

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



**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG
TAHUN 2024**



PEMERINTAH KABUPATEN TEMANGGUNG

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jalan Gajah Mada Nomor 1A Temanggung Kode Pos 56219

Telepon 0293 491119 Faximili 0293 493423

Surat Elektronik : rsud_temanggung@yahoo.co.id Laman : rsud.temanggungekab.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG

NOMOR 445 / 731 TAHUN 2024

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG,

- Menimbang : a. bahwa sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung, diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi;
- b. bahwa untuk mengusahakan penyelenggaraan pelayanan terlaksana dengan baik, perlu diatur dengan Kebijakan Pelayanan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kabupaten dalam Lingkungan Propinsi Djawa Tengah;
2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang;
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Peraturan Pemerintah Nomor 43 Tahun 2004 tentang Pelaksanaan Upaya Peningkatan Kesejahteraan Usia Lanjut;
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 472 Tahun 1996 tentang Pengamanan Bahan Berbahaya Bagi Kesehatan;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2016 tentang Penggunaan Gas Medik dan Vakum Medik pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 Tentang Badan Layanan Umum Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2023 tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan;
19. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1203/MENKES/SK/XII/2008 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Intensif Care Unit;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK 01.07/MENKES/1645/2024 tentang Rujuk Balik Penyakit Kronis ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama;
22. Peraturan Bupati Temanggung Nomor 36 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan pada Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung;
23. Peraturan Bupati Temanggung Nomor 57 Tahun 2020 tentang Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kelas B 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 / 045 Tahun 2022 tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KETIGA : Segala biaya yang timbul sebagai akibat dari ditetapkannya Keputusan ini dibebankan kepada Anggaran Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung.
- KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di Temanggung
Pada tanggal 14 November 2024

DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG



dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19760401 200312 2 010

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI..... i

MUTU RUMAH SAKIT 1

STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL..... 2

SKRINING PASIEN DI RUMAH SAKIT..... 2

REGISTRASI DAN ADMISI DI RUMAH SAKIT 3

KESINAMBUNGAN PELAYANAN 4

TRANSFER PASIEN INTERNAL DI DALAM RUMAH SAKIT 4

TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT / RUJUKAN PASIEN..... 4

PEMULANGAN PASIEN 5

PELAYANAN INSTALASI..... 5

TATA KELOLA STAF MEDIS DAN STAF TENAGA KESEHATAN 6

PELAYANAN GAWAT DARURAT 6

PELAYANAN REKAM MEDIS 8

PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN 13

PELAYANAN LABORATORIUM 25

PELAYANAN RADIOLOGI 27

PENUNDAAN/ KELAMBATAN PELAYANAN..... 28

PEMBATASAN DAN PEMBATALAN PELAYANAN 29

PELAYANAN HOME CARE 29

RINGKASAN/RESUME PASIEN PULANG 29

TRANSPORTASI 29

PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN..... 30

HAK PASIEN DAN KELUARGA 30

PENGKAJIAN PASIEN (PP) 32

PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT 36

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT 44

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN 55

PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH..... 56

PENGGUNAAN IMPLAN ALAT MEDIS 60

KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA..... 61

PELAYANAN HEMODIALISIS 64

PENGELOLAAN KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT..... 67

KOMUNIKASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA 68

HIV-AIDS 69

PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI 70

PELAYANAN KB 71

PELAYANAN PENURUNAN PREVALENSI *STUNTING* DAN *WASTING*..... 71

PELAYANAN TB DENGAN STRATEGI DOTS 71

SASARAN KESELAMATAN PASIEN 72

PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA..... 76

PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH..... 77

KEBIJAKAN PELAYANAN RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN TEMANGGUNG

No.	JENIS KEBIJAKAN	PELAKSANAAN
1.	2.	3.
1.	MUTU RUMAH SAKIT	1. Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan tata kelola mutu untuk meningkatkan mutu Rumah Sakit dan mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit (PMK Nomor 80 tahun 2020). 2. Komite Mutu Rumah Sakit yang selanjutnya disebut Komite Mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur rumah sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan rumah sakit. 3. Komite Mutu bertugas membantu Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko di Rumah Sakit. 4. Komite Mutu dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, dapat berkoordinasi dengan unsur komite medis, komite keperawatan, komite pencegahan dan pengendalian nfeksi, komite etik dan hukum, dan unsur organisasi atau unit kerja terkait lainnya. 5. Dalam rangka meningkatkan kinerja pelaksanaan tugas dan fungsi Komite Mutu, dapat dilakukan upaya peningkatan kapasitas keanggotaan Komite Mutu melalui pelatihan. 6. Indikator mutu : a. Indikator Nasional Mutu Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Indikator Mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat capaian target mutu pelayanan kesehatan b. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung mempunyai indikator yang terdiri dari : 1) Indikator Mutu Nasional 2) Indikator Mutu Prioritas 3) Indikator Sasaran Keselamatan Pasien 4) Indikator Mutu Unit c. Pelaporan Indikator Mutu dari masing-masing unit dilaporkan secara rutin setiap bulan kepada Direktur melalui Komite Mutu.

		d. Setiap Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan melalui aplikasi Mutu Fasyankes. e. Indikator Mutu Prioritas sebagai variable penilaian perubahan pada layanan prioritas rumah sakit.
2.	STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL	1. Dalam penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan, setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyusun standar prosedur operasional dengan mengacu pada standar pelayanan kesehatan (PP Nomor 28 tahun 2024). 2. Standar prosedur operasional di fasilitas pelayanan memuat : a. panduan praktik klinis; dan b. prosedur pemeriksaan atau tindakan. 3. Panduan Praktek Klinis a. Panduan praktik klinis dibuat berdasarkan bukti terbaru dengan pendekatan penyakit dan pelayanan yang diberikan multiprofesi atau lintas profesi dilengkapi dengan alur klinis, algoritma atau prosedur dan mengacu pada Pedoman Nasional Praktik Kedokteran b. Setiap tahun KSM menetapkan dan memilih minimal 5 PPK/CP yang akan dievaluasi. 4. Clinical Pathway Clinical Pathway merupakan suatu standar operasional yang meliputi profesi medis, keperawatan dan tenaga kesehatan lain.
3.	SKRINING PASIEN DI RUMAH SAKIT	Rumah Sakit menetapkan proses skrining pasien rawat inap maupun rawat jalan untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan (Instrumen Akred 1. Skrining dilakukan pada kontak pertama dengan pasien yang dilakukan di dalam Rumah Sakit dan di luar Rumah Sakit untuk mengidentifikasi apakah pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan misi serta sumber daya Rumah Sakit. 2. Skrining didalam Rumah Sakit dilaksanakan melalui kontak visual pengamatan, triase, pemeriksaan fisik . Skrining dilakukan di IGD dan rawat jalan. 3. Skrining diluar Rumah Sakit dilaksanakan melalui telepon 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. Keputusan untuk mengobati, mentransfer atau merujuk dilakukan setelah hasil skrining selesai dievaluasi, bila kebutuhan pasien tidak dapat dipenuhi sesuai misi dan sumber daya yang ada, maka Rumah Sakit akan merujuk atau membantu pasien ke

		fasilitas pelayanan yang sesuai kebutuhannya. 5. Proses skrining triase bertujuan menentukan prioritas pelayanan kesehatan pada kondisi darurat, sangat mendesak atau membutuhkan pertolongan segera 6. Pada kondisi keadaan luar biasa/<i>overload</i> kapasitas di IGD atau kondisi bencana, proses skrining menggunakan sistem triase. 7. Skrining pasien yang akan rawat inap dilaksanakan untuk menetapkan kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif, pelayanan khusus atau spesialisik atau pelayanan intensif. 8. Rumah sakit menetapkan kriteria keluar masuk dan kriteria keluar unit pelayanan khusus dan pelayanan intensif 9. Skrining pasien rawat jalan ada petugas yang bertugas untuk melakukan screening termasuk juga screening batuk dan resiko jatuh dengan pemberian pita kuning.
4.	REGISTRASI DAN ADMISI DI RUMAH SAKIT	Rumah Sakit menetapkan proses penerimaan dan pendaftaran pasien rawat inap, rawat jalan dan rawat darurat (instrumen akred). 1. Pendaftaran pasien gawat darurat - Pendaftaran pasien gawat darurat dilaksanakan onsite melalui loket pendaftaran/admisi - Acuan pendaftaran menggunakan Kartu Tanda Penduduk / Kartu Keluarga 2. Penerimaan pasien IGD Pasien gawat darurat diterima langsung oleh instalasi gawat darurat dan dilakukan triase 3. Proses admisi meliputi - Admisi pasien dari poliklinik - Admisi pasien dari instalasi gawat darurat 4. Pendaftaran pasien rawat jalan meliputi : • Pendaftaran di tempat (onsite) • Pendaftaran melalui aplikasi (online) RSUD Ramah dan Mobile JKN • Acuan pendaftaran menggunakan kartu tanda penduduk atau kartu keluarga • Untuk pasien BPJS wajib melakukan rekam wajah (biometrik) atau sidik jari sebagai persyaratan penerbitan surat eligibilitas peserta (SEP). 5. Petugas admisi Rumah Sakit memberikan informasi kepada pasien dan keluarga terkait peraturan Rumah Sakit, Hak dan Kewajiban pasien dan perkiraan biaya yang harus dibayarkan pasien/ keluarga. 6. Observasi pasien, Observasi pasien dilakukan oleh petugas instalasi gawat darurat sesuai indikasi dan di edukasikan ke pasien dan keluarga 7. Pengelolaan pasien - Rumah sakit menyediakan ruang transit di area sekitar IGD untuk menghindari

		penumpukan pasien sebelum mendapat tidur di rawat inap - Manajer pelayanan pasien bertanggung jawab terhadap pengaturan alur pasien untuk menghindari penumpukan - Informasi ketersediaan tempat tidur dapat diakses melalui dashboard di area instalasi gawat darurat, area pendaftaran dan aplikasi pendaftaran online
5.	KESINAMBUNGAN PELAYANAN	1. Rumah sakit menerapkan asuhan pasien secara terintegrasi berfokus pada pasien (instrumen akred 2. Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim asuhan pasien oleh profesional pemberi asuhan (PPA) 3. Profesional pemberi asuhan (PPA) bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional 4. Rumah sakit menunjuk manajer pelayanan pasien (MPP) sesuai area pelayanan dengan uraian tugas sesuai regulasi 5. Rumah sakit menetapkan regulasi penetapan DPJP, DPJP utama dan perubahan DPJP utama 6. Rumah sakit menetapkan dokumen rekam medis berupa catatan pasien terintegrasi (CPPT) 7. Pencatatan di unit khusus menggunakan lembar pemantauan pasien khusus.
6.	TRANSFER PASIEN INTERNAL DI DALAM RUMAH SAKIT	1. Rumah Sakit menerapkan proses transfer pasien antar unit pelayanan di dalam rumah sakit dilengkapi dengan formulir transfer pasien (instrumen akred 2. Transfer/ perpindahan pasien antar unit pelayanan di dokumentasi pada lembar transfer internal. 3. Transfer/perpindahan dari unit pelayanan penunjang ke unit pelayanan keperawatan di dokumentasikan dalam CPPT. 4. Transfer/ perpindahan pasien dari dan ke unit pelayanan intensif disertai dokumentasi pada lembar kriteria masuk atau kriteria keluar unit intensif. 5. Transfer pasien dari dan ke unit pelayanan menggunakan transportasi mobil pasien, kursi roda, <i>transferring bed</i> dan ambulans.
7.	TRANSFER KELUAR RUMAH SAKIT / RUJUKAN PASIEN	1. Rujukan dilakukan dalam upaya memenuhi kebutuhan kesinambungan asuhan pasien 2. Proses rujukan ditujukan kepada individu sesuai kebutuhan asuhan pasien. 3. Proses rujukan dilakukan apabila Rumah Sakit tidak memiliki fasilitas dan sumber daya sesuai kebutuhan asuhan pasien setelah melalui proses skrining di Rumah Sakit meliputi pemeriksaan fisik, psikologis, penunjang, serta tindakan dan stabilisasi kondisi pasien 4. Rumah Sakit melakukan rujukan dengan

		memastikan bahwa fasilitas kesehatan rujukan yang dituju memiliki sumberdaya dan fasilitas yang dibutuhkan untuk kesinambungan asuhan pasien 5. Rumah Sakit merujuk melalui komunikasi langsung atau melalui aplikasi sistrute 6. Rumah Sakit menetapkan Tim Ambulans yang bertanggung jawab selama proses rujukan 7. Petugas melakukan proses asesmen ulang sebelum pasien dirujuk 8. Proses rujukan didokumentasi didalam lembar transfer eksternal dalam rekam medis pasien
8.	PEMULANGAN PASIEN	1. Rumah Sakit menetapkan kriteria pemulangan pasien sesuai dengan kondisi kesehatan dan kebutuhan pelayanan pasien beserta edukasinya 2. DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien tersebut menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan dengan kriteria: a. Pulang atas persetujuan b. Pulang dengan izin dokter untuk waktu tertentu c. Pulang atas permintaan pasien (APS) d. Pulang karena meninggal. 3. Kriteria pasien boleh pulang atau dirujuk berdasarkan PPK masing-masing profesi medis yang sudah disusun. 4. Lama waktu meninggalkan Rumah Sakit untuk pasien yang pulang dengan izin dokter untuk waktu tertentu ditentukan oleh DPJP/dokter jaga bangsal setelah melihat dan menilai kondisi pasien saat itu. 5. <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. 6. Rencana memulangkan atau merujuk pasien (<i>Discharge Planning</i>) diproses sejak awal pasien masuk RS sampai dengan paling lambat 2x24 jam. 7. Pasien melarikan diri adalah pasien yang keluar/pulang dari Rumah Sakit sebelum dokter mengizinkan untuk pulang dan tanpa sepengetahuan dari pihak Rumah Sakit. 8. Rumah Sakit mempunyai prosedur untuk menangani pasien yang meninggalkan Rumah Sakit tanpa ijin/melarikan diri guna menjamin keselamatan pasien
9.	PELAYANAN INSTALASI	1. Instalasi adalah unit pelayanan non struktural guna menunjang penyelenggaraan kegiatan pelayanan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan kesehatan (HBL)

		2. Instalasi dipimpin Kepala Instalasi yang dalam melaksanakan tugas dibantu Kepala Ruang dan Ketua Tim 3. Instalasi Rawat Inap terdiri dari beberapa ruang perawatan pasien. 4. Instalasi Rawat Jalan terdiri dari klinik-klinik 5. Pelayanan Penunjang Medis terdiri dari Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Farmasi, Instalasi Rehabilitasi Medik, Instalasi Gizi, Instalasi radioterapi 6. Instalasi Rawat Intensif terdiri dari ICU, ICVCU, PICU dan NICU 7. Instalasi Maternal dan Perinatal terdiri dari Ruang Persalinan (VK), Ruang Perinatologi dan Ruang Mawar 8. Sebagai bentuk koordinasi dan evaluasi setiap instalasi melaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali. 9. Setiap instalasi membuat laporan berisi pelayanan instalasi dan laporan evaluasi kerja.
10.	TATA KELOLA STAF MEDIS DAN STAF TENAGA KESEHATAN	1. Setiap staf medis harus memiliki kewenangan klinis yang ditetapkan oleh Direktur dengan Surat Penugasan Klinis 2. Setiap staf kesehatan harus memiliki kewenangan klinis yang ditetapkan oleh Direktur dengan Surat Penugasan Klinis 3. Seluruh staf Rumah Sakit harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman / panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku serta sesuai dengan etika profesi, Kode Etik dan Profesi Rumah Sakit yang berlaku. 4. Semua tenaga medis, tenaga kesehatan dan tenaga kesehatan lain wajib memiliki izin praktek sesuai dengan ketentuan yang berlaku. 5. Seluruh staf Rumah Sakit dalam melaksanakan pekerjaannya wajib memenuhi ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD). 6. Rumah Sakit melakukan kredensial dan rekredensial untuk profesi dokter, perawat serta tenaga kesehatan lainnya
11.	PELAYANAN GAWAT DARURAT	1. Pelayanan Gawat Darurat buka 24 jam setiap hari terbagi dalam 3 shift. 2. Kegiatan di IGD menjadi tanggung jawab IGD secara umum terdiri dari : a. Penerimaan pasien dengan kegawatdaruratan dengan sistem triase yang bertujuan menangani kondisi akut atau menyelamatkan nyawa dan/atau kecacatan pasien. b. Penerimaan pasien rujukan yang memerlukan penanganan lanjutan/definitif. c. Observasi pasien berikut evaluasi dan

	tindak lanjut d. Merujuk kasus-kasus gawat darurat apabila rumah sakit tidak mampu melakukan layanan lanjutan/definitif. 3. Pelayanan gawat darurat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung merupakan pelayanan gawat darurat level III sebagai standar minimal Rumah Sakit Tipe B. 4. Pelayanan Gawat Darurat dipimpin oleh sekurang-kurangnya dokter umum dan dibantu oleh koordinator dokter jaga, kepala ruang keperawatan dan ketua tim bencana. 5. Pemberi pelayanan gawat darurat mempunyai sertifikat yang masih berlaku (BLS/BTCLS/PPGD/ GELS/ ACLS). 6. Pelayanan gawat darurat tanpa membayar uang muka. 7. Dalam memberikan pelayanan harus selalu menghormati dan melindungi hak-hak pasien. 8. Selain menangani kasus "<i>true emergency</i>" IGD juga menangani kasus "<i>false emergency</i>" yang pelayanannya berdasarkan tingkat kegawatan pasien dan bukan berdasarkan urutan kedatangan pasien. 9. Pada pasien "<i>death on arrival</i>" (DOA) tidak dilakukan resusitasi kecuali atas permintaan keluarga dan tetap harus dibuatkan Reka m Medis. 10. Karena tidak tersedianya ruang transit khusus jenazah, pemindahan pasien meninggal di IGD dan pasien DOA ke kamar jenazah dilakukan kurang dari 2 jam setelah dinyatakan meninggal oleh dokter IGD. 11. Instalasi Gawat Darurat melayani kasus persalinan yang dilayani di ruang tindakan kebidanan IGD. 12. Persalinan di IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD atau bidan jaga IGD. 13. Ruang tindakan kebidanan IGD merupakan bagian dari Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) Rumah Sakit yang melayani kasus persalinan normal terutama pasien dalam persalinan pembukaan lengkap dan mampu menyiapkan tindakan operasi cito kasus kegawatan obstetri dengan target waktu kurang dari 30 menit. 14. Pasien-pasien yang terindikasi menular maupun infeksius dapat diterima di IGD dan ditempatkan secara terpisah dari pasien lainnya (di ruang isolasi IGD). 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 yang dilakukan oleh dokter
--	--

		jaga IGD atau perawat IGD. 17. Setiap tindakan medis yang dilakukan oleh petugas IGD harus diinformasikan kepada pasien dan keluarga sebelum dilakukan kecuali pada kondisi gawat darurat yang mengancam kehidupannya. 18. Setiap tindakan medis yang mempunyai risiko tinggi harus mendapat persetujuan tertulis dari pasien/keluarga/penanggung jawabnya, kecuali pada kondisi gawat darurat yang mengancam kehidupannya. 19. Setiap pasien yang memerlukan penatalaksanaan dan tindakan medis yang tidak tersedia di Rumah Sakit dapat dilakukan rujukan ke Rumah Sakit lain. 20. Apabila terjadi KLB, Dokter IGD, Kepala Ruang atau Katim berkordinasi dengan supervisi, bidang dan bagian terkait untuk mengoptimalkan pelayanan 21. Bila terjadi bencana, baik yang terjadi di dalam atau di luar Rumah Sakit, IGD berkoordinasi dengan Tim Siaga Bencana untuk melakukan penanggulangan bencana.
12.	PELAYANAN REKAM MEDIS	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. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib disertakan pada dokumen rekam medis yang ditetapkan. 5. Isi dokumen rekam medis rawat jalan di RSUD Kabupaten Temanggung memuat : - Identitas pasien - Tanggal dan waktu - Hasil anamnesa - Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi - Diagnosis - Ringkasan diagnosis/ <i>Summary List</i> - Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien - Persetujuan tindakan bila ada - Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kepada pasien 6. Isi Dokumen Rekam Medis Pasien rawat Inap di RSUD Kabupaten Temanggung memuat : - Identitas pasien - Tanggal dan waktu

		c. Hasil anamnesa d. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi e. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis f. Diagnosa g. Pengobatan/tindakan h. Persetujuan tindakan bila ada i. Ringkasan pulang (Resume) j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kepada pasien k. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien 7. Isi dokumen Rekam Medis Gawat Darurat di RSUD Kab. Temanggung memuat : a. Identitas pasien b. Kondisi saat pasien tiba di rumah sakit c. Assement triage d. Identitas pengantar pasien e. Tanggal dan waktu f. Hasil anamnesa (keluhan dan riwayat pasien) g. Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis h. Diagnosa i. Pengobatan/tindakan j. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan Instalasi Gawat Darurat dan rencana tindak lanjut 8. Yang berwenang mengisi dokumen rekam medis di RSUD Kabupaten Temanggung adalah sebagai berikut : 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, tenaga laboratorium klinis, gizi, penata anestesi, radiografer, fisioterapis, Apoteker, perekam medis. 9. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bertanggung jawab atas kelengkapan pengisian pada dokumen rekam medis. 10. 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 1 x 24 jam setelah pelayanan. 11. 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 12. Dokumen rekam medis yang telah dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis belum lengkap wajib dilengkapi oleh profesi pemberi asuhan yang bersangkutan. 13. Kepala ruang bertanggung jawab terhadap pengembalian dokumen rekam medis dalam waktu 1 x 24 jam setelah selesai pelayanan 14. Dokumen rekam medis yang kembali dari ruang rawat inap akan dilakukan analisa setiap hari terhadap ketidak kelengkapan, analisis ketidaktepatan pengembalian dan analisis ketidakterbacaan penulisan diagnosa di resume. 15. Hasil analisis dokumen rekam medis akan dibawa ke rapat komite. 16. 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. 17. Rumah sakit menjaga kerahasiaan, keamanan, privasi. integritas data dan informasi melalui proses untuk mengelola dan mengontrol akses 18. Rumah Sakit mengatur akses terhadap informasi sesuai dengan jabatan dan kewenangan setiap petugas. 19. Hak akses terhadap informasi rekam medis pasien dapat diberikan kepada : 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 tenaga 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 hanya dalam bentuk copy resume dan pemeriksaan penunjang medis. 20. Informasi tentang identitas, diagnosa, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan dapat dibuka dalam hal : a. Untuk kepentingan kesehatan pasien;
--	--	--

		b. Memenuhi permintaan aparaturnya penegak 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. 21. Setiap pasien yang keluar rawat inap dibuatkan ringkasan perawatan pasien (resume). 22. 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). 23. Setiap pasien berhak mengakses informasi kesehatan dirinya, hak mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data-data medisnya. 24. Pemberian informasi data medis pasien hanya diberikan kepada pasien sendiri, orang/badan yang mendapat kuasa dari pasien. 25. 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. 26. Penjelasan tentang isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi yang merawat pasien. 27. 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". 28. Pintu ruang filing menggunakan pemindai kunci pintu otomatis (<i>door lock scanner</i>). 29. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk pihak ketiga tanpa izin tertulis dari pasien. 30. 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. 31. Dokumen rekam medis yang masih ada di ruang rawat inap harus disimpan pada tempat khusus dan terkunci. 32. Data informasi kesehatan elektronik hanya dapat diakses oleh orang yang berhak dengan pemberian username dan password di masing-masing petugas. 33. Informasi kesehatan elektronik di RSUD
--	--	--

	Kabupaten Temanggung dijamin keamanan dan kerahasiaannya dalam tempat server didalam rumah sakit dan salinan (<i>back up</i>). 34. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat disimpan secara sentralisasi di bagian penyimpanan rekam medis. 35. Sistem penjajaran dokumen rekam medis menggunakan <i>Terminal Digit Filing</i> yaitu dengan menyejajarkan dan mengurutkan nomor rekam medis pada 2 angka kelompok akhir. 36. Dalam pelayanan rekam medis tidak semua orang bisa mengakses dokumen rekam medis karena bersifat rahasia (<i>Confidential</i>). 37. Petugas rekam medis bertanggung jawab terhadap penyimpanan dokumen rekam medis baik yang masih aktif maupun yang inaktif. 38. Penyimpanan dokumen rekam medis aktif dan inaktif tersimpan terpisah. 39. Petugas rekam medis bertanggung jawab atas pendistribusian dokumen rekam medis, sedangkan pengembalian oleh instalasi terkait. 40. Rekam medis pasien rawat inap di rumah sakit wajib disimpan sekurang-kurangnya 5 (lima) tahun terhitung dari tanggal terakhir pasien berobat atau dipulangkan. 41. Setelah batas waktu 5 tahun dilampaui rekam medis dapat dimusnahkan, kecuali ringkasan pulang, persetujuan tindakan medis dan surat kematian 42. Ringkasan pulang, persetujuan tindakan medis dan surat kematian harus disimpan untuk jangka waktu 10 tahun terhitung dari tanggal dibuatnya ringkasan tersebut. 43. Pemusnahan dokumen rekam medis in aktif dilakukan oleh Panitia yang dibentuk oleh Direktur RSUD Kabupaten Temanggung sesuai ketentuan yang berlaku. 44. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab terhadap koding dari diagnosis dan tindakan pasien baik pasien rawat jalan, gawat darurat, rawat inap dan pemeriksaan penunjang. 45. Ketentuan untuk kode diagnosis pasien menggunakan ICD 10 (<i>International Classification of Disease revision 10</i>), untuk kode tindakan menggunakan ICD 9 CM (<i>Internasional Classification of Disease revision 9 Clinical Medicine</i>). 46. Dalam menulis dan mencatat pada dokumen rekam medis jika menggunakan singkatan, definisi atau simbol harus sesuai dengan baku singkatan yang boleh digunakan atau tidak boleh digunakan. 47. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab
--	---

		atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan internal maupun eksternal RSUD Kabupaten Temanggung. 48. Instalasi rekam medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan.
13.	PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN	1. Rumah Sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan dan asuhan pasien yang meliputi : a. Pemberian pelayanan untuk semua pasien b. Pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan pelayanan risiko tinggi c. Pemberian makanan dan terapi nutrisi d. Pengelolaan nyeri e. Pelayanan menjelang akhir hayat 2. Asuhan seragam diberikan kepada setiap pasien meliputi : a. Akses untuk mendapatkan asuhan dan pengobatan tidak bergantung pada kemampuan pasien untuk membayar atau sumber pembayaran b. Akses untuk mendapatkan asuhan dan pengobatan yang di berikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari atau jam yaitu 7 (tujuh) hari, 24 (dua puluh empat) jam c. Kondisi pasien menentukan sumber daya yang akan dialokasikan untuk memenuhi kebutuhannya d. Pemberian asuhan yang di berikan kepada pasien, sama di semua unit pelayanan di rumah sakit misalnya pelayanan anastesi e. Pasien yang membutuhkan asuhan keperawatan yang sama akan menerima tingkat asuhan keperawatan yang sama di semua unit pelayanan rumah sakit 3. Asuhan pasien terintegrasi dilaksanakan dengan beberapa elemen, yaitu : a. Dokter penanggung jawab (DPJP) sebagai pimpinan klinis/ ketua tim PPA (<i>clinical leader</i>) b. PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, menggunakan panduan praktik klinis (PPK), alur klinis/clinical pathway terintegrasi, algoritma, protokol, prosedur, standing order, dan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) c. Manajer Pelayanan Pasien (MPP)/Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan d. Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan: 1) Asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang

		unik berdasar atas hasil pengkajian; 2) Rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien; 3) Respons pasien terhadap asuhan dipantau; dan 4) Rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasarkan respons pasien 4. Rumah sakit melakukan pelayanan dan asuhan yang terintegrasi serta terkoordinasi kepada setiap pasien a. Asuhan pasien meliputi pelayanan kedokteran dan keperawatan yang diberikan mengacu pada Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran, SPM dan SPO sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku. b. Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak profesional pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan c. Asuhan kepada pasien direncanakan dan ditulis di elektronik rekam medis yaitu pada formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). d. Asuhan pada Pasien di ruang ICU (<i>Intensif Care Unit</i>), NICU/PICU (<i>Neonatal Intensive Care Unit/Pediatric Intensive Care Unit</i>) dan direncanakan dan ditulis di lembar monitoring 24 jam yang ada di elektronik rekam medis. e. Asuhan untuk pasien direncanakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang meliputi dokter, perawat, bidan, ahli gizi klinis, apoteker (dapat dilakukan oleh farmasi klinik), psikolog dan terapis. f. Penulisan PPA dalam lembar CPPT menggunakan pola SOAP, khusus untuk gizi menggunakan pola ADIME. g. Asuhan untuk pasien direncanakan oleh dokter, perawat, dan/ atau bidan dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap. h. Asuhan untuk setiap pasien yang direncanakan oleh PPA kecuali dokter, perawat dan/ atau bidan tidak dilakukan dalam kurun waktu 24 jam kecuali dimana pasien membutuhkan pelayanan dari PPA sesuai indikasi dan kebutuhan perawatan pasien. i. Rencana asuhan harus menjelaskan asuhan pasien secara objektif dan memiliki sasaran yang terukur yang melibatkan pasien dan keluarga j. Rencana asuhan pasien bersifat individual dan berdasarkan data
--	--	---

		assessment awal pasien. k. Rencana asuhan dicatat dalam CPPT di elektronik rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur. l. Kemajuan tercatat atau direvisi sesuai dengan kebutuhan, berdasarkan hasil evaluasi PPA. m. Rencana asuhan untuk setiap pasien di review dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya. n. Asuhan yang diberikan kepada setiap pasien dicatat pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di Elektronik Rekam Medis oleh PPA. 5. Rumah sakit menetapkan kewenangan pemberian instruksi, tata cara pemberian instruksi dan pendokumentasian sebagai berikut a. Perintah harus tertulis dan mengikuti pedoman rekam medis Rumah Sakit. b. Instruksi PPA dibutuhkan dalam pemberian asuhan pasien misalnya instruksi pemeriksaan di laboratorium (termasuk Patologi Anatomi), pemberian obat, asuhan keperawatan khusus, terapi nutrisi, dan lain-lain. Instruksi ini harus tersedia dan mudah diakses sehingga dapat ditindaklanjuti tepat waktu misalnya dengan menuliskan instruksi pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) dalam rekam medis atau didokumentasikan dalam elektronik rekam medik agar staf memahami kapan instruksi harus dilakukan, dan siapa yang akan melaksanakan instruksi tersebut. c. Rumah sakit mengatur regulasi : 1) Instruksi didokumentasikan dalam CPPT dengan sistem SBAR untuk : a) Instruksi yang diijinkan melalui telepon terbatas pada situasi darurat dan ketika dokter tidak berada di tempat / di rumah sakit b) Instruksi verbal diijinkan terbatas pada situasi dimana dokter yang memberi instruksi sedang melakukan tindakan / prosedur steril 2) Permintaan pemeriksaan laboratorium (termasuk pemeriksaan Patologi Anatomi) dan diagnostik imaging tertentu harus di sertai indikasi klinik 3) Pengecualian dalam kondisi khusus, misalnya di unit darurat dan unit intensif 4) Mereka yang diijinkan menuliskan
--	--	---

		perintah atau instruksi adalah PPA yang berkompeten dan memiliki SPK dan RKK d. Hasil tindakan dicatat dalam elektronik rekam medis pasien e. Tindakan invasif/berisiko dirawat jalan didokumentasikan didalam elektronik rekam medis 6. Pasien dan keluarga diberitahu mengenai hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak diharapkan. 7. Rumah Sakit bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan resiko tinggi yang meliputi : a. Mengidentifikasi pasien dan pelayanan yang dianggap berisiko tinggi di Rumah Sakit b. Menetapkan prosedur, panduan praktik klinis (PPK), clinical pathway dan rencana perawatan secara kolaboratif c. Melatih staf untuk menetapkan prosedur, panduan praktik klinis (PPK), clinical pathway dan rencana perawatan tersebut 8. Perlu penerapan pelayanan meliputi prosedur, dokumentasi, kualifikasi staf dan peralatan medis meliputi : a. Rencana asuhan perawatan pasien b. Perawatan terintegrasi dan mekanisme komunikasi antar PPA secara efektif c. Pemberian <i>informed consent</i>, jika diperlukan d. Pemantauan / observasi pasien selama memberikan pelayanan e. Kualifikasi atau kompetensi staf yang memberikan pelayanan f. Ketersediaan dan penggunaan peralatan medis khusus untuk pemberin layanan 9. Pelayanan Pasien Resiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Pasien Risiko Tinggi Asuhan Pasien Risiko Tinggi dan pemberian pelayanan risiko tinggi diberikan berdasarkan panduan praktik klinis dan peraturan perundang-undangan. a. Pasien Emergency Pelayanan pasien emergency diidentifikasi dan dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten di Instalasi Gawat Darurat. Apabila kedaruratan terjadi di bangsal, dokter (DPJP) / dokter jaga bangsal berkewajiban memeriksa, memantau dan bisa hadir sesuai kebutuhan pasien tidak terkecuali dokter tamu. b. Pasien Koma 1. Identifikasi pasien koma dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2. Proses pelayanan pasien koma dimonitor dan didokumentasikan
--	--	---

		dalam elektronik rekam medis 3. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada keluarga pasien dan disebutkan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut. c. Pasien Yang Menggunakan Alat Bantu Hidup Dasar 1. Identifikasi pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar (ventilator) dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2. Proses pelayanan pasien yang menggunakan alat bantu hidup dasar dimonitor dan didokumentasikan dalam rekam medis 3. Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan disebutkan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut. d. Pasien risiko tinggi lainnya yaitu pasien dengan penyakit jantung, hipertensi, stroke, diabetes dan kanker 1. Identifikasi pasien risiko tinggi lainnya dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2. Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan disebutkan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut e. Pelayanan pasien dengan penyakit menular 1. Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan penyakit menular untuk menghindari penularan terhadap pasien lain dan petugas 2. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ketempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut f. Penyakit yang berpotensi menyebabkan kejadian luar biasa 1. Identifikasi kebutuhan penyakit yang berpotensi menyebabkan kejadian luar biasa dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut g. Pelayanan pada pasien dengan “immuno-
--	--	---

		<i>suppressed</i>” 1. Identifikasi kebutuhan asuhan pasien penurunan daya tahan untuk meminimalkan potensi penularan dari lingkungan dan pasien lainnya 2. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar di beritahukan kepada keluarga pasien dan diberikan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut. h. Pelayanan kepada pasien yang mendapatkan pelayanan dialisis 1. Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan dialisis 2. Proses pelayanan dialisis dimonitor dan didokumentasikan dalam elektronik rekam medis 3. Pasien dialisis dengan comorbid disertai dengan persetujuan ulang 4. Pelayanan dialisis dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten dan telah mendapatkan pelatihan dialisis 5. Rumah Sakit menyediakan layanan CAPD 6. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada keluarga pasien dan diberikan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut i. Pelayanan pada pasien yang <i>direstrain</i> 1. Identifikasi penggunaan alat penghalang <i>restrain</i> dilakukan pada pasien yang tidak mengerti asuhan yang diberikan seperti pasien anak, geriatri, pasien gaduh gelisah, dan kesadaran menurun 2. Asuhan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien j. Pelayanan pada pasien yang menerima kemoterapi 1. Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dengan kemoterapi 2. Proses pelayanan kemoterapi dimonitor dan didokumentasikan dalam elektronik rekam medis 3. Pasien kemoterapi dengan komorbid disertai dengan persetujuan khusus 4. Pelayanan kemoterapi dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten dan telah mendapatkan pelatihan kemoterapi 5. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada pasien dan diberikan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan
--	--	--

		asuhan pasien tersebut k. Pelayanan pasien paliatif 1. Identifikasi pasien paliatif dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten 2. Bila Rumah Sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada pasien dan diberikan alternatif pilihan rujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut l. Pelayanan pada populasi pasien rentan, pasien lanjut usia (geriatri) misalnya anak-anak dan pasien berisiko tindak kekerasan atau diterlantarkan misalnya pasien dengan gangguan jiwa. 1. Identifikasi pada populasi pasien rentan, pasien lanjut usia (geriatri) misalnya anak-anak, dan pasien berisiko tindak kekerasan atau diterlantarkan misalnya pasien dengan gangguan jiwa 2. Pelayanan pasien lanjut usia melibatkan multidisiplin ilmu dan tersedia dalam suatu tim asuhan m. Rumah Sakit mengidentifikasi risiko tambahan yang mempengaruhi pasien dan pelayanan risiko tinggi lainnya yang meliputi : 1. Kebutuhan mencegah trombosis vena dalam 2. Luka dekubitus 3. Infeksi terkait penggunaan ventilator pada pasien 4. Cedera neurologis dan pembuluh darah pada pasien restrain 5. Infeksi melalui pembuluh darah pada pasien dialisis 6. Infeksi saluran/ akses sentral 7. Pasien jatuh 10. Pelayanan Geriatri a. RSUD Kabupaten Temanggung menyelenggarakan pelayanan geriatri tingkat sederhana, meliputi pelayanan rawat jalan dan kunjungan rumah (<i>Home Care</i>). b. Setiap pasien geriatri dikelola oleh tim pelayanan terpadu geriatri dengan pendekatan multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin. c. Pasien geriatri adalah : 1) Pasien yang berusia 60 tahun dengan memiliki lebih dari 1 (satu) penyakit fisik dan atau 1 (satu) penyakit psikis atau memiliki 1 (satu) penyakit dan mengalami gangguan akibat penurunan fungsi organ, psikologi, sosial, ekonomi dan lingkungan yang membutuhkan pelayanan kesehatan
--	--	---

		2) Usia 70 tahun keatas yang memiliki 1 (satu) penyakit fisik dan atau psikis d. Pelayanan geriatri rawat jalan terintegrasi dengan poli Penyakit Dalam e. Tim pelayanan terpadu geriatri terdiri dari : dokter spesialis penyakit dalam, dokter spesialis neurologi, dokter spesialis kesehatan jiwa, dokter spesialis rehabilitasi, dokter umum, perawat, apoteker, Ahli Gizi, fisioterapi, psikolog serta promosi kesehatan f. Tim geriatri menyelenggarakan CGA (<i>Comperhensive Geriatric Assesment</i>) yaitu proses untuk menganalisis status kesehatan pasien geriatri yang lemah yang dipimpin dokter spesialis sehingga perawatan pasien dapat optimal g. Pasien geriatri RSUD Kabupaten Temanggung yang membutuhkan pelayanan geriatri diluar kemampuan tingkat pelayanan, dilakukan rujukan baik internal maupun eksternal h. PKRS membuat program pelayan kesehatan warga lanjut usia di masyarakat berbasis rumah sakit (<i>Hospital Based Community Geriatric Service</i>) i. Rumah sakit memberikan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (<i>Hospital Based Community Geriatric Service</i>), yang dilengkapi dengan alat bantu kegiatan antara lain : leaflet, brosur, dan lain sebagainya. j. Dalam penyelenggaraan pelayanan geriatri, RSUD Kabupaten Temanggung juga bekerjasama lintas program dan lintas sektor dalam rangka pengembangan pelayanan geriatri dan pemberdayaan masyarakat. k. Untuk meningkatkan mutu pelayanan geriatri, dilakukan sistem monitoring, evaluasi dan pelaporan kegiatan pelayanan geriatri secara berkala l. Tim pelayanan geriatri melakukan pengembangan sumber daya manusia, jenis pelayanan, sarana prasarana dan peralatan. 11. Pelayanan Kesehatan Jiwa a. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan jiwa yang berkualitas dan menghargai hak – hak asasi orang dengan gangguan jiwa yang meliputi penghargaan (<i>to respect</i>), pemenuhan perawatan (<i>to full fill</i>), dan perlindungan (<i>to respect</i>) b. Pelayanan kesehatan jiwa harus berkualitas, meliputi dan tidak terbatas pada : 1) Penghargaan terhadap kebutuhan
--	--	---

		pelayanan fisik maupun psikologis 2) Kebebasan untuk berkomunikasi 3) Hak untuk dilibatkan dalam pengambilan keputusan, sampai pada sarana dan prasarana, makanan dan pakaian c. Terdapat Pemantauan dan evaluasi kegiatan pelayanan jiwa 12. Pelayanan Pasien dengan risiko bunuh diri a. Terdapat regulasi terkait skrining, pengkajian dan pengelolaan serta tindak lanjut pasien dengan risiko bunuh diri dan melukai diri sendiri bagi semua pasien yang di rawat di rumah sakit b. Instrumen yang di gunakan berbasis bukti untuk skrining dan pengkajian pasien risiko bunuh diri dan melukai diri sendiri c. Rumah sakit menetapkan SPO terkait skrining, pengkajian, dan tatalaksana pencegahan risiko bunuh diri dan melukai diri sendiri d. Perawat yang bertugas di semua Unit Rumah Sakit dilatih untuk dapat melakukan skrining, pengkajian, dan tatalaksana pasien risiko bunuh diri e. Terdapat pengkajian risiko lingkungan yang dapat di gunakan dalam percobaan bunuh diri, atau melukai diri sendiri untuk meminimalkan resiko tersebut 13. Pengenalan perubahan kondisi pasien yang memburuk dengan <i>Early Warning Sistem</i> (EWS) a. Identifikasi perubahan kondisi pasien memburuk di lakukan oleh PPA staf medis, perawat dan bidan yang kompeten dan di dokumentasikan dalam elektronik rekam medis b. PPA staf medis, perawat dan bidan mendapat pelatihan 14. Pelayanan Resusitasi a. Resusitasi dapat dilakukan seluruh area rumah sakit yang tersedia selama 24 jam setiap hari dan 7 hari seminggu. b. Peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar dan lanjut tersedia sesuai dengan kebutuhan populasi pasien. c. Pelayanan bantuan hidup dasar diberikan saat dikenali henti jantung-paru dan bantuan hidup lanjut di berikan kurang dari 5 menit, di seluruh area rumah sakit. d. Karyawan yang bertugas di semua Unit Rumah Sakit dilatih untuk dapat melakukan resusitasi dasar e. Resusitasi lanjut dilakukan oleh “<i>Tim Code Blue</i>” dengan membawa alat-alat
--	--	--

		dan obat resusitasi yang diperlukan. 15. Pelayanan Darah a. Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai prosedur yang sudah ditetapkan b. Pelayanan darah dan produk darah meliputi : 1) Pemberian persetujuan (<i>Informed consent</i>) 2) Permintaan darah 3) Tes kecocokan 4) Pengadaan darah 5) Penyimpanan Darah 6) Identifikasi pasien 7) Distribusi dan pemberian darah 8) Pemantauan pasien dan respons terhadap reaksi transfusi c. Darah dan/atau produk darah yang diberikan kepada pasien harus dijamin bebas dari mikroorganisme/virus yang dapat ditularkan melalui transfusi darah atau produk darah. d. Sebelum melakukan pemberian darah dan atau produk darah (<i>tranfuse</i>) pasien harus melakukan serangkaian pemeriksaan kelayakan e. Pada pelaksanaan pemberian darah atau produk darah harus dilakukan secara aman dan meminimalkan resiko tranfusi f. Pemberian darah dan produk darah harus di catat dalam CPPT dan dimonitor dalam form pengelolaan pasien transfusi darah di elektronik rekam medis g. Pelayanan darah dan produk darah dilakukan oleh tenaga yang kompeten 16. Pemberian makanan dan terapi nutrisi a. Rumah Sakit memberikan makanan untuk pasien rawat inap dan terapi gizi terintegrasi untuk pasien dengan risiko nutrisi dengan maksud dan tujuan 1) Makanan dan terapi gizi yang sesuai sangat penting bagi kesehatan pasien dan penyembuhan pasien 2) Pilihan makanan disesuaikan dengan usia, budaya, pilihan, rencana asuhan, diagnosis pasien termasuk juga antara lain diet khusus 3) Keluarga tidak diperbolehkan menyediakan makanan dari luar rumah sakit untuk diberikan kepada pasien, apabila pasien menghendaki makan dari luar rumah sakit harus mendapatkan edukasi dari Ahli Gizi tentang pembatasan makanan dan cara penyimpanannya b. Kegiatan pelayanan gizi meliputi 4 (empat) kegiatan : 1) Pelayanan Penyelenggaraan
--	--	---

		makan pasien 2) Asuhan Gizi rawat inap dan rawat jalan 3) Konsultasi Gizi 4) Penelitian dan pengembangan gizi c. Instalasi Gizi menyediakan pelayanan makan yang sesuai dengan kebutuhan/ diet pasien dan tersedia secara regular. Diatur lebih lanjut dalam pedoman pelayanan gizi. d. Sebelum memberikan makanan kepada pasien, semua pasien rawat inap telah memesan makanan dan dicatat, dengan tahapan : 1) Dokter DPJP menuliskan diet awal pasien baru di elektronik rekam medis, apabila dokter belum menuliskan maka perawat / nutrisisionis dapat menentukan diet awal 2) Perawat melakukan order diet awal pasien baru kepada pramusaji atau melalui telepon ke instalasi gizi 3) Apabila pasien baru datang diluar jam kerja pramusaji, maka perawat menuliskan diet awal pasien baru di buku fooding yang ditinggal di ruang perawatan 4) Pramusaji menyalin diet pasien ke lembar daftar permintaan makan pasien, yang kemudian diserahkan ke ahli gizi di instalasi gizi e. Pemesanan makanan pasien di dasarkan status gizi dan kebutuhan pasien f. Siklus menu yang berlaku di Instalasi Gizi adalah siklus menu 10 hari + 1 hari (tanggal 31) untuk makan utama, snack dan extra minum pasien, sedangkan siklus menu buah menyesuaikan dengan ketersediaan buah di pasar g. Melaksanakan pilihan makanan pokok bagi pasien yang menghendaki sesuai dengan diet yang dijalani h. Makanan disiapkan dengan cara mengurangi resiko kontaminasi dan pembusukan mulai dari penerimaan bahan makanan, persiapan dan pengolahan makanan hingga didistribusikan kepada pasien i. Makanan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan j. Penyimpanan makanan 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 sesuai dengan pedoman PGRS (Pelayanan Gizi Rumah Sakit) yang berlaku n. Pasien dengan risiko nutrisi mendapatkan terapi gizi 1) Pasien baru di skrining awal nutrisi oleh perawat 2) Apabila berisiko nutrisi, maka perawat akan menuliskan di lembar CPPT untuk di verifikasi oleh dokter DPJP 3) Nutrisionis melakukan asuhan gizi maksimal 2x24 jam o. Pasien yang tidak berisiko nutrisi di assesment ulang 3x24 jam oleh perawat. Apabila didapatkan hasil penunjang mengarah ke resiko nutrisi maka disampaikan ke Nutrisionis untuk dilakukan asuhan gizi p. Asuhan gizi yang telah dilakukan tercatat dalam CPPT dengan format ADIME q. Proses asuhan gizi meliputi : 1) Asesment pasien 2) Diagnosa Gizi 3) Intervensi 4) Monitoring 5) Evaluasi Evaluasi dilakukan maksimal di hari ketiga dan tercatat dalam CPPT dengan format ADIME r. Pelaksanaan asuhan gizi rawat jalan dan rawat inap adalah ahli gizi dengan ijazah DIII/ DIV/ S1 Gizi/ Dietisien dan memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) serta SIK (Surat Ijin Kerja) 17. Pengelolaan Nyeri a. Pasien mendapatkan pengelolaan nyeri yang efektif b. Skrining, pengkajian, dan tata laksana untuk mengatasi nyeri, yang terdiri dari : 1) Identifikasi pasien dengan rasa nyeri pada pengkajian awal dan pengkajian ulang 2) Memberi informasi pada pasien bahwa rasa nyeri dapat merupakan akibat dari terapi, prosedur, atau pemeriksaan 3) Memberikan tata laksana untuk mengatasi rasa nyeri, terlepas dari mana nyeri berasal, sesuai dengan regulasi rumah sakit 4) Melakukan komunikasi dan edukasi
--	--	---

		kepada pasien dan keluarga mengenai pengelolaan nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai yang dianut. 5) Memberikan edukasi kepada seluruh PPA mengenai pengkajian dan pengelolaan nyeri c. Staf rumah sakit mendapatkan pelatihan mengenai cara melakukan edukasi bagi pengelolaan nyeri d. Catat bukti edukasi nyeri di form elektronik rekam medis di form edukasi terintegrasi 18. Pelayanan menjelang akhir kehidupan Pengkajian pasien menjelang akhir kehidupan di Rumah Sakit dengan menilai kondisi pasien : a. Manajemen gejala dan respon pasien, termasuk mual, kesulitan bernapas dan nyeri. b. Faktor yang memperparah gejala fisik c. Orientasi spiritual pasien dan keluarganya, termasuk keterlibatan dalam kelompok agama tertentu d. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarganya, seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah e. Status psikososial pasien dan keluarganya, seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi, reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit f. Kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya g. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan h. Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis i. Pasien dan keluarga dilibatkan dalam pengambilan keputusan asuhan j. Pelayanan menjelang akhir hayat terdokumentasi dalam elektronik rekam medis.
14.	PELAYANAN LABORATORIUM	1. Rumah Sakit menetapkan regulasi tentang pelayanan laboratorium di rumah sakit. 2. Pelayanan laboratorium dilakukan selama 24 jam, 7 hari seminggu. 3. Rumah sakit menetapkan penanggung jawab laboratorium yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan perundang-undangan, disertai SIP, SPK dan RKK. 4. Penanggung jawab laboratorium bertanggung jawab mengembangkan, menerapkan dan menjaga terlaksananya prosedur, pengawasan administratif, menjaga terlaksananya setiap program kontrol mutu,

		memberikan rekomendasi pelayanan kepada laboratorium luar. 5. Pelayanan pemeriksaan laboratorium dilaksanakan oleh staf laboratorium mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan. 6. Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan regular dan pemeriksaan segera (cito). 7. Hasil pemeriksaan laboratorium selesai berdasarkan waktu tunggu pemeriksaan laboratorium klinik, waktu tunggu pemeriksaan di mulai dari order pemeriksaan sampai dengan validasi hasil. 8. Penetapan nilai normal dan rentang nilai yang digunakan dalam interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinik ditetapkan dan di evaluasi sesuai ketentuan. 9. Rumah sakit menetapkan nilai normal dan rentang nilai untuk interpretasi dan pelaporan hasil laboratorium klinis. 10. Pelaporan hasil kritis laboratorium merupakan bagian dari pengukuran indikator mutu nasional. 11. Program keselamatan kerja di laboratorium dilakukan sesuai ketentuan yang berlaku 12. 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 dilaksanakan dan didokumentasikan sesuai ketentuan 13. Rumah sakit memiliki prosedur pengelolaan semua reagensia esensial dan di evaluasi secara berkala pelaksanaannya. Rumah sakit memiliki prosedur untuk cara pengambilan, pengumpulan, identifikasi, pengerjaan, pengiriman, penyimpanan, dan pembuangan spesimen 14. Rumah sakit menetapkan Pemantapan Mutu Internal (PMI) layanan laboratorium secara rutin yang meliputi poin - validasi tes yang digunakan untuk tes akurasi, presisi, hasil rentang nilai - surveilans hasil pemeriksaan oleh staf yang kompeten - tes reagensia - koreksi cepat jika ditemukan kekurangan - dokumentasi hasil dan tindakan koreksi. 15. Instalasi laboratorium melakukan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) secara rutin. 16. Pelayanan pemeriksaan rujukan dilaksanakan dengan laboratorium
--	--	--

		terakreditasi yang telah bekerja sama dengan Rumah Sakit 17. Pemantauan hasil kontrol mutu terhadap semua pelayanan oleh laboratorium rujukan dilakukan setiap tahun dan reviu hasil kontrol mutu tersebut dilakukan oleh staff yang kompeten dan dilaporkan kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung.
15.	PELAYANAN RADIOLOGI	1. Rumah Sakit menetapkan regulasi pelayanan Radiologi Klinik 2. Pelaksanaan pelayanan radiologi klinis mengacu pada Permenkes No. 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik. 3. Penetapan pelayanan Radiologi Klinik buka 24 jam 7 (tujuh) hari seminggu sesuai dengan kebutuhan pasien. 4. Direktur menetapkan penanggungjawab pelayanan radiologi klinik yang memiliki kompetensi sesuai ketentuan perundang-undangan yang bertanggungjawab dalam menyusun, mengevaluasi dan pengawasan pelaksanaan administrasi. 5. Penanggungjawab pelayanan radiologi klinik bertanggungjawab dalam melaksanakan program kendali mutu (PMI dan PME) dan mengintegrasikan program mutu radiologi dengan program Manajemen Fasilitas dan Keamanan serta program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit. 6. Penanggungjawab pelayanan radiologi klinik bertanggungjawab dalam memonitoring dan evaluasi semua jenis pelayanan RIR. 7. Penanggungjawab pelayanan radiologi klinik bertanggungjawab dalam mereviu dan menindaklanjuti hasil pemeriksaan pelayanan RIR rujukan. 8. Penetapan pelayanan di luar rumah sakit dilaksanakan sesuai regulasi. 9. Program keamanan radiasi yang sesuai dengan resiko dan antisipasi bahayanya, program tersebut dikoordinasikan dengan program manajemen Rumah Sakit dan harus sesuai dengan standar terkait, undang – undang dan peraturan, berikut penanganan dan pembuangan bahan infeksius dan berbahaya. 10. Rumah Sakit menunjuk staf radiologi klinik yang mempunyai pendidikan, pelatihan, kualifikasi dan pengalaman yang dipersyaratkan untuk mengerjakan pemeriksaan dalam jumlah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pasien. 11. Rumah Sakit menetapkan kerangka waktu penyelesaian pemeriksaan radiologi klinik reguler dan cito. 12. Rumah Sakit menetapkan program kendali mutu, dilaksanakan, divalidasi dan

		didokumentasikan. 13. Film X-Ray dan bahan lainnya tersedia secara teratur. 14. Ada kendali mutu dalam pelayanan radiologi klinik yang terdiri dari Pemantapan Mutu Internal (PMI) dan Pemantapan Mutu Eksternal (PME).
16.	PENUNDAAN/ KELAMBATAN PELAYANAN	1. Rumah Sakit mempertimbangkan kebutuhan klinis pasien dan memberikan informasi kepada pasien jika terjadi penundaan atau keterlambatan pelayanan 2. Penundaan/ kelambatan pelayanan meliputi pelaksanaan tindakan/ pengobatan, dan atau pemeriksaan penunjang diagnostik 3. Rumah Sakit memberikan informasi alternatif yang tersedia sesuai kebutuhan klinis pasien bila terjadi penundaan atau keterlambatan pelayanan 4. Regulasi dan batas waktu terkait penundaan pelayanan: a. Rumah Sakit menyediakan ruang perawatan sementara/ transit apabila terjadi kondisi tempat tidur penuh. b. Jumlah pasien yang ditempatkan di ruang transit sesuai dengan jumlah pasien yang dipastikan akan pulang/ keluar dari perawatan Rumah Sakit. c. Pada keadaan tempat tidur penuh 1) Di IGD a) Untuk pasien kritikal batas waktu observasi maksimal 8 jam b) Bila batas waktu 8 jam tetapi tempat tidur penuh maka pasien diedukasi untuk alih rawat ke fasilitas kesehatan lain yang memiliki fasilitas dan sumber daya sesuai kebutuhan asuhan pasien c) Bila fasilitas kesehatan yang memiliki fasilitas dan sumber daya sesuai kebutuhan asuhan pasien untuk alih rawat juga penuh, pasien di edukasi untuk tetap di diobservasi di IGD d) Penundaan/ kelambatan pelayanan terkait tempat tidur penuh didokumentasikan dalam rekam medis pasien 2) Di Rawat Jalan a) Pasien dari rawat jalan yang diprogramkan rawat inap bila ada kriteria kegawatan di lakukan observasi di IGD b) Pasien dari rawat jalan yang diprogramkan rawat inap yang tidak ada kriteria kegawatan disarankan datang Kembali 1x24 jam

		d. Waktu tunggu untuk pasien rencana operasi elektif dari ruang rawat inap selama 1x24 jam, kelambatan dilakukan tindakan operasi tidak lebih dari 1 jam dari jadwal operasi yang sudah direncanakan e. Pemeriksaan dokter spesialis di poli rawat jalan karena melakukan tindakan selama 1 sampai 4 jam. f. Penundaan pelayanan laboratorium akibat kerusakan alat atau alasan lainnya sehingga perlu dilakukan rujukan ke Laboratorium yang telah bekerja sama, maksimal 1x24 jam. g. Pemeriksaan penunjang pelayanan radiologi keluar Rumah Sakit selama maksimal 1 x 24 jam. h. Pemberian tranfusi darah karena tidak tersedianya stok darah di BDRS sampai 7 (tujuh) jam.
17.	PEMBATASAN DAN PEMBATALAN PELAYANAN	1. Setiap pembatalan dan pembatasan harus diinformasikan kepada pasien. 2. Batas waktu pembatalan dan pembatasan pelayanan : 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.
18.	PELAYANAN HOME CARE	1. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan <i>Home Care</i> sebagai tindak lanjut layanan rawat inap dan layanan diluar Rumah Sakit 2. Layanan <i>Home Care</i> dilaksanakan oleh Tim Home Care. 3. Home Care memberikan pelayanan kesehatan berkesinambungan dan komprehensif yang diberi kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka. 4. Tim Home Care terdiri atas dokter umum, perawat, bidan, ahli gizi, fisioterapis, dan terapis wicara. 5. Pelaksanaan Home Care dilaksanakan pada pukul 08.00 WIB sampai dengan 15.00 WIB.
19.	RINGKASAN/RESUME PASIEN PULANG	1. Rumah Sakit menetapkan resume pasien pulang yang meliputi: a. Indikasi pasien masuk, dirawat, diagnosis dan komorbid lain b. Temuan fisik penting dan temuan lain c. Tindakan diagnostik dan prosedur terapi yang telah dikerjakan d. Obat yang diberikan e. Kondisi pasien f. Instruksi tindak lanjut 2. Resume pasien pulang diberikan kepada pihak yang berkepentingan dan salinan tersimpan didalam rekam medis.
20.	TRANSPORTASI	1. Rumah Sakit menetapkan proses

		transportasi dalam merujuk, memindahkan atau pemulangan, pasien rawat jalan dan rawat inap untuk memenuhi kebutuhan pasien 2. Pengoperasian, dan pemeliharaan kendaraan transportasi dilaksanakan sesuai peraturan undang-undang 3. Operasional, pengorganisasian tenaga dan prasarana ambulans gawat darurat dijalankan dibawah koordinasi kepala Instalasi Gawat Darurat. 4. Peralatan medis yang terdapat di ambulan distandarisasi untuk memenuhi kebutuhan tindakan/ pengobatan gawat darurat dan supporting selama proses rujukan 5. Obat-obatan dan bahan medis habis pakai untuk proses rujukan di standarisasi, dikelola oleh apotek satelit rawat jalan dan tim ambulan 6. Ada mekanisme disinfeksi kendaraan dan peralatan medis di ambulan setelah digunakan untuk transportasi pasien yang beresiko infeksi 7. Rumah sakit mengevaluasi pemenuhan aspek mutu, keselamatan pasien dan keselamatan transportasi secara berkala
21.	PROFIL RINGKAS MEDIS RAWAT JALAN	1. Pasien yang menerima asuhan kompleks atau dengan diagnosis kompleks (seperti pasien di klinik jantung dengan berbagai komorbiditas, total knee replacement, gagal ginjal tahap akhir, dan sebagainya dibuat catatan dalam bentuk Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) 2. PRMRJ memuat informasi meliputi identitas pasien, riwayat alergi, riwayat operasi/rawat inap di RSUD Temanggung, tanggal dan jam Asuhan dilakukan, nama DPJP, diagnosis, hasil temuan klinis dan hasil penunjang kritis, dan terapi yang didapatkan 3. Informasi medis yang dibutuhkan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dalam PRMRJ tersedia dalam format yang mudah ditelusur dan mudah direviu 4. Evaluasi terhadap proses implementasi dan informasi yang tersedia pada form PRMRJ dilakukan dalam rangka mengkaji terpenuhinya informasi yang dibutuhkan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dan meningkatkan mutu serta keselamatan pasien. 5. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) diisi oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) 6. Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ) diisi kembali apabila ada perubahan diagnosis, perubahan terapi konservatif/ invasif dan pembedahan
22.	HAK PASIEN DAN	1. Rumah sakit menerapkan regulasi hak pasien

	KELUARGA	dan keluarga dalam poin a. mengidentifikasi, melindungi, dan mempromosikan hak hak pasien b. menginformasikan pasien tentang hak-hak mereka c. melibatkan keluarga pasien, bila perlu dalam keputusan tentang perawatan pasien d. mendapatkan persetujuan. 2. Rumah sakit memberikan pelatihan kepada seluruh staf tentang proses dan peran staf dalam mendukung hak-hak serta partisipasi pasien dan keluarga dalam perawatan. 3. Rumah Sakit berusaha mengurangi kendala fisik, budaya dan bahasa serta hambatan lainnya dalam memberikan pelayanan. 4. Rumah sakit memberikan pelayanan yang menghargai martabat pasien, menghormati nilai-nilai dan kepercayaan pribadi pasien serta menanggapi permintaan yang terkait dengan keyakinan agama dan spiritual. 5. Rumah sakit menjaga privasi pasien dan kerahasiaan informasi dalam perawatan, serta memberikan hak kepada pasien untuk memperoleh akses dalam informasi kesehatannya sesuai perundang-undangan yang berlaku. 6. Rumah sakit melindungi harta benda pasien dari pencurian atau kehilangan. 7. Rumah sakit melindungi pasien dari serangan fisik dan verbal dan populasi yang beresiko diidentifikasi serta dilindungi dari kerentanan. 8. Pasien dan keluarga pasien dilibatkan dalam semua aspek perawatan dan tata laksana medis, dan diberikan kesempatan untuk berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan mengenai perawatan serta tata laksananya. 9. Rumah sakit memberikan informasi kepada pasien mengenai hasil perawatan dan tatalaksana yang diharapkan. 10. Rumah sakit memberikan informasi mengenai kemungkinan hasil yang tidak dapat diantisipasi dari terapi dan perawatan. 11. Rumah sakit memfasilitasi permintaan pasien untuk mencari pendapat kedua. 12. Rumah Sakit memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau menghentikan terapi, menolak diberikan pelayanan resusitasi, serta menghentikan terapi penunjang kehidupan. 13. Rumah sakit mendukung hak pasien untuk mendapat pengkajian dan tatalaksana nyeri serta perawatan menjelang akhir hayat. 14. Rumah sakit memberitahu pasien dan keluarganya mengenai proses untuk menerima dan menanggapi keluhan.
--	----------	---

		15. Rumah sakit menetapkan batasan yang jelas untuk persetujuan umum yang diperoleh. Pasien pada saat akan menjalani rawat inap atau mendaftar pertama rawat jalan. 16. Rumah sakit menerapkan proses bagi pasien untuk mendapatkan informed consent yang diberikan oleh staf yang kompeten dengan cara dan bahasa yang mudah dipahami.
23.	PENGKAJIAN PASIEN (PP)	1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengkajian awal, pengkajian ulang medis dan keperawatan di gawat darurat, rawat inap dan rawat jalan 2. Penetapan pengkajian awal minimal meliputi: - keluhan saat ini - status fisik - psikososiospiritual - ekonomi - riwayat kesehatan pasien - riwayat alergi - riwayat penggunaan obat - pengkajian nyeri - risiko jatuh - pengkajian fungsional - risiko nutrisi - kebutuhan edukasi 3. Pengkajian pasien dilakukan sesuai ketentuan rumah sakit oleh PPA berkompeten yang sudah memiliki surat tanda registrasi, sip sesuai profesi masing-masing dan dibuktikan dengan surat penugasan klinis dan rincian kewenangan klinis. 4. Perencanaan pulang mencakup identifikasi kebutuhan khusus dan rencana pemenuhan kebutuhan tersebut disusun sejak pengkajian awal. 5. Kebutuhan medis dan keperawatan pasien diidentifikasi berdasarkan pengkajian awal. 6. Pengkajian awal medis dan keperawatan termasuk didalamnya riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan beberapa pengkajian lainnya sesuai kondisi pasien dilaksanakan dan didokumentasikan dalam kurun waktu 24 jam pertama sejak pasien masuk rawat inap atau lebih awal bila diperlukan sesuai kondisi pasien. 7. Pengkajian medis yang dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum pasien menjalani prosedur di layanan rawat jalan rumah sakit harus dilakukan dalam waktu kurang atau sama dengan 30 hari sebelumnya. Jika lebih 30 hari dilakukan pengkajian ulang. 8. Pengkajian yang dikerjakan di luar rumah sakit ditinjau dan atau diverifikasi pada saat masuk rawat inap atau sebelum tindakan rawat jalan. 9. Temuan dari semua pengkajian yang berasal

		dari luar rumah sakit misal: surat rujukan, hasil penunjang disertakan saat pasien masuk rumah sakit. Bila membawa hasil penunjang kurang dari 30 hari bisa digunakan untuk dasar pengkajian awal kecuali pasien dengan perubahan kondisi yang signifikan. 10. Pasien dilakukan skrining risiko nutrisi, skrining nyeri, kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh dan kebutuhan khusus lainnya. 11. Setiap pasien sebelum diberikan pelayanan kesehatan di rawat jalan dan IGD RSUD Kab. Temanggung dilakukan pengkajian awal 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 nutrisional, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien (<i>Discharge Planning</i>). Dari hasil pengkajian awal, dokter penanggung melakukan verifikasi hasil asesmen dibuktikan dengan membubuhkan nama terang dan tanda tangan. 12. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan skrining gizi oleh perawat. Jika ditemukan adanya risiko nutrisi pada hasil pengkajian pasien, ditulis di CPPT untuk diverifikasi DPJP dan dikonsultasikan. Selanjutnya dilakukan asuhan gizi oleh staf yang kompeten. 13. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan kriteria asesmen kebutuhan fungsional dengan skala Barthel Indeks. Jika ditemukan adanya risiko fungsional di verifikasi oleh DPJP selanjutnya dilakukan asuhan fungsional oleh staf yang kompeten. 14. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, dan rawat inap dilakukan skrining risiko jatuh oleh perawat, Get Up and Go serta observasi untuk pasien di rawat jalan, Morse Skor untuk pengkajian risiko jatuh pasien dewasa rawat inap, Humpty Dumpty untuk pengkajian risiko jatuh pasien anak rawat inap. Jika ditemukan adanya risiko jatuh pada hasil pengkajian pasien, ditulis di CPPT untuk diverifikasi DPJP dan dikonsultasikan. Selanjutnya dilakukan asuhan risiko jatuh oleh staf yang kompeten. 15. Setiap pasien sebelum mendapatkan pelayanan rawat jalan, rawat darurat, rawat inap dilakukan skrining nyeri oleh perawat.
--	--	--

		Jika ditemukan adanya nyeri pada hasil pengkajian pasien, maka dilakukan konsultasi dan kemudian dilakukan pengkajian nyeri secara lengkap oleh staf yang kompeten untuk dilakukan tindakan lebih lanjut. Bila diperlukan maka harus dilakukan pengkajian 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. Pengkajian ulang nyeri dilakukan untuk menentukan rencana tindak lanjut dalam manajemen nyeri. Pengkajian ulang nyeri di dokumentasikan dalam lembar CPPT yang terukur dengan jelas. Skala nyeri yang dikembangkan adalah NPS (Numeric Pain Scale) 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 Slepless</i>) untuk pasien bayi. 16. Pengkajian ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses dimana PPA (Profesional Pemberi Asuhan) mengevaluasi ulang data pasien baru rawat inap dalam interval tertentu 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. 17. Rumah sakit melakukan pengkajian awal yang telah dimodifikasi untuk populasi khusus meliputi : a. bayi baru lahir b. anak c. remaja d. obstetri/maternitas e. geriatri f. kondisi terminal atau menghadapi kematian g. pasien dengan rasa sakit kronik atau nyeri h. dengan gangguan emosional atau pasien psikiatri i. dengan ketergantungan obat atau alkohol j. korban kekerasan atau kesewenangan k. pasien dengan penyakit menular atau infeksius l. pasien dengan kemoterapi atau terapi radiasi m. pasien dengan sistem imunologi
--	--	---

	terganggu. 18. Rumah sakit melakukan pengkajian ulang bagi semua pasien dengan interval waktu yang ditentukan untuk kemudian dibuat rencana asuhan lanjutan. 19. Pengkajian ulang pasien adalah tahap lanjut dari proses dimana PPA (Profesional Pemberi Asuhan) mengevaluasi ulang data pasien baru rawat inap dalam interval tertentu 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. 20. Rumah sakit melaksanakan pengkajian ulang oleh DPJP, perawat dan PPA lainnya untuk menentukan rencana asuhan lanjutan. 21. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) melakukan pengkajian ulang minimal 1 (satu) kali perhari, termasuk akhir minggu dan hari libur selama fase akut. Pada hari libur DPJP dapat mendelegasikan kepada Dokter umum untuk melakukan pengkajian ulang. 22. Perawat melakukan pengkajian ulang pasien setiap shift untuk memantau respon pengobatan dan perawatan yang diberikan dan dicatat di catatan perkembangan pasien terintegrasi. 23. Petugas pemberi asuhan lain (fisioterapi, nutrient, psikolog, apoteker) melakukan pengkajian ulang setiap hari kerja sesuai kondisi pasien. 24. 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. 25. Untuk pasien kompleks harus dilakukan <i>case conferens</i> semua yang terlibat pelayanan pasien dan menginformasikan kepada keluarga serta tercatat dalam rekam medis pasien. 26. Hasil pengkajian 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 pengkajian. Setelah pasien dan keluarga diberikan
--	--

		informasi tentang hasil dari proses pengkajian dan setiap diagnosa ditetapkan apabila diperlukan. Pasien dan keluarga diberikan informasi tentang rencana perawatan dan pengobatan berdasarkan hasil pengkajian pasien dan dilibatkan di dalamnya. 27. Semua PPA mendokumentasikan hasil pengkajian pada form rekam medis yang disediakan dan diakhiri dengan membubuhkan nama terang, tandatangan dan cap/gelar profesi yang dapat dibaca. Pendokumentasian hasil pengkajian 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. 28. 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 didekat informasi yang diperbaiki. 29. 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 kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis melalui lisan atau telepon.
24.	PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT	1. Rumah sakit mengelola sistem pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat untuk memenuhi kebutuhan pasien sesuai peraturan perundang undangan 2. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang pengorganisasian pelayanan farmasi dan penggunaan obat sesuai dengan peraturan perundang undangan 3. Rumah sakit menyusun formularium secara kolaboratif 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 Kabupaten 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. 4. Perencanaan, Pengadaan dan Penerimaan 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. 5. Penyimpanan a. Penyimpanan obat berdasarkan teknik FEFO (<i>first expired first out</i>) dimana obat yang dekat <i>expire</i> / 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 lemari khusus, terpisah serta dengan kunci ganda. 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 permintaan diajukan kepada Dinas Kesehatan Kabupaten secara insidentil ketika ada kasus yang terjadi. q. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Temanggung tidak mengelola obat yang digunakan untuk penelitian. 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 Kadaluarsa atau rusak dilakukan minimal satu tahun sekali dengan bekerjasama dengan pihak ketiga. 6. Pendistribusian 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. 7. Peresepan dan Penyalinan a. Dokter yang boleh menulis resep di RSUD Kabupaten Temanggung adalah semua dokter yang telah mendapatkan Surat Penugasan dari Direktur Rumah Sakit 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: 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. 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 khusus sesuai dengan advis telepon oleh dokter spesialis. j. Apabila pemesanan obat tidak lengkap, tidak terbaca atau tidak jelas maka dikonfirmasi kepada dokter penulis, hasil konsultasi ditulis di buku Tulbakon.
--	--	---

		k. Resep obat kemoterapi harus ditulis oleh dokter spesialis onkologi. l. Resep Obat Anastesi harus ditulis oleh dokter spesialis Anastesi. 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 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. n. Ketorolac injeksi hanya dilayani untuk 5 hari. Apabila lebih dari 5 hari berlaku <i>automatic stop order</i>. o. Untuk pesanan obat secara verbal atau melalui telepon, harus dilakukan verifikasi dengan mengeja per huruf pesanan obat tersebut. 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). q. Resep yang sudah dilayani, didokumentasikan, disimpan dengan baik, dan setelah 3 tahun dapat dimusnahkan. 8. Persiapan dan Penyerahan 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. b. Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Temanggung belum melakukan penyiapan produk steril. Rekonstitusi hanya dilakukan pada sediaan kemoterapi sedangkan untuk injeksi intra vena masih dilakukan oleh perawat yang sudah terlatih. c. Petugas Farmasi yang melakukan pencampuran obat sitostatika telah terlatih dan bersertifikat. d. Sebelum obat disiapkan, harus dilakukan pengkajian/ telaah resep/ instruksi pengobatan meliputi : 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 kriteria penggunaan dari rumah sakit 6) Berat badan pasien 7) Kontra indikasi e. Petugas yang berwenang melakukan telaah resep adalah apoteker dan tenaga teknis kefarmasian yang berkompeten dan diberi kewenangan oleh Rumah Sakit. f. Apoteker diberi akses ke data pasien atau rekam medis untuk melakukan telaah / pengkajian resep. 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. h. Penyiapan obat harus dilakukan di tempat yang bersih dan aman sesuai aturan dan standar praktik kefarmasian. i. Area penyiapan obat kemoterapi tidak boleh dimasuki oleh personel lain selain petugas farmasi. 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. k. Sistem persiapan dan distribusi obat untuk pasien rawat jalan dengan sistem distribusi resep individual. l. 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: 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. 9. Pemberian Obat 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 : 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/ perawat selalu didokumentasikan. 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. 10. Pemantauan 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 menggunakan formulir laporan insiden ke Sub Komite Keselamatan Pasien dan didokumentasikan di dalam catatan medik pasien. e. Tipe kesalahan yang dilaporkan : 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. f. Pelaporan kesalahan obat dan KNC digunakan untuk proses perbaikan pengobatan. 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. h. Kajian (<i>reviu</i>) sistem manajemen obat dilakukan dan didokumentasikan selama 12 bulan terakhir.
25.	PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI RUMAH SAKIT	1. Direktur rumah sakit telah menetapkan regulasi PPI meliputi: a. Penyelenggaraan PPI di Rumah Sakit b. Program PPI c. Pengkajian risiko d. Peralatan medis dan atau bahan medis habis pakai (BMHP) e. Kebersihan lingkungan f. Manajemen linen g. Limbah infeksius h. Pelayanan makanan i. Risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi j. Penularan infeksi k. Kebersihan tangan

		1. Peningkatan Mutu dan program edukasi m. Edukasi, pendidikan dan pelatihan 2. Direktur membentuk Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI). Komite PPI RSUD Kabupaten Temanggung bertanggung jawab langsung kepada Direktur untuk mengelola dan mengawasi kegiatan PPI di rumah sakit 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 ; 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 professional lain, dan urusan rumah tangga; 10. Program PPI meliputi : a. Program kebersihan tangan; b. Surveilans infeksi; c. Investigasi wabah / <i>outbreak</i> penyakit infeksi; d. Meningkatkan pengawasan penggunaan antimikroba secara aman; e. Asessmen berkala terhadap resiko;
--	--	---

	f. Mengukur dan mereview resiko infeksi; 11. Pimpinan Rumah Sakit mengalokasikan sumber daya yang cukup untuk program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; 12. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan ilmu pengetahuan terkini; 13. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan pedoman praktik yang diakui; 14. Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berdasarkan peraturan dan perundangan yang berlaku; 15. Rumah Sakit menetapkan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) berdasarkan standar sanitasi dan kebersihan dari badan-badan nasional atau lokal; 16. Pimpinan Rumah Sakit menunjuk staf yang cukup untuk program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; 17. Rumah Sakit menetapkan adanya sistem manajemen informasi untuk mendukung program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; 18. Seluruh area pasien, staf, dan pengunjung dimasukkan dalam program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi; 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; 20. Program surveilans yang sistematis dan proaktif untuk menentukan angka infeksi biasa yang meliputi : a. Infeksi Saluran Kemih (ISK); b. Infeksi Luka Operasi (ILO); c. Infeksi akibat pemasangan ventilator (VAP); d. <i>Hospital Acquired Infections</i> (HAP); e. Decubitus; f. Phlebitis; 21. Melakukan analisis, evaluasi dan rekomendasi tindak lanjut data infeksi dilakukan Komite PPI Rumah Sakit di bawah koordinator. Dokter Penanggung jawab PPI (IPCD) untuk tujuan pengendalian, manajemen risiko dan kewaspadaan terhadap kejadian luar biasa (KLB); 22. Pengendalian angka Infeksi Rumah Sakit menggunakan target sasaran sesuai program PPI. Sasaran angka Infeksi Rumah Sakit dievaluasi setiap 1 tahun; 23. Laporan Infeksi Rumah Sakit disampaikan
--	--

		Komite PPI Rumah Sakit kepada Direktur setiap 3 bulan; 24. Pemantauan penerapan bundles Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Phlebitis, ISK, VAP/HAP, IDO) adalah sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan surveilans infeksi RS; 25. Kegiatan audit dan monitoring pelaksanaan PPI di rumah sakit dijalankan oleh IPCN secara rutin mengacu pada jadwal yang telah ditentukan; 26. Hasil monitoring dan audit dilaporkan komite PPI kepada direktur setiap 3 bulan sekali; 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: <i>Hand hygiene</i> baik <i>hand wash</i> maupun <i>hand rub</i> menggunakan teknik 6 langkah WHO tahun 2009; <i>Hand hygiene</i> berdasarkan 5 moment <i>hand hygiene</i> menurut WHO tahun 2009; <i>Hand hygiene</i> di rumah sakit terdiri dari : <i>Hand hygiene</i> menggunakan sabun pada air yang mengalir (<i>hand wash</i>); <i>Hand hygiene</i> menggunakan antiseptik berbasis alkohol (<i>hand rub</i>) <i>Hand hygiene</i> bedah (dengan cara <i>hand wash</i> dan <i>hand rub</i>); 28. Jenis antiseptik yang digunakan secara benar di seluruh area dan mengadopsi pedoman <i>hand hygiene</i> dari sumber yang berwenang dengan ketentuan : - Untuk Area <i>Highrisk</i> : <i>Hand Wash</i> menggunakan chlorhexidine 2-4 %; <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %; - Untuk area perawatan biasa: <i>Hand Wash</i> menggunakan chlorhexidine 2%; <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % atau berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %; - Untuk perkantoran: <i>Hand Wash</i> menggunakan sabun antiseptik biasa atau yang berbasis chlorhexidine; <i>Hand Rub</i> menggunakan cairan antiseptik berbasis alkohol 70 % atau berbasis alkohol 70 % & chlorhexidine 0,5 %; 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; 30. APD digunakan berdasarkan prinsip kewaspadaan isolasi dengan selalu mengukur potensi risiko spesifik pada setiap aktivitas pelayanan/tindakan medik sehingga tepat, efektif dan efisien; 31. KPPI melakukan monitoring dan audit ketepatan penggunaan APD sebagai bahan dalam evaluasi dan rekomendasi peningkatan efektivitasnya; 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; 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; 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; 35. Manajemen linen dan laundry yang tepat dan sesuai untuk meminimalisasi risiko bagi staf dan pasien; 36. Jenis linen di RSUD Kabupaten Temanggung dikualifikasikan menjadi linen bersih, linen kotor infeksius, linen kotor non infeksius; 37. Linen kotor infeksius sebelum dimasukkan ke troly linen kotor dimasukkan terlebih dahulu ke dalam kantong plastik warna kuning dan pastikan tidak terjadi kebocoran. Buang terlebih dahulu semua kotoran seperti feses ke toilet pasien atau spoelhoek sebelum dimasukkan ke troly linen kotor; 38. Tersedia alur linen kotor dan bersih yang terpisah di area laundry; 39. Pembuangan limbah B3 medis maupun B3 non medis dikelola dengan baik dan benar sesuai perundangan yang berlaku untuk meminimalisasi resiko penularan; 40. Rumah Sakit menetapkan penanganan, pembuangan darah dan komponen darah dikelola untuk meminimalisasi resiko penularan; 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; 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; 43. Pewadahan limbah padat B3 medis menggunakan plastik yang berbeda warna sesuai dengan kategori limbahnya; - Sampah infeksius menggunakan kantong plastik berwarna kuning - Sampah non infeksius menggunakan kantong plastik berwarna hitam - Sampah farmasi menggunakan kantong plastik berwarna cokelat - Sampah sitotoksik menggunakan kantong plastik berwarna ungu 44. Pengangkutan limbah B3 medis menggunakan troli khusus limbah medis dan tertutup; 45. Pemusnahan limbah medis padat dilakukan di pihak ke 3 sesuai ketentuan yang berlaku; 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 Rumah Sakit 47. Rumah Sakit menyediakan ruang isolasi tekanan negatif dengan menggunakan metode pengaturan sirkulasi udara campuran (alami dan mekanik) dan menetapkan pasien yang harus masuk ruang isolasi tekanan negatif dengan kriteria pasien antara lain; - TB Paru positif; - TB MDR; - Imunokompromais; - Penularan droplet dan kontak; - kasus <i>airborne/ droplet</i> lainnya; - Kasus infeksi lainnya 48. Pemisahan antara pasien dengan penyakit menular melalui <i>airbone/droplet</i> dan yang rentan karena <i>imunokompromais</i> atau sebab lain dengan cara; - Penempatan di ruang isolasi tekanan negatif untuk transmisi <i>airborne</i> (ventilasi campuran mekanik dan alami); - Penempatan di ruang isolasi tekanan positif untuk pasien dengan penurunan
--	--	--

		daya tubuh atau <i>imunocompromised</i> (ventilasi campuran mekanik dan alami); 49. Apabila terjadi lonjakan kasus (<i>outbreak</i>) pasien dengan penyakit menular melalui <i>airborne</i> dan yang rentan karena <i>imunokompromais</i> atau sebab lain di suatu bangsal dengan cara : - Penempatan kohorting (mengumpulkan pasien menular dengan diagnosis yang sama pada satu ruangan); - Dilakukan penitipan di ruang isolasi bangsal lain yang ada di Rumah Sakit; - Pasien dirujuk apabila semua langkah isolasi dan kohorting sudah tidak memungkinkan; 50. Semua orang, staf, pengunjung dan pasien wajib menjalankan etika batuk dan bersin dengan benar sesuai petunjuk yang ada; 51. Pasien suspek atau sudah didiagnosis <i>airborne infection</i> (misalnya flu burung, Mers COV, SARS dll), langsung dirujuk di rumah sakit yang telah ditetapkan menjadi Rumah Sakit Rujukan; 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 <i>airborne</i> dan droplet; 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; 54. Rumah Sakit menetapkan regulasi tentang kesehatan petugas mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku; 55. Dilakukan check-up rutin setahun sekali bagi seluruh petugas (terutama di area <i>high risk</i>) terhadap kemungkinan infeksi mengacu pada program kesehatan petugas; 56. Petugas yang menderita penyakit infeksi atau penyakit lain yang bersifat <i>immunocompromais</i> ditempatkan di area kerja yang sesuai dan tidak menimbulkan resiko baik untuk petugas lain atau petugas yang sedang sakit tersebut; 57. Rumah Sakit menetapkan alur penatalaksanaan paska pajanan benda tajam dan bahan infeksius bekas pakai pasien lainnya di tempat kerja; 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;
--	--	--

	a. <i>Bundles</i> pada pencegahan dan pengendalian <i>ventilator associated pneumonia (VAP)</i>; 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); 59. Rumah Sakit menetapkan area dan kegiatan di kamar jenazah berdasar peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk meminimalisasi risiko penularan; 60. Rumah sakit menetapkan ketersediaan alat pelindung diri yang lengkap sesuai kebutuhan di kamar jenazah; 61. Pemulasaraan jenazah infeksius lain tetap mengacu pada prinsip penerapan kewaspadaan standar dengan memperhatikan cara transmisi penyakitnya; 62. Semua peralatan yang habis dipakai untuk kegiatan pemulasaraan jenazah dilakukan pembersihan menggunakan disinfektan yang sesuai; 63. Pengelolaan makanan di Instalasi Gizi memperhatikan standar sanitasi makanan minuman, alat, lingkungan produksi dan higiene perorangan penjamah makanan; 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; 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; 66. Pemrosesan peralatan makanan bekas pakai pasien dilakukan dengan baik dan benar mengacu pada standar yang ada; 67. Rumah Sakit melakukan <i>assessment</i> dan mendokumentasikan terhadap risiko setiap tahun (ICRA); 68. Rumah sakit menetapkan pelaksanaan <i>Infection Control Risk Assessment (ICRA)</i> meliputi : a. <i>Risk Assessment</i> HAIs; b. <i>Risk Assessment</i> Pemberian Obat IV, Terapi Cairan Dan Pencampuran Obat ; 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 Invasive; i. <i>Risk Assessment</i> Konstruksi/Renovasi; 69. Pengkajian risiko infeksi pada konstruksi dan renovasi di rumah sakit: 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</i> (ICRA); d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (KPPI RS) melakukan pengkajian risiko infeksi dan tindak lanjut berkolaborasi dengan bagian IPSRS dan K3 RS. 70. Persiapan pemakaian ruangan baru paska konstruksi/renovasi rumah sakit; 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; 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> 72. Rumah sakit menetapkan pengendalian mekanis dan teknis (<i>Mechanical Dan Engineering Controls</i>) untuk fasilitas sebagai berikut: 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 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;
--	---

	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>; 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 melalui kerjasama lintas unit/satuan kerja oleh Komite PPI RS; 75. Rumah sakit menetapkan strategi atau upaya untuk mengatasi KLB infeksi; 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; 76. Kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terintegrasi dan terkoordinasi dengan Program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) dengan menggunakan indikator mutu yang ditetapkan; 77. Data kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi terintegrasikan melalui system informasi rumah sakit (SIRS) yang mengacu pada indikator mutu yang ditetapkan; 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; 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 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; 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; 81. Seluruh petugas baru di RS wajib mengikuti program orientasi, termasuk materi PPI di rumah sakit; 82. Setiap mahasiswa yang akan praktek harus diberikan materi orientasi PPI di rumah sakit; 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; 84. Rumah sakit menetapkan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di rumah sakit terhadap pasien, keluarga dan pengunjung rumah sakit; 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; 86. Untuk edukasi pasien rawat inap disampaikan oleh perawat saat orientasi pasien baru masuk meliputi: - Kebersihan tangan; - Etika batuk dan bersin; - Larangan membawa anak sehat dibawah 12 tahun ke rumah sakit; - Larangan mencuci dan menjemur pakaian di rumah sakit; - Larangan melepas alas kaki; - Larangan duduk, tidur atau tiduran dilantai rumah sakit; 87. Rumah sakit menetapkan program pengendalian resistensi antimikroba mengacu pada program di PPRA; 88. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan secara internal (antar unit) maupun eksternal (dengan Rumah Sakit lain yang sejenis atau dengan praktik terbaik/bukti ilmiah yang diakui); 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; 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; 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.
26.	DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN	- Penetapan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) berpedoman pada panduan DPJP Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung. - Sistem pelayanan dan perawatan di ICU Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menggunakan sistem <i>semiclose</i>, dimana sebagai DPJP Utama adalah dokter spesialis anestesi. - Sistem pelayanan dan perawatan di PICU NICU Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menggunakan sistem <i>semiclose</i>, dimana sebagai DPJP Utama adalah dokter spesialis anak.

		4. DPJP bertanggung jawab terhadap semua pelayanan kepada pasien. 5. DPJP wajib melengkapi berkas rekam medis pasien. 6. DPJP wajib memenuhi hak pasien. 7. 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. 8. Pada saat hari libur atau DPJP berhalangan hadir, DPJP dapat melimpahkan wewenang berupa mandat kepada dokter umum.
27.	PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH	1. Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan anestesi, sedasi dan pembedahan meliputi pengorganisasian dan pengelolaan pelayanan 2. Pelayanan sedasi dan anestesi di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung diberlakukan seragam di seluruh area sesuai regulasi. a. Rumah sakit menetapkan panduan praktik klinis untuk pelayanan sedasi moderat dan dalam b. Rumah sakit menetapkan dokter spesialis anestesi yang kompeten sebagai penanggung jawab pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam c. Kualifikasi staf yang memberikan sedasi: - Dokter spesialis anestesi adalah dokter yang telah menyelesaikan pendidikan anestesi di pusat pendidikan - Dokter umum yang telah bersertifikat ACLS - 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. d. Dokter spesialis anestesi bisa mendelegasikan beberapa kewenangan kepada penata anestesi dan dokter umum sesuai dengan kompetensi e. Tindakan sedasi dan anestesi pada setiap pasien direncanakan dan perencanaan didokumentasikan dalam rekam medis pasien. f. Pelayanan sedasi moderat dilaksanakan diseluruh area pelayanan g. Pelayanan sedasi dalam dilaksanakan di instalasi rawat intensif dan instalasi bedah sentral h. Pelayanan sedasi dan anestesi disediakan secara teratur dan rutin

		yaitu: Dua puluh empat jam sehari, tujuh hari seminggu, termasuk hari libur. i. Dokter umum atau dokter spesialis anestesi mempunyai 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 dan terdokumentasi dalam rekam medis j. Pelayanan pasien untuk menjalani sedasi moderat dan dalam, meliputi : 1. Penyusunan rencana termasuk identifikasi perbedaan antara populasi dewasa dan anak atau pertimbangan khusus lainnya; 2. Dokumentasi yang diperlukan tim untuk dapat bekerja dan berkomunikasi secara efektif; 3. Pertimbangan persetujuan (consent) khusus, bila diperlukan; 4. Kebutuhan monitoring pasien; 5. Kualifikasi atau keterampilan khusus para staf yang terlibat dalam proses sedasi; dan 6. Ketersediaan dan penggunaan peralatan spesialistik. k. Rumah sakit menerapkan pemberian informasi kepada [pasien dan atau keluarga atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis risiko, manfaat, alternatif dan analgesia pasca tindakan sedasi atau anestesi l. Penilaian pra anestesi dan pra induksi dilaksanakan sesuai dengan prosedur. m. Pemantauan dan evaluasi dilakukan sesuai dengan prosedur. n. 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. o. Penanggungjawab pelayanan anestesi bertanggungjawab untuk memastikan bahwa pelayanan medis, perawatan dan penunjang klinis memahami kebijakan ini di bagian yang menjadi tanggung jawab mereka, melakukan implementasi
--	--	--

		dari kebijakan ini di dalam bagian yang menjadi tanggung jawab mereka, mengidentifikasikan 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. 3. Pelayanan Bedah - Rumah sakit menerapkan pengkajian prabedah pada pasien yang akan dioperasi oleh dokter penanggung jawab pelayanan sebelum operasi dimulai - Rumah sakit menetapkan pemberian informasi kepada pasien, keluarga dan atau pihak yang akan memberikan keputusan tentang jenis, risiko, manfaat, komplikasi dan dampak serta alternatif prosedur/teknik terkait dengan rencana operasi - Pemberian informasi dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan didokumentasikan dalam formulir persetujuan tindakan kedokteran - Kamar operasi di design dengan memperhatikan pembagian area atau zona yang sudah diatur dalam perundang – undangan yaitu a. Zona steril rendah b. Zona steril sedang c. Zona steril tinggi d. Zona steril sangat tinggi. - Selain zona yang sudah dibagi berdasarkan tingkat kesterilan design kamar operasi juga memperhatikan resiko keselamatan dan keamanan baik untuk pasien dan karyawan. - 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. - 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. - Pemilihan tindakan operasi harus memperhatikan riwayat pasien, status fisik, data diagnostik, manfaat dan resiko dari tindakan yang dipilih.
--	--	--

		- Hasil asesmen dicatat dalam rekam medis pasien. Asesmen yang dicatat harus menginformasikan tentang : a. Data obyektif dan data subyektif b. Diagnosa pra operasi 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) - Proses asesmen dilakukan sesegera mungkin bagi pasien gawat darurat. Untuk pasien yang langsung dilayani oleh dokter bedah asesmen pra bedah menggunakan asesmen awal rawat inap, dan pada pasien yang diputuskan dilakukan pembedahan dalam proses perawatan asesmen dilakukan dan dicatat dalam rekam medis, sedangkan pasien yang dikonsultasikan ditengah perawatan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) lain dan diputuskan untuk operasi maka asesmen pra bedah juga dicatat dalam rekam medis. - Untuk memenuhi kebutuhan informasi DPJP harus memberikan penjelasan kepada pasien dan keluarga atau pihak lain yang berwenang memberiakan keputusan. Informasi yang disampaikan tersebut harus memuat: 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 - Laporan operasi harus dicatat segera setelah operasi selesai dan sebelum pasien pindah ke ke tempat asuhan biasa. Penulisan laporan operasi pada maksud dan tujuan harus memuat : a. Diagnosis pascaoperasi b. Nama dokter bedah dan asisten c. Prosedur operasi yang dilakukan dan rincian temuan d. Ada dan tidak komplikasi e. Spesimen operasi yang dikirim untuk diperiksa f. Jumlah darah yang hilang dan jumlah yang masuk lewat tranfusi g. Nomor pendaftaran alat yang dipasang (implan) bila menggunakan h. Tanggal waktu dan tanda tangan
--	--	---

		dokter yang bertanggungjawab - Rencana asuhan pasca operasi dicatat dalam waktu 24 jam oleh DPJP - Rencana asuhan pascaoperasi termasuk rencana asuhan medis, keperawatan, oleh PPA lainnya berdasarkan atas kebutuhan - Rencana asuhan pasca operasi diubah berdasarkan pengkajian ulang pasien - Status fisiologis pasien dimonitor secara terus menerus selama tindakan pembedahan dan ditulis dalam rekam medis pasien. - Kamar operasi juga menetapkan standar mutu unit dan keselamatan pasien yang setiap bulan harus dilaporkan kepada direktur melalui komite peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit.
28.	PENGGUNAAN IMPLAN ALAT MEDIS	1. Implan adalah suatu peralatan medis yang dimasukkan ke dalam tubuh manusia menggunakan tehnik/metode kedokteran yg berfungsi untuk menggantikan struktur dan bagian biologis dari anggota tubuh atau sebagai terapi pengobatan atau dengan tujuan mempermudah suatu prosedur tindakan kedokteran lainnya. 2. Tindakan Bedah di Instalasi Bedah Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung yang memerlukan pemakaian implant sebagai berikut: a. Tindakan Bedah Orthopedi b. Tindakan Bedah Mulut dan Maksilofasial c. Tindakan Bedah Urologi d. Tindakan Bedah Onkologi e. Tindakan Mata 3. Implan tersebut dibagi menjadi implant sementara dan implant menetap untuk menggantikan fungsi tubuh. a. Implan sementara: VAP, Double lumen, IUD, plat orthopedi, plat bedah mulut b. Implan menetap: implan pengganti sendi lutut (komponen Tibia dan komponen Femur serta <i>spacing</i>), implan pengganti sendi HIP (komponen femur dan komponen acetabulum) 4. Sebelum melakukan pemasangan implan dilakukan pemberian informasi tentang resiko terjadinya recall dan terdokumentasi pada inform consent 5. Tindakan bedah dengan menggunakan implant memperhatikan hal-hal sebagai berikut a. Pemilihan implan berdasarkan peraturan perundang-undangan b. Modifikasi <i>surgical safety checklist</i> untuk memastikan ketersediaan implant di kamar operasi dan pertimbangan khusus untuk penandaan lokasi operasi c. Kualifikasi dan pelatihan setiap staf dari

		luar yang dibutuhkan untuk pemasangan implant (staf dari pabrik/perusahaan implant untuk mengkalibrasi) d. Proses pelaporan jika ada kejadian yang tidak diharapkan terkait implant e. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) terkait implan kepada kepala bidang penunjang medis dan non medis, monitoring dan evaluasi bidang penunjang medis meliputi data pasien, nama alat medik yang digunakan, data penggunaan awal, data distributor/penyedia implan dalam waktu 3 hari setelah diterimanya laporan f. Proses pelaporan malfungsi sesuai dengan standar/aturan pabrik g. Pertimbangan pengendalian infeksi yang khusus h. Instruksi khusus kepada pasien setelah operasi i. Kemampuan penelusuran (tracebility) alat jika terjadi penarikan kembali (<i>recall</i>) alat dengan melakukan pencatatan dan penempelan barcode pada rekam medis dan buku register 6. Pemasangan implant dituliskan pada rekam medis pasien 7. Dokumentasi penggunaan implan dikamar operasi meliputi: Nama, alamat, no telepon, jenis implan, jumlah implan dan nama pabrik penyedia implant.
29.	KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA	1. Rumah sakit menetapkan regulasi terkait manajemen fasilitas dan keselamatan yang meliputi: - kepemimpinan dan perencanaan - keselamatan - keamanan - pengelolaan B3 dan limbah B3 - proteksi kebakaran - peralatan medis - sistem utilitas - penanganan kedaruratan dan bencana - konstruksi dan renovasi - pelatihan 2. Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan keselamatan rumah sakit meliputi - pengelolaan resiko keselamatan rumah sakit secara komprehensif - penyediaan fasilitas pendukung yang aman untuk mencegah kecelakaan dan cedera, penyakit akibat kerja, mengurangi bahaya dan risiko, serta mempertahankan kondisi aman bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung - pemeriksaan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan dilaporkan sebagai dasar perencanaan anggaran untuk perbaikan, penggantian atau upgrading

	3. Rumah sakit menerapkan proses pengelolaan keamanan dilingkungan rumah sakit meliputi a. Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas/tanda pengenalan (badge nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, tenant/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung diluar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit b. Menjamin lingkungan yang aman dengan memberikan identitas/tanda pengenalan (badge nama sementara atau tetap) pada pasien, staf, pekerja kontrak, tenaga/penyewa lahan, keluarga (penunggu pasien), atau pengunjung (pengunjung di luar jam besuk dan tamu rumah sakit) sesuai dengan regulasi rumah sakit c. Melakukan pemeriksaan dan pemantauan keamanan fasilitas dan lingkungan secara berkala dan membuat tindak lanjut perbaikan d. Pemantauan pada daerah berisiko keamanan sesuai penilaian risiko di rumah sakit. Pemantauan dapat dilakukan dengan penempatan petugas keamanan (sekuriti) dan atau memasang kamera sistem CCTV yang dapat dipantau oleh sekuriti e. Melindungi semua individu yang berada di lingkungan rumah sakit terhadap kekerasan, kejahatan dan ancaman f. Menghindari terjadinya kehilangan, kerusakan, atau pengrusakan barang milik pribadi maupun rumah sakit. 4. 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). 5. Rumah Sakit mendukung, memberikan perlindungan pada seluruh orang dan benda yang berada dalam lingkungan Rumah Sakit. 6. Terwujudnya bangunan gedung sesuai fungsi yang ditetapkan dan yang memenuhi persyaratan teknis : keselamatan, kesehatan, kenyamanan dan kemudahan serta kelestarian lingkungan. 7. 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. 8. Setiap pengendalian dan penanggulangan B3 harus mengupayakan kesehatan dan keselamatan kerja serta pencegahan
--	---

	pencemaran lingkungan hidup. 9. Seluruh karyawan karyawan 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. 10. Terlaksananya pelaporan kejadian kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja. 11. Apabila terdapat pekerja / staf Rumah Sakit yang terpapar akibat resiko dari pekerjaannya di Rumah Sakit, maka menjadi tanggung jawab pihak Rumah Sakit. 12. Penanganan kecelakaan bahan kimia sesuai dengan prosedur bahan. Penanganan pasca pajanan sebagai resiko kerja sesuai prosedur yang ada. 13. Penanganan tumpahan bahan kimia dilakukan dengan Spill kit dan proteksi lengkap menggunakan APD pada petugas pembersihnya. 14. 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. 15. Rumah Sakit memiliki sistem peringatan dini (<i>Early Warning System</i>) dengan menggunakan kode warna dalam rangka penanggulangan kedaruratan/ bencana di Rumah Sakit. 16. Untuk pencegahan kejadian kebakaran di area konstruksi, pihak kontraktor diwajibkan untuk : a. Menjaga kebersihan b. Larangan merokok c. Menerapkan <i>safety</i> lingkungan kerja 17. Rumah Sakit saat terjadi bencana eksternal : 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. 18. Saat terjadi bencana eksternal, Rumah Sakit menyediakan ruang rawat emergensi bagi korban bencana di selasar IGD dan Doorlope Poliklinik. 19. Area dekontaminasi korban bencana berada di bagian depan IGD.
--	---

		20. 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. 21. 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. 22. Sosialisasi prosedur evakuasi kejadian bencana dilaksanakan pada waktu apel, pada waktu pelatihan K3 dan saat simulasi kejadian bencana yang dilaksanakan minimal 1 tahun sekali. 23. Memastikan sarana dan prasarana Rumah Sakit diperiksa dan dikalibrasi secara berkala sesuai dengan peraturan yang berlaku. 24. 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. 25. Pelaksanaan recall peralatan kesehatan dilakukan bila terjadi : - Karena cacat produksi - Sesuai pemberitahuan dari pihak yang berwenang untuk dilakukan recall alat 26. Rumah Sakit menjamin ketersediaan 24 jam sehari 7 hari seminggu dan terpeliharanya sistem kunci listrik, air, ventilasi, gas medis dan sistem kunci lainnya.
30.	PELAYANAN HEMODIALISIS	1. Rumah sakit menetapkan regulasi pelayanan dialisis sesuai ketentuan perundang undangan 2. 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. 3. Kebijakan utama - Peralatan di Unit Hemodialisa harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku. - Pelayanan di Unit Hemodialisa harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. - Semua petugas Unit Hemodialisa wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku. - 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 2 Shift (menyesuaikan kapasitas mesin dan jumlah pasien terjadwal). 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. 4. Kebijakan khusus a. Setiap pasien yang masuk ke Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung didaftar dan memiliki satu nomor catatan medik. b. Penyimpanan catatan medik hemodialisa pasien rawat jalan disimpan di ruang dialisis dan rawat inap disimpan di catatan medis. c. Pelayanan dan tindakan hemodialisis dilakukan berdasarkan permintaan dokter secara tertulis dengan mencantumkan diagnosa klinis dan peresepan diagnosa yang terkait. d. Permintaan Hemodialisis hanya bisa diberikan untuk kepentingan peningkatan kualitas hidup pasien. e. Tindakan hemodialisis dalam tanggung jawab dokter spesialis penyakit dalam (DPJP). f. Akses vaskuler dialisis harus dipertimbangkan dan wajib disediakan oleh DPJP sebelum pelaksanaan tindakan hemodialisis yaitu : • Akses vaskuler sementara dilakukan pemasangan <i>double lumen catheter</i>. • Akses vaskuler hemodialisis permanen adalah AV Shunt/ AV Fistula/ Cimino. 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 <i>informed consent</i>. i. <i>Informed consent</i> tindakan hemodialisa dilakukan/ diulang kembali saat pasien mengalami perubahan kondisi/ dirawat inap. j. Setiap pasien baru dilakukan screening
--	--	---

		HbsAg anti HCV, HIV dan screening lain sesuai kondisi pasien ditindakan pertama hemodialisis. k. Tindakan hemodialisis dilakukan pada pasien : 1) terprogram rawat jalan atas kesepakatan antara pasien dan petugas 2) terjadwal sesuai kebutuhan untuk pasien traveling 3) <i>Emergency</i> (Cito) yang ditentukan oleh DPJP atas indikasi kegawatan diantaranya: <i>Oedema pulmo, Hiperkalemia, Ensephalopatya Uremicum, Asidosis Metabolic, Pre Operasi Emergency.</i> l. Tindakan Hemodialisis dilakukan dengan Hemodialisis set dialiser <i>single use</i> m. Yang dimaksud dengan pasien infeksius adalah pasien dengan screening HBsAg positif, Anti HCV positif, AntiHIV positif. n. Setiap pasien dipastikan telah dilakukan screening dan ditempatkan sesuai dengan hasilnya, dilakukan screening ulang HIV, HbsAg dan anti HCV secara berkala 6 bulan. o. Pasien dengan Hepatitis B dilakukan tindakan di Ruang Isolasi p. Hemodialisis pasien gagal ginjal dengan HIV positif mesin dipisahkan q. Pasien dengan TB positif atau Covid 19 mempunyai ruang isolasi sendiri. r. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar Hemodialisis yang telah ditetapkan. s. Unit hemodialisis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator Rumah Sakit yang telah ditetapkan. t. Seluruh pelayanan Hemodialisis wajib berorientasi pada kepuasan pelanggan. u. Kegiatan hemodialisis dan monitoring pasien dicatat dan ditulis dengan baik oleh petugas (dokter, perawat, dietisien dll) dalam status harian terintegrasi. v. Tindakan hemodialisis dilakukan oleh perawat yang bersertifikat dialisis w. Staff hemodialisis senantiasa meningkatkan sumber dayanya untuk kemajuan pengembangan pelayanan x. Semua kegiatan hemodialisis dilakukan dengan sarana prasarana yang memenuhi standar y. Setelah Pelaksanaan Hemodialisis mesin dibersihkan bagian luar dan dalam dengan desinfektan sodium hipoklorid
--	--	--

		maupun Asam sitrat yang terprogram. z. Unit Hemodialisis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal. aa. Bagi pasien yang memerlukan data Hemodialisis, dapat diberikan resume atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan telah diberikan. bb. Bagi pasien yang memerlukan data Hemodialisis untuk keperluan perjalanan, akan diberikan surat travelling hemodialisa. cc. Unit dialisis Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung menerima kegiatan magang mahasiswa terkait.
31.	PENGELOLAAN KEGIATAN PROMOSI KESEHATAN RUMAH SAKIT	1. Rumah Sakit wajib melaksanakan PKRS disetiap lini berdasarkan undang-undang yang berlaku 2. Direktur Rumah Sakit membentuk dan menetapkan Panitia Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) sesuai dengan Tipe Rumah Sakit berdasarkan aturan Permenkes 44 Tahun 2018 yang langsung berada dibawah koordinasi direktur. 3. PKRS menyusun pedoman Kerja PKRS sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan PKRS di RSUD Kabupaten Temanggung. 4. PKRS menyusun program kerja dan rancangan anggaran belanja setiap tahun. 5. PKRS melakukan pemberdayaan masyarakat melalui pengelolaan komunitas pasien berdasarkan penyakit tertentu sesuai dengan kebutuhan assesment edukasi dan jejaring pelayanan dalam rangka promosi kesehatan berkelanjutan. 6. PKRS mendorong terwujudnya rumah sakit menjadi tempat kerja yang sehat dan aman 7. Penyelenggaraan PKRS mengutamakan aspek keselamatan pasien, keluarga, pengunjung , SDM rumah sakit dan masyarakat sekitar rumah sakit. 8. Penyelenggaraan PKRS berprinsip koordinatif, integrative, kerjasama inter dan antar profesi 9. Setiap pasien/ keluarga/ penganggung jawab pasien baik rawat jalan dan rawat inap berhak mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan sesuai dengan penyakit yang diderita. 10. Edukasi menjadi bagian dari pelayanan yang dilakukan oleh seluruh Profesional Pemberi Asuhan/PPA yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga kefarmasian, perekam medis, analis kesehatan, psikolog, fisioterapis, nutrisisionis, okupasi terapis, terapis wicara, penyuluh kesehatan masyarakat, sanitarian, radiografer, penata anastesi dll di lingkungan

		RSUD Kabupaten Temanggung. 11. Komunikasi, Informasi dan edukasi kesehatan yang diberikan dengan teknik komunikasi yang efektif sehingga menunjang partisipasi pasien dan atau keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan sesuai dengan pedoman yang berlaku. 12. Pendidikan pasien dan keluarga direncanakan berdasarkan persetujuan dan assesment kebutuhan Pendidikan. 13. Pendidikan pasien dan keluarga termasuk topik terkait pelayanan pasien seperti diagnosa penyakit dan terapi, PHBS, penggunaan obat, peralatan medis, potensi interaksi obat dan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri, prosedur medis dan teknik rehabilitasi dengan sasaran individu, kelompok dan masyarakat luas. 14. Petugas yang memberikan pendidikan telah mendapatkan pelatihan tentang komunikasi yang efektif. 15. Sistem pencatatan KIE pasien dilakukan secara seragam oleh seluruh staf pada form edukasi rekam medis elektronik disertai pembubuhan tanda tangan penerima edukasi dan pemberi edukasi.
32.	KOMUNIKASI DAN EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA	1. Rumah sakit memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang jenis asuhan dan pelayanan serta akses untuk mendapatkan pelayanan 2. Rumah sakit melakukan pengkajian terhadap kebutuhan edukasi setiap pasien berdasarkan kemampuan dan kemauan belajar pasien dan keluarga meliputi: - kemampuan membaca, tingkat pendidikan - bahasa yang digunakan (perlu penterjemah atay tidak) - hambatan emosional dan motivasi - keterbatasan fisik dan kognitif - kesediaan pasien untuk menerima informasi - nilai nilai dan pilihan pasien 3. Semua pasien yang dirawat di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung dilakukan asesmen awal untuk menentukan kebutuhan edukasi dan informasi 4. Bahwa selama pasien dalam perawatan perlu diberikan edukasi dan informasi pada pasien dan keluarga sesuai kebutuhannya dalam waktu 1x24 jam 5. Edukasi dan informasi pada pasien dan keluarga diberikan oleh edukator yang telah mempunyai kompetensi di bidangnya dan mempunyai sertifikat kompetensi komunikasi efektif 6. Edukasi dan informasi diberikan dengan

		waktu yang ditentukan secara adekuat 7. Bahwa dalam penerimaan informasi dan edukasi semua pasien setara dan atau sejajar kedudukannya termasuk pasien dengan hambatan komunikasi dan kebutuhan khusus 8. Semua pasien berhak mendapatkan edukasi dan informasi mengenai penyakit yang dideritanya, pengobatan, asuhan keperawatan, penggunaan peralatan medis, rehabilitasi medis, manajemen nyeri dan diit pasien sesuai kebutuhannya 9. 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 10. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud, diperlukan panduan yang mengatur tentang pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga di Rumah Sakit agar tidak terjadi kesalahan dan kesalahpahaman 11. Bahwa agar panduan pemberian informasi dan edukasi pada pasien dan keluarga memiliki kekuatan hukum, perlu ditetapkan panduan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung 12. Komunikasi efektif adalah : pemberian informasi secara tepat waktu, akurat, jelas dan mudah dipahami oleh penerima sehingga dapat dipahami, serta mampu menghilangkan tingkat kesalahan (kesalahpahaman) dalam memberikan informasi antar pemberi layanan di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung. Komunikasi antar pemberi layanan dilakukan dengan menggunakan SBAR. SBAR merupakan kerangka acuan dalam pelaporan yang memerlukan perhatian dan tindakan segera.
33.	HIV-AIDS	1. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung melaksanakan penanggulangan HIV / AIDS sesuai ketentuan perundangan 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 Temanggung mendukung pelayanan sebagai Rumah Sakit Rujukan HIV AIDS. 5. Rumah sakit memberikan pelayanan PITC

		dan PMTC 6. Rumah sakit memberikan pelayanan ODHA dengan faktor risiko IO 7. Pelayanan unit HIV harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien serta petugas. 8. Penemuan kasus HIV melalui pemeriksaan laboratorium yang terjamin mutunya. 9. Pengobatan HIV dengan ARV sesuai standart dengan supervisi dan dukungan bagi pasien serta keluarga. 10. Rumah sakit merencanakan dan mengadakan penyediaan ARV 11. Setiap petugas di layanan HIV wajib memiliki kemampuan untuk memberikan penyuluhan kepada pasien dan pengawas minum obat (PMO) tentang keteraturan minum obat ARV. 12. Meningkatkan Fungsi Layanan penunjang, yaitu Laboratorium, Farmasi dan Radiologi. 13. Pencatatan dan Pelaporan hasil monitoring evaluasi disampaikan secara tertulis kepada direktur setiap bulan untuk diketahui dan ditindaklanjuti. 14. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung melakukan skrining TB pada semua ODHA yang berkunjung ke Layanan PDP 15. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pemberian Terapi Pencegahan Tuberkulosis pada ODHA yang berkunjung dan memenuhi syarat 16. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan Pelayanan Konseling Test HIV (KT HIV) yang bermutu dan sesuai dengan standar 17. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan layanan Pencegahan Penularan HIV dari Ibu ke Anak 18. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pengobatan Infeksi Oportunistik / IO dan layanan rujukan bila diperlukan 19. Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi program penanggulangan HIV/AIDS.
34.	PENINGKATAN KESEHATAN IBU DAN BAYI	1. Rumah Sakit melaksanakan PONEK 24 jam. 2. Tim PONEK Rumah Sakit ditetapkan dengan SK Direktur dengan rincian tugas dan tanggung jawab 3. Pelayanan unit PONEK harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. 4. Pada setiap shift jaga, salah satu Bidan dan perawat yang bertugas sudah pelatihan PONEK. 5. Setiap petugas berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu/ bayi dan meningkatkan kesehatan ibu. 6. Melaksanakan dan menerapkan standar

		pelayanan perlindungan ibu dan bayi secara terpadu dan paripurna. 7. Lokasi kamar bersalin berdekatan dengan IBS dan Laboratorium. 8. Adanya fasilitas bagi bayi yang terkena infeksi. 9. Obat dan alat kesehatan sesuai standar PONEK yang berlaku. 10. Setiap petugas wajib memiliki kemampuan untuk memberikan penyuluhan kepada ibu hamil dalam masa perawatan antenatal, persalinan dan <i>post natal</i>. 11. Pendampingan operasi sectio Cesaria oleh dokter spesialis anak, dan apabila berhalangan dapat diganti dokter umum jaga bangsal. 12. Rumah sakit menetapkan program pembinaan jejaring rujukan rumah sakit, melakukan dan mengevaluasi program secara berkala
35.	PELAYANAN KB	1. Rumah sakit melaksanakan program pelayanan keluarga berencana dan kesehatan reproduksi di rumah sakit beserta pemantauan dan evaluasinya 2. 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. 3. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung memberikan pelayanan KB lengkap meliputi pelayanan obat dan alat kontrasepsi, pelayanan KB paska persalinan, MOW serta penanggulangan kegagalan kontrasepsi dan pelayanan rujukan.
36.	PELAYANAN PENURUNAN PREVALENSI <i>STUNTING</i> DAN <i>WASTING</i>	1. Rumah sakit menetapkan kebijakan tentang pelaksanaan program gizi 2. Pelaksanaan pelayanan penanggulangan <i>stunting</i> dilaksanakan secara terpadu oleh Tim Penanggulangan <i>Stunting</i> 3. Tim penanggulangan <i>stunting</i> dan <i>wasting</i> ditetapkan dengan SK Direktur. 4. Rumah sakit melakukan edukasi, pendampingan intervensi dan pengelolaan gizi serta penguatan jejaring rujukan 5. Penyelenggaraan program penurunan prevalensi <i>stunting</i> dan <i>wasting</i> meliputi pelayanan kasus rujukan, konsultasi gizi, konsultasi dan penguatan jejaring.
37.	PELAYANAN TB DENGAN STRATEGI DOTS	1. Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Temanggung melaksanakan penanggulangan tuberkulosis sesuai regulasi 2. Direktur menetapkan tim TB Paru Rumah Sakit berikut program kerjanya 3. Rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana pelayanan tuberkulosis sesuai peraturan perundang undangan

		4. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan TB rawat inap dan rawat jalan 5. Rumah sakit melaksanakan pelayanan TB MDR 6. Rumah sakit menerapkan kepatuhan staf medis terhadap panduan praktek klinis tuberkulosis. 7. Penemuan kasus melalui pemeriksaan bakteriologis, sitologi atau histopatologi yang terjamin mutunya. 8. Pelayanan unit DOTS/ DOTS PLUS harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien. 9. Semua pasien TB/ TB RO wajib dilakukan skrining HIV. 10. 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. 11. Pengobatan TB/ TB RO sesuai standar dengan supervisi dan dukungan bagi pasien. 12. Pelacakan kasus mangkir dilaporkan ke wasaor Dinas Kesehatan Kabupaten dan Programer TB Puskesmas wilayah klien. 13. Pengelolaan dan ketersediaan OAT dilaksanakan secara efektif. 14. Semua pasien umum rawat jalan yang periksa sputum BTA dibebaskan dari biaya. 15. 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. 16. Rumah sakit melaksanakan sistem monitoring, pencatatan dan pelaporan yang mampu memberikan penilaian terhadap hasil pengobatan pasien dan kinerja program secara keseluruhan.
38.	SASARAN KESELAMATAN PASIEN	1. Rumah sakit menetapkan regulasi terkait sasaran keselamatan pasien meliputi: a) mengidentifikasi pasien dengan benar b) meningkatkan komunikasi yang efektif c) meningkatkan keamanan obat-obat yang harus diwaspadai d) memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan atau tindakan invasif e) mengurangi resiko infeksi akibat perawatan kesehatan. f) mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh 2. Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar a. Semua pasien Rumah Sakit harus

		diidentifikasi dengan sedikitnya dua bentuk identifikasi yaitu: nama pasien dan tanggal lahir dan atau nomor rekam medik. Pada pertemuan pertama dengan pasien identifikasi pasien dilakukan secara verbal, untuk pertemuan berikutnya secara verbal dan visual b. Untuk pasien rawat inap, Hemodialisis dan Kemoterapi diidentifikasi menggunakan gelang identitas yang memuat informasi 3 identitas yaitu nama, tanggal lahir, dan nomor rekam medik. c. Semua pasien diidentifikasi sebelum melakukan tindakan intervensi /terapi (misal: pemberian obat, pemberian darah/produk darah, terapi radiasi,kemoterapi), tindakan prosedur (misal: memasang jalur intra vena/hemodialisa), sebelum tindakan diagnostic misal mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium, sebelum kateterisasi jantung, tindakan radiologi diagnostik, dan pada saat menyajikan makan pasien. 3. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif 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. b. Ketentuan di butir (a) di atas berlaku juga untuk pelaporan hasil pemeriksaan CITO/ Kritis. c. Penerima perintah selanjutnya melengkapi nama, tanda tangan, tanggal dan jam. d. Pemberi perintah/DPJP selanjutnya memverifikasi perintah lisan atau telepon dalam waktu 1x24 jam, sedangkan untuk dokter part timer memverifikasi pada hari selanjutnya. 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. 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. g. 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. h. Saat <i>hand over</i> menggunakan alat (RM Pasien), form (buku <i>hand over</i>) dengan metode : - Verbal - Writen - Bed side i. 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. 4. Meningkatkan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (High Allert Medication) 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, ICU II, PICU NICU, IGD, VK, unit Hemodialisis dan troli <i>emergency</i> yang terkunci serta diberi label khusus. c. Untuk pasien di ruang perawatan biasa disimpan dalam kotak obat pasien. d. Pemberian obat HAM dan LASA harus dilakukan <i>double check</i>. e. Seluruh tempat penyimpanan obat di inspeksi secara periodik 1 bulan sekali untuk memastikan obat di simpan secara benar. f. Rumah sakit menetapkan dan menerapkan protokol koreksi hipokalemi, hipokalemi dan hipofosfatemia 5. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pasien Yang Benar 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. b. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (lateraly), struktur multipe (jari tangan dan kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang). c. Menggunakan checklist untuk mem-verifikasi pra operasi tepat-lokasi, tepat-
--	--	---

	prosedur dan tepat-pasien. d. Tim operasi mendokumentasikan <i>Surgical Safety Checklist</i>. e. Surgical safety checklist 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 / <i>time-out</i>” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur / tindakan pembedahan. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat. 6. Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan 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>). b. Cuci tangan (<i>hand hygiene</i>) dilakukan pada saat : 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. 7. Mengurangi Risiko Cidera Pasien Akibat Jatuh 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/ terapi pasien saat transfer dari satu unit ke unit lain dan adanya kejadian jatuh. b. Asesmen risiko jatuh pada pasien dewasa menggunakan skala MORSE, sedangkan pada anak-anak menggunakan skala HUMPTY DUMPTY. c. RSUD Temanggung mempunyai panduan langkah-langkah pengurangan risiko jatuh pada pasien. d. Kejadian pasien jatuh dicatat dan dilaporkan kepada TIM KKPRS Rumah
--	--

		Sakit, untuk dianalisa, dievaluasi dan ditindak lanjuti.
39.	PROGRAM PENGENDALIAN RESISTENSI ANTIMIKROBA	1. RSUD Kabupaten Temanggung menjalankan program pengendalian resistensi antimikroba sesuai ketentuan peraturan perundang undangan. 2. Rumah sakit membentuk tim khusus dalam menjalankan program PPRA yaitu Tim Pengendalian Resistensi Antimikroba (Tim PPRA), Tim PPRA berada dibawah Direktur dan bertanggung jawab kepada Direktur. 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 : a. infeksi bakteri yang terjadi belum / tidak jelas organ mana yang terinfeksi. b. pasien dalam kondisi sepsis. 9. Pemeriksaan biakan bakteri dilakukan sebelum pemberian antibiotik. 10. Pola bakteri dan resistensi bakteri terhadap antibiotik dilaporkan setahun sekali oleh instalasi laboratorium berdasarkan pemeriksaan biakan bakteri. 11. 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. 12. 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. 13. 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. 14. Antibiotik empirik ditetapkan berdasarkan pola mikroba dan kepekaan antibiotik setempat. 15. Penggunaan antibiotik di rumah sakit dilakukan evaluasi berkala oleh apoteker dan dilaporkan kepada Tim Program Pengendalian Resistensi Antibiotik untuk dibuatkan usulan rekomendasi kepada Direktur. 16. Pemilihan antibiotik untuk lingkup rumah sakit dilakukan oleh Komite Farmasi dan Terapi dengan mengacu kepada panduan penggunaan antibiotik rumah sakit, pola kuman rumah sakit dan pola resistensi antibiotik rumah sakit. 17. 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. 18. 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. 19. Evaluasi penggunaan antibiotik dilakukan oleh apoteker dan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). 20. Berdasarkan hasil evaluasi penggunaan antibiotika, Tim PPRA memberikan laporan dan rekomendasi kepada direktur rumah sakit.
40.	PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH	1. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan pemulasaraan jenazah; 2. Semua petugas wajib menerapkan kewaspadaan standar dalam upaya mencegah terjadinya transmisi/ penularan penyakit dari jenazah ke petugas, pasien lain, lingkungan dan pengunjung; 3. Pelayanan pemulasaraan jenazah menyesuaikan dengan norma agama, adat, dan budaya;

	4. Pelayanan pemulasaraan jenazah dilaksanakan dari jam 06.00 – 22.00 WIB dengan sistem on call; 5. Apabila ada yang membutuhkan pelayanan pemulasaraan jenazah jam 22.00 – 06.00 WIB maka dilaksanakan pagi harinya/ jam kerja kecuali pada kondisi Kejadian Luar Biasa (KLB); 6. Setiap pasien yang meninggal dari jam 07.00 – 14.00 WIB dipindahkan/ transit ke kamar jenazah selama 2 jam; 7. Petugas yang menangani jenazah memakai Alat Pelindung Diri (APD) yang sesuai; 8. Waktu tanggap pelayanan pemulasaraan jenazah adalah ≤ 2 jam; 9. Rumah sakit melayani penyimpanan jenazah tanpa identitas di kulkas mayat; 10. Rumah sakit menyediakan tempat autopsi (pemeriksaan dalam dan pemeriksaan luar).
--	---

DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
KABUPATEN TEMANGGUNG



dr. TETTY KURNIAWATI, Sp.S., M.Kes
Pembina Tingkat I
NIP. 19760401 200312 2 010