akan dilakukan.</p> <p>40. Pemilihan tindakan operasi harus memperhatikan riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, manfaat dan resiko dari tindakan yang dipilih.</p> <p>41. Hasil asesmen dicatat dalam rekam medis pasien. Assesmen yang dicatat harus menginformasikan tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Data obyektif dan data subyektif b. Diagnosa pra operasi
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> c. Rencana tindakan dan waktu pelaksanaan tindakan d. Estimasi waktu yang dibutuhkan e. Lokasi dimana akan dilakukan tindakan bedah f. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) <p>42. Proses assesmen dilakukan sesegera mungkin bagi pasien gawat darurat. Untuk pasien yang langsung dilayani oleh dokter bedah assesmen pra bedah menggunakan assesmen awal rawat inap, dan pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan assesmen dilakukan dan dicatat dalam rekam medis, sedangkan pasien yang dikonsultasikan ditengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan untuk operasi maka assesmen pra bedah juga dicatat dalam rekam medis.</p> <p>43. Untuk memenuhi kebutuhan informasi DPJP atau PPA harus memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga atau pihak lain yang berwenang memberiakan keputusan. Informasi yang disampaikan tersebut harus memuat</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas pasien b. Diagnosa c. Rencana tindakan d. Tujuan tindakan e. Tata cara f. Alternatif tindakan g. Komplikasi tindakan h. Prognosis i. Dokter yang akan melakukan tindakan <p>44. Edukasi tentang pemberian darah atau produk darah mencakup kebutuhan, resiko maupun alternatif terhadap darah atau produksarah yang akan digunakan.</p> <p>45. Laporan operasi harus dicatat segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien pindah ke ke tempat asuhan biasa. Penulisan laporan operasi harus memuat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identitas pasien b. Tanggal dilakukan operasi c. Diagnosis post op d. Nama dokter bedah dan asisten e. Diagnosis pre operasi f. Diagnosis post operasi g. Jaringan yang akan di eksisi/ insisi
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> h. Jumlah darah yang keluar dan jumlah darah yang masuk jika dilakukan tranfusi i. Nama tindakan pembedahan j. Komplikasi tindakan operasi k. No pendaftaran alat yang dipasang (implan) l. Tanda tangan dokter yang bertanggung jawab <p>46. Jika kondisi pasien kritis dan dokter bedah mendampingi pasien dari ruang operasi keruang asuhan intensif maka laporan operasi dapat dibuat di daerah asuhan lanjutan.</p> <p>47. Jika pasien dipasang implan makan nomer pendafran alat (stiker) ditempel di rekam medis pasien, resep dan dokumentasi dikamar operasi.</p> <p>48. Rencana asuhan pasca operasi ditulis oleh DPJP (bila di delegasikan harus diverifikasi), rencana asuhan perawat dan rencana asuhan oleh PPA lain yang sesuai pada lembar instruksi pasca operasi.</p> <p>49. Pelaksanaan rencana asuhan pasca bedah didokumentasikan dalam bentuk SOAP dan harus selesai dalam 24 jam.</p> <p>50. Laporan operasi atau ringkasan catatan operasi harus sudsh selesai di dokumentasikan sebelum pasien meninggalkan <i>recovery room</i>. Jika ada kondisi tertentu yang mengharuskan dokter bedah mendampingi pasien hingga ruangan intensive makan laporan bisa dibuat di area asuhan lanjutan.</p> <p>51. Sebelum pemberian anastesi lokal dilakukan inform consent oleh DPJP.</p> <p>52. DPJP bertanggung jawab secara penuh dan memantau kondisi fisiologis pasien selama dilakukan tindakan dengan anastesi lokal.</p> <p>53. Status fisiologis pasien dimonitor secara terus menerus selama tindakan pembedahan dan ditulis dalam rekam medis pasien.</p> <p>54. Hemodinamik pasien dilaporkan setiap 15 menit dan ditulis direkam medis.</p> <p>55. Temuan selama tindakan pembedahan ditulis dalam rekam medis pasien.</p> <p>56. Dikamar operasi juga menetapkan standar mutu unit dan keselamatan pasien yang setiap bulan harus dilaporkan kepada direktur melalui komite peningkatan mutu</p>
--	--	---

		<p>elayanan Rumah Sakit.</p> <p>57. Semua karyawan yang terlibat dalam ruang lingkup kebijakan ini bertanggung jawab untuk memahami, mematuhi dan mengimplementasikan apa yang sudah tertuang dalam kebijakan tersebut.</p> <p>58. Direktur bertanggung jawab untuk memastikan bahwa mekanisme implementasi, pemantauan dan perbaikan secara keseluruhan dari kebijakan ini telah berjalan dan dijalankan dengan menghormati hak pasien, serta dapat diakses dan dimengerti oleh seluruh staf terkait.</p>
28.	KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam melaksanakan tugasnya setiap karyawan Rumah Sakit dan pihak eksternal yang bekerja di lingkungan Rumah Sakit wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja) termasuk dalam penggunaan Alat Pelindung Diri (APD). 2. Rumah Sakit mendukung, memberikan perlindungan pada seluruh orang dan benda yang berada dalam lingkungan Rumah Sakit. 3. Terwujudnya bangunan gedung sesuai fungsi yang ditetapkan dan yang memenuhi persyaratan teknis : keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan serta kelestarian lingkungan. 4. Setiap pengadaan Bahan B3 harus mengupayakan Kesehatan dan Keselamatan Kerja dengan menyertakan lembar MSDS dalam pengirimannya dan Rumah Sakit menyediakan ruang atau tempat penyimpanan khusus B3. 5. Setiap pengendalian B3 harus mengupayakan kesehatan dan keselamatan kerja serta pencegahan pencemaran lingkungan hidup. 6. Setiap penanggulangan B3 harus mengupayakan kesehatan dan keselamatan kerja serta pencegahan pencemaran lingkungan hidup. 7. Seluruh karyawan karyawati Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung wajib dilakukan pemeriksaan kesehatan minimal 1 (satu) tahun sekali dan mendapatkan imunisasi Hepatitis-B sebanyak 1 (satu) kali seumur hidup. 8. Terlaksananya pelaporan kejadian kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja.

		<p>9. Apabila terdapat pekerja / staf Rumah Sakit yang terpapar akibat resiko dari pekerjaannya di Rumah Sakit, maka menjadi tanggung jawab pihak Rumah Sakit.</p> <p>10. Penanganan kecelakaan bahan kimia sesuai dengan prosedur bahan. Penanganan pasca pajanan sebagai resiko kerja sesuai prosedur yang ada.</p> <p>11. Penanganan tumpahan bahan kimia dilakukan dengan Spill kit yang didalamnya terdapat media pasir basah dengan proteksi lengkap menggunakan APD pada petugas pembersihnya.</p> <p>12. Terlaksananya penyehatan lingkungan meliputi: penyehatan ruang dan bangunan, penyehatan makanan dan minuman, penyehatan air, penanganan limbah, penyehatan tempat pencucian umum termasuk laundry, pengendalian serangga, tikus dan binatang pengganggu lain, pemantauan sterilisasi dan desinfeksi, perlindungan radiasi dan upaya promosi kesehatan lingkungan.</p> <p>13. Rumah Sakit memiliki sistem peringatan dini (<i>Early Warning System</i>) dengan menggunakan kode warna dalam rangka penanggulangan kedaruratan/ bencana di Rumah Sakit.</p> <p>14. Untuk pencegahan kejadian kebakaran di area konstruksi, pihak kontraktor diwajibkan untuk :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menjaga kebersihan b. Larangan merokok c. Menerapkan <i>safety</i> lingkungan kerja <p>15. Rumah Sakit saat terjadi bencana eksternal :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Merupakan Rumah Sakit yang siap menerima pasien/korban selama 24 jam b. Siap menjadi Rumah Sakit penerima pertama apabila menjadi Rumah Sakit yang terdekat dengan kejadian bencana c. Siap menjadi Rumah Sakit pendukung yang menerima limpahan pasien, mengirimkan Tim ke lapangan dan menerima rujukan dari Rumah Sakit penerima pertama kejadian bencana. <p>16. Saat terjadi bencana eksternal, Rumah Sakit menyediakan ruang rawat emergensi bagi korban bencana di selasar IGD dan Doorlope Poliklinik.</p> <p>17. Area dekontaminasi korban bencana berada di bagian depan IGD.</p>
--	--	---

		<p>18. Tenaga untuk penanganan korban bencana eksternal akan diambilkan petugas dari ruangan-ruangan, bila kurang akan dipanggilkan petugas jaga shift berikutnya, jika masih membutuhkan bantuan lagi maka Rumah Sakit akan meminta bantuan kepada institusi pendidikan yang sudah bekerjasama dengan pihak Rumah Sakit.</p> <p>19. Apabila terjadi bencana untuk gedung bertingkat yang tidak mempunyai Ram maka proses evakuasi pasien yang tidak dapat berjalan sendiri diangkat menggunakan tandu atau kain 2 lapis (sprei dan boven laken), evakuasi menuju titik berkumpul.</p> <p>20. Sosialisasi prosedur evakuasi kejadian bencana dilaksanakan pada waktu apel, pada waktu pelatihan K3 dan saat simulasi kejadian bencana yang dilaksanakan minimal 1 tahun sekali.</p> <p>21. Memastikan sarana dan prasarana Rumah Sakit diperiksa dan dikalibrasi secara berkala sesuai dengan peraturan yang berlaku.</p> <p>22. Penggudangan alat kesehatan dilakukan apabila ada permintaan dari user atau hasil pemeriksaan dari teknisi terjadi kerusakan atau tidak memenuhi standar yang kemudian dibuatkan berita acara penarikan barang.</p> <p>23. Pelaksanaan recall peralatan kesehatan dilakukan bila terjadi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Karena cacat produksi b. Sesuai pemberitahuan dari pihak yang berwenang untuk dilakukan recall alat <p>24. Rumah Sakit menjamin ketersediaan 24 jam sehari 7 hari seminggu dan terpeliharanya sistem kunci listrik, air, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya.</p>
29.	PELAYANAN HEMODIALISA	<p>Agar kegiatan pelayanan dapat terselenggara secara optimal perlu ada kebijakan dan prosedur baku di instalasi hemodialisis secara tertulis untuk dijadikan pedoman pelaksanaan bagi seluruh staf.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebijakan utama <ol style="list-style-type: none"> a. Peralatan di Unit Hemodialisa harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. b. Pelayanan di Unit Hemodialisa harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. c. Semua petugas Unit Hemodialisa wajib

		<p>memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) e. Para pemberi asuhan harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur oprasional yang berlaku, etika profesi, etiket, dan menghormati hak pasien. f. Pelayanan Unit Hemodialisa dilaksanakan dalam 14 jam. g. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan. h. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali. i. Setiap bulan wajib membuat laporan. <p>2. Kebijakan khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Setiap pasien yang masuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dientry melalui admission. b. Setiap pasien Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memiliki satu nomor catatan medik. c. Penyimpanan catatan medik hemodialisa pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan di dalam satu tempat. d. Pelayanan dan tindakan hemodialisis dilakukan berdasarkan permintaan dokter secara tertulis dengan mencantumkan diagnosa klinis dan peresepan diagnosa yang terkait e. Permintaan Hemodialisa hanya bisa diberikan untuk kepentingan peningkatan kualitas hidup pasien. f. Tindakan hemodialisis dalam tanggung jawab dokter spesialis penyakit dalam (DPJP) g. Semua pofesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada lembar hemodialisa yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan tanda tangan / paraf dan inisial nama. h. Tindakan ini merupakan tindakan resiko tinggi yang memerlukan informed consent. i. Tindakan hemodialisis dilakukan pada
--	--	--

		<p>pasien terprogram, tidak terprogram dan emergency (Cito). Pelayanan hemodialisis reguler/terprogram dilaksanakan sesuai jadwal pelayanan yang ditentukan atas kesepakatan antara pasien dan petugas.</p> <p>j. Tindakan Hemodialisis dilakukan dengan Hemodialisis set dialiser single use dan re use</p> <p>k. Single use dilakukan pada pasien emergensi/ cito, pasien infeksius dan atas permintaan pasien sendiri.</p> <p>l. Yang dimaksud dengan pasien infeksius adalah pasien dengan screening HBsAg positif, Anti HCV positif, Anti HIV positif.</p> <p>m. Setiap pasien telah dilakukan screening HIV, HbsAg dan anti HCV sebelum dilakukan tindakan pertama hemodialisis dan dilakukan screening secara berkala 6 bulanan.</p> <p>n. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar Hemodialisa yang telah ditetapkan.</p> <p>o. Unit hemodialisa bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator Rumah Sakit yang telah ditetapkan.</p> <p>p. Seluruh pelayanan Hemodialisa wajib berorientasi pada kepuasan pelanggan.</p> <p>q. <u>Pasien dengan Hepatitis B disediakan tindakan di Ruang Isolasi</u></p> <p>r. <u>Hemodialisis pasien gagal ginjal dengan HIV positif mesin dipisahkan</u></p> <p>s. Pasien dengan TB positif mempunyai ruang isolasi sendiri.</p> <p>t. Kegiatan hemodialisis dan monitoring pasien dicatat dan ditulis dengan baik oleh petugas (dokter, perawat, dietiesan dll) dalam status harian terintegrasi.</p> <p>u. Tindakan hemodialisis dilakukan oleh perawat yang bersertifikat dialisis</p> <p>v. Staff hemodialisis senantiasa meningkatkan sumber dayanya untuk kemajuan pengembangan pelayanan</p> <p>w. Akses vaskuler</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Akses vaskuler hemodialisis rutin adalah AV Shunt/ AV Fistula/ Cimino. 2) Akses vaskuler sementara dilakukan pemasangan Double Lumen Catheter
--	--	--

		<p>oleh dokter yang kompeten dan diberikan wewenang di RSUD Temanggung</p> <p>3) Akses Vaskuler darurat dilakukan dengan punksi femoral</p> <p>x. Setiap permasalahan hemodialisis diselesaikan secara mufakat</p> <p>y. Semua kegiatan hemodialisis dilakukan dengan sarana prasarana yang memenuhi standar</p> <p>z. Setelah Pelaksanaan Hemodialisis mesin dibersihkan bagian luar dan dalam dengan desinfektan sodium hipoklorid maupun Asam sitrat yang terprogram.</p> <p>aa. Berkas hemodialisa yang akan dikembalikan ke Catatan Medis wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan.</p> <p>bb. Unit Hemodialisa bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal.</p> <p>cc. Bagi pasien yang memerlukan data Hemodialisa, dapat diberikan resume atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan telah diberikan.</p> <p>dd. Bagi pasien yang memerlukan data Hemodialisa untuk keperluan perjalanan, akan diberikan surat travelling hemodialisa.</p> <p>ee. Unit Hemodialisa Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menerima kegiatan magang mahasiswa terkait.</p>
30.	PEMBERIAN INFORMASI DAN EDUKASI PADA PASIEN DAN KELUARGA	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua pasien yang dirawat di Rumah Sakit umum daerah kabupaten temanggung dilakukan asesmen awal untuk menentukan kebutuhan edukasi dan informasi 2. Bahwa selama pasien dalam perawatan perlu diberikan edukasi dan informasi pada pasien sesuai kebutuhannya dalam waktu 1x24 jam 3. Edukasi dan informasi pada pasien dan keluarga diberikan oleh edukator yang telah mempunyai kompetensi di bidangnya dan mempunyai sertifikat kompetensi komunikasi efektif 4. Edukasi dan informasi diberikan dengan waktu yang ditentukan secara adekuat 5. Bahwa dalam penerimaan informasi dan

		<p>edukasi semua pasien bersamaan kedudukannya termasuk pasien dengan hambatan komunikasi dan kebutuhan khusus</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Semua pasien berhak mendapatkan edukasi dan informasi tentang: penyakit yang dideritanya, pengobatan, asuhan keperawatan, penggunaan peralatan medis, rehabilitasi medis, manajemen nyeri dan diit pasien sesuai kebutuhannya 7. Bahwa agar pemberian informasi dan edukasi pada pasien dengan hambatan komunikasi dapat terlaksana dengan baik, perlu adanya Kebijakan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung sebagai landasan bagi penyelenggaraan pendidikan pada pasien dan keluarga 8. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud, diperlukan panduan yang mengatur tentang pemberian informasi dan edukasi pasien dan keluarga di Rumah Sakit agar tidak terjadi kesalahan 9. Bahwa agar panduan pemberian informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga mempunyai kekuatan hukum perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung 10. Komunikasi efektif adalah : tepat waktu, akurat, jelas dan mudah dipahami oleh penerima sehingga dapat dipahami tingkat kesalahan (kesalahpahaman) dalam memberikan komunikasi antara pemberi layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menggunakan SBAR. SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan yang memerlukan perhatian dan tindakan segera.
31.	HIV-AIDS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung mendukung pelayanan penanggulangan HIV / AIDS. 2. Rumah Sakit melakukan Upaya Promosi Kesehatan terkait HIV / AIDS kepada pasien, keluarga dan semua karyawan Rumah Sakit. 3. Rumah Sakit melakukan Uji Tapis HIV kepada setiap pasien yang akan melakukan tindakan operasi, ibu hamil, pasien TB dan jika ada indikasi yang mengarah kecurigaan diagnosis HIV / AIDS. 4. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten

		<p>Temanggung mendukung pelayanan sebagai Rumah Sakit Rujukan HIV AIDS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pelayanan unit HIV harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien serta petugas. 6. Penemuan kasus HIV melalui pemeriksaan laboratorium yang terjamin mutunya. 7. Pengobatan HIV dengan ARV sesuai standart dengan supervisi dan dukungan bagi pasien serta keluarga. 8. Sistim pengelolaan dan ketersediaan ARV yang efektif. 9. Setiap petugas di layanan HIV wajib memiliki kemampuan untuk memberikan penyuluhan kepada pasien dan pengawas minum obat (PMO) tentang keteraturan minum obat ARV. 10. Meningkatkan Fungsi Layanan penunjang, yaitu Laboratorium, Farmasi dan Radiologi. 11. Pencatatan dan Pelaporan hasil monitoring evaluasi disampaikan secara tertulis kepada direktur setiap bulan untuk diketahui dan ditindaklanjuti. 12. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung melakukan skrening TB pada semua ODHA yang berkunjung ke Layanan PDP 13. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pemberian profilaksis INH pada ODHA yang berkunjung dan memenuhi syarat 14. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan Pelayanan Konseling Test HIV (KT HIV) yang bermutu dan sesuai dengan standar 15. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak 16. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pengobatan Infeksi Oportunistik / IO dan layanan rujukan bila diperlukan
32.	PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENSI KOMPREHENSIF (PONEK)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan unit PONEK harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. 2. Pada setiap shift jaga, salah satu Bidan dan perawat yang bertugas harus memiliki sertifikat pelatihan PONEK. 3. Setiap petugas berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu/ bayi dan meningkatkan kesehatan ibu.

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Melaksanakan dan menerapkan standar pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna. 5. Lokasi kamar bersalin berdekatan dengan IBS dan Laboratorium. 6. Adanya fasilitas bagi bayi yang terkena infeksi. 7. Obat dan alat kesehatan sesuai standar PONEK yang berlaku. 8. Setiap petugas wajib memiliki kemampuan untuk memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dalam masa perawatan antenatal, persalinan dan post natal. 9. Pendampingan operasi sectio Cesaria oleh dokter spesialis anak, dan apabila berhalangan dapat diganti dokter umum jaga bangsal.
33.	PELAYANAN KB	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan pelayanan KB di Rumah Sakit dilakukan secara terpadu oleh Tim PKBRS terdiri dari Dokter Kebidanan dan Kandungan, Dokter Bedah, Dokter Anestesi, serta profesi bidan di Rumah Sakit. 2. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pelayanan KB lengkap meliputi pelayanan kontrasepsi internal dan pelayanan KB paska persalinan, penanganan efek samping komplikasi, ditambah MOW serta penanggulangan kegagalan dan pelayanan rujukan.
34.	PELAYANAN TB DENGAN STRATEGI DOTS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menyelenggarakan pelayanan TB/ TB RO dengan Strategi DOTS/ DOTS PLUS. 2. Penemuan kasus melalui pemeriksaan bakteriologis, cytologi atau histopathologi yang terjamin mutunya. 3. Pelayanan unit DOTS/ DOTS PLUS harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. 4. Semua pasien TB/ TB RO wajib dilakukan skrining HIV. 5. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pemberian profilaksis INH pada ODHA dan anak umur < 5 tahun yang kontak dengan BTA (+) tapi tidak tertular TB, yang berkunjung dan memenuhi syarat. 6. Pengobatan TB/ TB RO sesuai standar dengan supervisi dan dukungan bagi pasien. 7. Pelacakan kasus mangkir dilaporkan ke

		<p>wasaoor Dinas Kesehatan Kabupaten dan Programmer TB Puskesmas wilayah klien.</p> <p>8. Pengelolaan dan ketersediaan OAT dilaksanakan secara efektif.</p> <p>9. Sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.</p> <p>10. Semua pasien umum rawat jalan yangperiksa sputum BTA dibebaskan dari biaya.</p> <p>11. Petugas TB harus memiliki sertifikat pelatihan TB dan mampu untuk memberikan edukasi kepada pasien dan pengawas minum obat (PMO) tentang keteraturan minum obat TB serta waktu follow up pemeriksaan dahak.</p>
35.	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	<p>1. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar</p> <p>a. Semua pasien Rumah Sakit harus diidentifikasi dengan sedikitnya dua bentuk identifikasi yaitu : nama pasien dan tanggal lahir dan atau nomor rekam medik.</p> <p>b. Untuk pasien rawat inap, Hemodialisa dan Kemoterapi diidentifikasi menggunakan gelang identitas yang memuat informasi 3 identitas yaitu nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medik.</p> <p>c. Semua pasien diidentifikasi sebelum menerima cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, prosedur radiologi diagnostik, dan identifikasi terhadap pasien koma</p> <p>2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif</p> <p>a. Perintah lisan dan melalui telepon dituliskan secara lengkap oleh penerima, dibacakan ulang oleh penerima dan khusus obat-obatan yang termasuk NORUM/LASA harus dieja huruf demi huruf dan dikonfirmasi bahwa perintah yang ditulis dan dibacakan ulang adalah akurat.</p> <p>b. Ketentuan di butir (a) di atas berlaku juga untuk pelaporan hasil pemeriksaan CITO/ Kritis.</p> <p>c. Penerima perintah selanjutnya melengkapi nama, tanda tangan, tanggal dan jam.</p> <p>d. Pemberi perintah/DPJP selanjutnya memverifikasi perintah lisan atau telepon dalam waktu 1x24 jam, sedangkan untuk</p>

		<p>dokter part timer memverifikasi pada hari selanjutnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> e. Isi perintah, nama lengkap dan tanda tangan pemberi perintah, nama lengkap dan tanda tangan penerima perintah, tanggal dan jam dicatat di Rekam Medik. f. Perintah lisan yang menyebutkan obat-obatan yang termasuk NORUM/ LASA harus dieja huruf demi huruf. g. Dalam hal pelaporan kondisi pasien dan hasil pemeriksaan CITO atau Kritis apabila tidak bisa dilakukan melalui telepon karena suatu hal maka boleh dilakukan melalui Whatsapp dengan tetap berupaya menghubungi melalui telepon. h. Serah terima asuhan pasien (<i>Hand Over</i>) di dalam Rumah Sakit dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) antar berbagai tingkat layanan di dalam dan luar Rumah Sakit. Dari unit rawat inap ke unit layanan diagnostik/unit terapi fisik. i. Saat <i>hand over</i> menggunakan alat (RM Pasien), form (buku <i>hand over</i>) dan metode : <ul style="list-style-type: none"> - Verbal - Writen - Bed side j. Pelaporan nilai kritis dilakukan oleh perawat kepada DPJP dalam waktu maksimal 15 menit, jika tak bisa dihubungi maka bisa menghubungi dokter lain dengan kompetensi yang sama, dan jika masih belum dapat dihubungi maka bisa menghubungi dokter jaga bangsal. <p>3. Meningkatkan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (High Allert Medication)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Obat obatan NORUM (nama obat rupa obat mirip)/LASA (Look Alike Sound Alike) diidentifikasi, disimpan di tempat terpisah dan diberi label yang jelas. b. Obat High Alert (obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi) dan elektrolit pekat konsentrat tidak di simpan di ruang perawatan kecuali di ICU,HCU, PICU NICU, IGD, VK, unit Hemodialisa dan troli <i>emergency</i> yang terkunci serta diberi label khusus. c. Untuk pasien di ruang perawatan biasa disimpan dalam kotak obat pasien.
--	--	---

		<p>d. Pemberian obat HAM dan LASA harus dilakukan <i>double check</i>.</p> <p>e. Seluruh tempat penyimpanan obat di inspeksi secara periodik 1 bulan sekali untuk memastikan obat di simpan secara benar.</p> <p>4. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pasien Yang Benar</p> <p>a. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dengan tanda yang mudah dikenali, harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan dan harus dibuat saat pasien terjaga/sadar.</p> <p>b. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (<i>lateraly</i>), struktur multiple (jari tangan dan kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).</p> <p>c. Gunakan checklist untuk mem-verifikasi pra operasi tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien.</p> <p>d. Tim operasi mendokumentasikan prosedur “sebelum insisi/time out” tepat sebelum dimulainya prosedur/tindakan pembedahan.</p> <p>5. Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan</p> <p>a. Seluruh petugas rumah sakit harus bisa melakukan cuci tangan (<i>hand hygiene</i>) yang tepat, sesuai dengan pedoman dari WHO (<i>WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care</i>).</p> <p>b. Cuci tangan (<i>hand hygiene</i>) dilakukan pada saat :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Sebelum kontak dengan pasien. 2) Setelah kontak dengan pasien. 3) Sebelum tindakan aseptik. 4) Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien. 5) Setelah kontak dengan area sekeliling pasien. <p>6. Mengurangi Risiko Cidera Pasien Akibat Jatuh</p> <p>a. Asesmen awal resiko jatuh harus dilakukan terhadap semua pasien rumah sakit, sejak dari kedatangannya, dan dilakukan asesmen lanjutan bila berisiko jatuh dan dilakukan asesmen ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi/</p>
--	--	---

		<p>terapi pasien saat transfer dari satu unit ke unit lain dan adanya kejadian jatuh.</p> <p>b. Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan skala MORSE, sedangkan pada anak-anak menggunakan skala HUMPTY DUMPTY.</p> <p>c. RSUD Temanggung mempunyai panduan langkah-langkah pengurangan risiko jatuh pada pasien.</p> <p>d. Kejadian pasien jatuh dicatat dan dilaporkan kepada TIM KKPRS Rumah Sakit, untuk dianalisa, dievaluasi dan ditindak lanjuti.</p>
36.	PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA	<ol style="list-style-type: none"> 1. RSUD Kabupaten Temanggung menjalankan program pengendalian resistensi antimikroba (PPRA) berdasarkan acuan PERMENKES RI No 8 tahun 2015. 2. Direktur RSUD Kabupaten Temanggung membentuk tim khusus dalam menjalankan program PPRA yaitu Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (Tim PPRA), Tim PPRA berada dibawah Direktur RSUD Kabupaten Temanggung dan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Kabupaten Temanggung. 3. Anggota Tim PPRA dikelompokkan dalam kelompok staf medik, staf keperawatan, staf farmasi, staf laboratorium mikrobiologi, staf Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi (KPPI) dan staf Komite Farmasi Terapi (KFT). 4. Tim PPRA diketuai oleh dokter spesialis yang telah mengikuti pelatihan PPRA dan semua anggota Tim PPRA wajib mengikuti pelatihan PPRA yang tersertifikasi. 5. Pembuatan program-program Tim PPRA mengikuti kaidah-kaidah akreditasi rumah sakit. 6. Setiap program Tim PPRA harus diketahui dan disetujui oleh Direktur; dan setiap program yang telah dilakukan Tim PPRA dilaporkan kepada direktur. 7. Rapat koordinasi Tim PPRA dilakukan minimal tiga bulan sekali dipimpin oleh ketua dan dihadiri oleh segenap anggota Tim PPRA. 8. Pemeriksaan biakan bakteri dilakukan sebisa mungkin mengambil sampel dari organ yang terinfeksi atau sekresi organ yang terinfeksi (urin, sputum, feses). 9. Pemeriksaan biakan bakteri dari sampel darah dilakukan bila : <ol style="list-style-type: none"> a. infeksi bakteri yang terjadi belum / tidak

		<p>jelas organ mana yang terinfeksi.</p> <p>b. pasien dalam kondisi sepsis.</p> <p>10. Pemeriksaan biakan bakteri dilakukan sebelum pemberian antibiotik.</p> <p>11. Pola bakteri dan resistensi bakteri terhadap antibiotik dilaporkan setahun sekali oleh instalasi laboratorium berdasarkan pemeriksaan biakan bakteri.</p> <p>12. Penggunaan antibiotika di rumah sakit mengacu kepada Pedoman Umum Penggunaan Antibiotik Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 2406/MENKES/PER/XII/2011 yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit, yaitu penggunaan antibiotik secara bijak.</p> <p>13. Penggunaan antibiotik untuk terapi dalam bentuk terapi empiris, terapi definitif dan terapi profilaksis bedah. Terapi antibiotik secara empiris dilakukan menggunakan antibiotik pada kasus infeksi atau diduga infeksi bakteri yang belum diketahui jenis bakteri penyebab dan pola kepekaannya. Terapi antibiotik definitif dilakukan pada kasus infeksi yang sudah diketahui jenis bakteri penyebab dan pola kepekaannya. Terapi antibiotik profilaksis bedah (cefazolin atau cefuroxim) dilakukan menggunakan antibiotik sebelum, selama dan paling lama 24 jam paska operasi pada kasus yang secara klinis tidak memperlihatkan tanda infeksi dengan tujuan mencegah terjadinya infeksi luka daerah operasi.</p> <p>14. Pemberian antibiotik secara empiris dilakukan selama 48 — 72 jam pada pasien yang diidentifikasi mengalami infeksi bakteri. Pemberian antibiotik lanjutan harus didukung data hasil pemeriksaan laboratorium dan mikrobiologi.</p> <p>15. Antibiotik empirik ditetapkan berdasarkan pola mikroba dan kepekaan antibiotik setempat.</p> <p>16. Penggunaan antibiotik di rumah sakit dilakukan evaluasi berkala oleh apoteker dan dilaporkan kepada Tim Program Pengendalian Resistensi Antibiotik untuk dibuatkan usulan rekomendasi kepada Direktur.</p> <p>17. Pemilihan antibiotik untuk lingkup rumah sakit dilakukan oleh Komite Farmasi dan Terapi dengan mengacu kepada panduan penggunaan antibiotik rumah sakit, pola</p>
--	--	--

		<p>kuman rumah sakit dan pola resistensi antibiotik rumah sakit.</p> <p>18. Pemilihan antibiotik yang digunakan untuk pengobatan pasien mengacu kepada panduan penggunaan antibiotik rumah sakit, pola kuman dan resistensi antibiotik, sumber infeksi dan jenis kuman penyebab.</p> <p>19. Evaluasi penggunaan antibiotika dilakukan secara kualitatif (Metode Gyssen) dan secara kuantitatif (<i>Metode Defined Daily Dose / DDD</i>); evaluasi penggunaan antibiotika dilakukan minimal setahun sekali.</p> <p>20. Evaluasi penggunaan antibiotik dilakukan oleh apoteker dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP).</p> <p>21. Berdasarkan hasil evaluasi penggunaan antibiotika, Tim PPRA memberikan laporan dan rekomendasi kepada direktur rumah sakit.</p>
37.	PELAYANAN GERIATRI	<p>1. RSUD Kabupaten Temanggung menyelenggarakan pelayanan geriatri tingkat lengkap.</p> <p>2. Pelayanan geriatri tingkat lengkap meliputi rawat jalan, rawat inap akut, kunjungan rumah (<i>home care</i>).</p> <p>3. Setiap pasien geriatri dikelola oleh layanan geriatri terpadu dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin.</p> <p>4. Pasien geriatri adalah pasien yang berusia 60 tahun dengan memiliki lebih dari 1(satu) penyakit fisik dan atau satu penyakit psikis atau memiliki satu penyakit dan mengalami gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan dan usia 70 (tujuh puluh) tahun ke atas yang memiliki 1 (satu) penyakit fisik dan/atau psikis.</p> <p>5. Pelayanan geriatri rawat jalan terintegrasi dengan poli Penyakit Dalam.</p> <p>6. Pelayanan geriatri rawat inap dilakukan secara pengelompokan (<i>clustering</i>) di Bangsal Dahlia.</p> <p>7. Tim terpadu geriatri tingkat lengkap terdiri dari: dokter spesialis penyakit dalam, spesialis neurologi, spesialis kesehatan jiwa, spesialis rehabilitasi, dokter umum, perawat, apoteker, tenaga gizi, fisioterapi, psikolog.</p> <p>8. Tim geriatri menyelenggarakan CGA (<i>Comprehensive Geriatric Assesment</i>) yaitu</p>

proses untuk menganalisa status kesehatan pasien geriatri yang lemah yang dipimpin dokter spesialis sehingga perawatan pasien dapat optimal.

9. Tim geriatri dalam menyelenggarakan pelayanan sosial medik yang dikerjakan oleh *social worker* masih di laksanakan oleh MPP (Manager Pelayanan Pasien).
10. Tim geriatri menyelenggarakan pelayanan kesehatan lanjut usia masyarakat berbasis rumah sakit (*hospital based community geriatric service*).
11. Tim geriatri menyelenggarakan layanan kesehatan masyarakat lanjut usia berbasis rumah sakit (*hospital based*) dengan bekerjasama dengan tim PKRS.
12. Pasien geriatri RSUD Kabupaten Temanggung yang membutuhkan pelayanan geriatri di luar kemampuan tingkat pelayannya, melakukan rujukan internal dan eksternal.
13. Dalam penyelenggaraan pelayanan geriatri, RSUD Kabupaten Temanggung juga bekerjasama lintas program dan lintas sektor dalam rangka pengembangan pelayanan geriatri dan pemberdayaan masyarakat.
14. Untuk meningkatkan mutu pelayanan geriatri, dilakukan sistem monitoring dan evaluasi.
15. Tim pelayanan geriatri melakukan pengembangan sumber daya manusia, jenis pelayanan, sarana prasarana dan peralatan.
16. *Social worker* dilakukan oleh Manajer Pelayanan Pasien (MPP).

Pjs. DIREKTUR BLUD
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG


dr. ARTIYONO, M. Kes