



**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR**  
**DINAS KESEHATAN**  
**RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU**

Jalan A.Yani 10 – 13 Telp. ( 0341 ) 596898 – 591076 – 591036 – Fax. 596901 – 591076

Email : rsukhbatu@jatimprov.go.id

**BATU 65311**



**KEPUTUSAN**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA**

**Nomor:188.4/732/102.6/2019**

**TENTANG**

**KEBIJAKAN PELAYANAN**

**RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU**

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya mencapai visi dan misi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu diperlukan kebijakan pelayanan yang berkualitas;
- b. bahwa untuk mendapatkan pelayanan yang berkualitas tersebut diperlukan penetapan kebijakan pelayanandi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam konsiderans(a) dan (b), Perlu diterbitkan kebijakan pelayanan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu yang ditetapkan dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu.
- Mengingat : 1. Undang – undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang – undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
5. Undang – undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239/MENKES/SK/XI/2001 tentang Registrasi dan Praktik Perawat;

7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Kebijakan Akreditasi Rumah sakit;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standart Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 Tentang Izin Praktik Dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Khusus;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/MENKES/PER/III/2011 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78/MENKES/PER/III/2008 tentang Pelayanan Gizi di Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269 /MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 004 tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 tahun 2015 tentang Standart Pelayanan Tranfusi Darah;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 tahun 2015 tentang Standart Pelayanan Fisika Medik;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2015 tentang Standart Pelayanan Fisioterapi;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 tahun 2015 tentang Standart Pelayanan Refraksi Optisi / Optometri;

20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 tahun 2015 tentang Standart Pelayanan Keteknisian Gigi;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 tahun 2014 tentang Standart Pelayanan Geriatri Di Rumah sakit;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 tahun 2016 tentang Standart Pelayanan Elektromedik;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang standar pelayanan gawat darurat;
24. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1203/Menkes/SK/XII/2008 tentang Standar Pelayanan Rawat Jalan Dan Rawat Inap Rumah Sakit;
25. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Standar Pelayanan Kesehatan;
26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1778/MENKES/SK/XXI/2010 tentang Standar Pelayanan Intensif Care Unit;
27. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 834/MENKES/SK/VVI/2010 tentang Standar Pelayanan HIGH CARE UNIT;
28. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang Standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja di Rumah Sakit;
29. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Farmasi Di Rumah Sakit;
30. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 56 Tahun 2018 tentang Nomenklatur, Susunan organisasi, uraian tugas dan fungsi serta tatakerja Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur;
31. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 821.2/2109/212/2016 tanggal 26 Desember 2016 tentang Pengangkatan Dalam Jabatan selaku Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu;

32. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu Nomor :188.4 / 5.1/102.6 / 2019 tentang struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu.

### **MEMUTUSKAN**

MENETAPKAN :

KESATU : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu Tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu.

KEDUA : Kebijakan pelayanan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu sebagaimana dimaksud diktum pertama adalah sebagai acuan dalam melaksanakan kegiatan pelayanan di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu.

KETIGA : Kegiatan pelayanan Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu sebagaimana diktumkedua tertuang dalam lampiran keputusan ini.

KEEMPAT : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat Perkembangan dalam pelayanan atau kekeliruan dalam keputusan ini, maka akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : Batu

PADA TANGGAL : 02 Januari 2019

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM  
KARSA HUSADA BATU



**dr TRIES ANGGRAINI, M.Kes**

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001

## **KEBIJAKAN PELAYANAN**

### **RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU**

#### **1. Pelayanan di Instalasi :**

- a) Dilaksanakan dalam 24 jam, kecuali untuk instalasi Rawat Jalan sesuai jam kerja aktif pagi;
- b) Selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien;
- c) Bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku dan etika profesi;
- d) Setiap dokter DPJP (dokter penanggung jawab Pelayanan) melakukan pelayanan Kesehatan sesuai profesi dan Kompetensinya;
- e) Apabila DPJP yang berhalangan melakukan pelayanan wajib digantikan oleh PPA yang memiliki kompetensi yang setara;
- f) DPJP yang lebih dari 1 orang tidak diperbolehkan Meninggalkan Pelayanan Bersamaan baik itu acara Kedinasan atau pun acara profesi.

#### **2. Persetujuan Tindakan :**

1. Setiap tindakan medis baik invasif atau diagnostik yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap pasien harus mendapat persetujuan pasien atau keluarga;
2. Untuk mendapat persetujuan, harus sudah diberikan penjelasan yang lengkap.

#### **3. Skrining dan triase :**

- a) Pemilihan jenis pelayanan atau unit pelayanan berdasar atas temuan pemeriksaan hasil skrining pada kontak pertama, permintaan pasien dan fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit
- b) Skrining dilaksanakan melalui triase, evaluasi visual atau pengamatan, pemeriksaan fisik atau hasil dari pemeriksaan fisik, psikologik, laboratorium klinik atau diagnostik imaging sebelumnya.
- c) Kebutuhan emergency, mendesak diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.

d) Kebutuhan akan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif diprioritaskan berdasarkan kondisi pada waktu proses admisi

**4. Identifikasi :**

- a) Setiap pasien yang masuk rawat inap dipasangkan gelang identitas pasien sesuai prosedur identifikasi yang sudah ditetapkan.
- b) proses identifikasi harus konsisten pada semua situasi dan lokasi sesuai prosedur yang ditetapkan

**5. Transfer/ perpindahan di dalam rumah sakit :**

Penerimaan atau perpindahan pasien antar unit ditentukan dengan kriteria dan prosedur yang telah ditetapkan.

**6. Transfer keluar rumah sakit / rujukan :**

- a) Rujukan dilaksanakan dengan sistem rujukan berjenjang
- b) Rujukan disertai dokumen rujukan, penanggung Jawab serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
- c) Kerjasama yang resmi dibuat dengan rumah sakit penerima
- d) Proses rujukan didokumentasikan didalam rekam medis pasien.

**7. Penundaan pelayanan :**

Memberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan

**8. Pemulangan pasien :**

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

**9. Transportasi :**

Transportasi milik rumah sakit, pengoperasiandan pemeliharaanharus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku

**10. Hak pasien dan keluarga :**

- a) Menghormati kebutuhan privasi pasien.
- b) Melindungi barang milik pasien dan keluarga dari pencurian atau kehilangan.
- c) Melindungi pasien dan keluarga dari kekerasan fisik.
- d) Anak-anak, individu yang cacat, lanjut usiadan lainnya yang berisiko mendapatkan perlindungan yang layak.
- e) Membantu mencari *second opinion* dan kompromi dalam pelayanan didalam maupun diluar rumah sakit.

- f) Pernyataan persetujuan (*Informed Consent*) dari pasien didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh dokter operator dan dokter anestesi, dalam bahasa yang dipahami pasien.
- g) *Informed consent* diperoleh sebelum operasi, anestesi, penggunaan darah atau produk darah dan tindakan serta pengobatan lain yang berisiko tinggi.

**11. Penolakan pelayanan dan pengobatan :**

- a) Pasien dan keluarga berhak menolak setiap tindakan medis baik invasif atau diagnostik yang akan dilakukan oleh dokter atau dokter gigi setelah mendapatkan penjelasan
- b) Memberitahukan hak pasien dan keluarga untuk menolak atau tidak melanjutkan pengobatan.
- c) Memberitahukan pasien dan keluarganya tentang Menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi atau memberhentikan pengobatan bantuan hidup dasar (*Do Not Resuscitate*).

**12. Pelayanan pasien tahap terminal :**

- a) Mendukung hak pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupannya.
- b) Pasien dalam tahap terminal dilakukan assesmen dan assesmen ulang, intervensi yang diberikan sesuai dengan kebutuhan.

**13. Asesmen pasien :**

- a) Semua pasien yang dilayani rumah sakit harus diidentifikasi kebutuhan pelayanannya melalui suatu proses asesmen yang baku.
- b) Hanya mereka yang kompeten sesuai perizinan, undang-undang dan peraturan yang berlaku dan sertifikasi dapat melakukan asesmen.
- c) Asesmen awal medis dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih dini/cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit.
- d) Asesmen awal keperawatan dilaksanakan dalam 24 jam pertama sejak rawat inap atau lebih cepat sesuai kondisi pasien atau kebijakan rumah sakit..
- e) Asesmen awal termasuk menentukan kebutuhan rencana pemulangan pasien (*discharge*).

- f) Semua pasien dilakukan asesmen ulang pada interval tertentu atas dasar kondisi dan pengobatan untuk menetapkan respons terhadap pengobatan dan untuk merencanakan pengobatan atau untuk pemulangan pasien.
- g) Data dan informasi asesmen pasien dianalisis dan diintegrasikan.

#### **14. Manajemen obat :**

- a) Manajemen pengelolaan obat dan perbekalan farmasi dilaksanakan oleh Apoteker
- b) Pengelolaan obat-obatan dan perbekalan farmasi dilaksanakan instalasi farmasi sesuai dengan prosedur pengelolaan di farmasi.
- c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah
- d) pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.
- e) Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien diberi label yang jelas dan disimpan dengan cara yang membatasi akses (*restrict access*).

#### **15. Pencegahan Penyakit Infeksi:**

- a) Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu melaksanakan program PPI meliputi kewaspadaan Isolasi, Surveilans, Pendidikan dan pelatihan, Pencegahan Infeksi dan penggunaan Antibiotik Rasional bekerjasama dengan TIM program pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA)
- b) Semua staf harus mampu melakukan cuci tangan dan menerapkan 5 moment cuci tangan sesuai pedoman yang berlaku.
- c) Penempatan Pasien imunocompromise dan pasien menular diatur dalam Program Pencegahan Penyakit Infeksi (PPI)

#### **16. Manajemen Nyeri**

Semua pasien rawat inap, rawat jalan, dan Instalasi Gawat Darurat di skrining untuk rasa nyeri, dilakukan asesmen dan assesmen nyeri lanjutan serta penatalaksanaan nyeri sesuai prosedur yang berlaku.

#### **17. Pelayanan Asuhan Pasien**

- a) Rumah Sakit Umum Karsa Husada memberikan asuhan terintegrasi dalam menjalankan asuhan pasien yang seragam di semua unit pelayanan sesuai ketentuan yang berlaku.

- b) asuhan pasien resiko tinggi meliputi pasien emergensi, koma, dengan alat bantuan hidup dasar, immunosuppressed, dialisis, pasien risiko bunuh diri, pasien rentan, lansia, anak-anak dan pasien beresiko tindak kekerasan berdasarkan PPK dan peraturan berlaku.

**18. Risiko jatuh :**

- a) Diterapkan pada assesmen awal dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien resiko jatuh bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko.
- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik tentang keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.

**19. Komunikasi efektif :**

- a) Perintah lisan dan melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- b) Perintah lisan dan melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- d) Komunikasi via telepon wajib memperkenalkan diri dan menggunakan SBAR

**20. Manajemen di instalasi :**

- a) Semua petugas instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- b) Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan dibawah tanggung jawab bagian kepegawaian
- c) Instalasi Penunjang diwajibkan menunjang semua pelayanan medis, keperawatan dan diagnostik dengan mengutamakan hak pasien dan keluarga pasien
- d) Manajemen keuangan harus menggunakan prinsip acountabilitas dalam pengelolaan keuangan

- e) Melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutinbulanan minimal satu bulan sekali.
  - f) Setiap bulan wajib membuat laporan.
21. Peralatan di instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk menjamin semua Peralatan tetap dalam kondisi yang baik di bawah kendali Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu.
  22. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)
  23. Pelayanan Kesehatan untuk staf dan keluarga RSU Karsa Husada ( Suami / istri, anak kandung mendapatkan hak sesuai asuransi yang berlaku. Apabila tidak memiliki asuransi maka akan mendapatkan keringanan dari pihak RSU Karsa Husada
  24. Pelayanan untuk masyarakat miskin atau tidak mampu dapat mendapatkan pelayanan kesehatan secara gratis dengan syarat memiliki surat keterangan tidak mampu yang dikeluarkan oleh Pemerintah Setempat secara berjenjang mulai dari tingkat pemerintahan terkecil.
  25. Pelayanan keluarga miskin yang tidak mempunyai asuransi kesehatan dan dinyatakan tidak mampu oleh pemerintah setempat bisa diberikan keringanan dengan cara mengangsur sebanyak 6 kali angsuran dalam tahun berjalan.
  26. Rumah Sakit Umum Karsa Husada tidak memiliki kerjasama dengan dokter praktek mandiri yang bukan staf Rumah Sakit.
  27. Promosi Kesehatan termasuk didalamnya informasi, edukasi yang paripurna.
  28. **Managemen Pelayanan Pasien**
    - a) Kegiatan managemen pelayanan pasien dikelola oleh Case Manager atau Manager Pelayanan Pasien.
    - b) Pasein – pasien yang dikelola adalah pasien yang beresiko tinggi, pembiayaan tinggi, pasien kompleks, pasien resiko perawatan lama, pasien dengan permasalahan psikososial dan ekonomi

## **29. Kebijakan Integrasi Pendidikan Kesehatan Dalam Pelayanan Rumah Sakit**

Pelaksanaan program pendidikan klinis mengikut sertakan peserta didik dalam semua program peningkatkan mutu dan keselamatan pasien di Rumah Sakit dimana mencakup:

- a) Program orientasi umum dengan materi sebagai berikut :
    - 1) Program rumah sakit tentang mutu dan keselamatan pasien
    - 2) Program pengendalian infeksi
    - 3) Program keselamatan penggunaan obat
    - 4) Sasaran keselamatan pasien
  - b) Orientasi mutu unit dilakukan oleh unit dimana masing – masing peserta didik ditempatkan.
  - c) Laporan unit yang mengandung hasil pemantauan dan evaluasi pelaksanaan pendidikan klinis.
  - d) Adanya supervisi yang dilakukan kepada peserta didik sesuai dengan tingkatan sebagai berikut :
    - 1) Supervisi tinggi
    - 2) Supervisi moderat tinggi
    - 3) Supervisi moderat
    - 4) Supervisi rendah
- 30.** Jika ada pasien yang melarikan diri dari rumah sakit sebelum proses pelayanan di rumah sakit selesai maka, petugas harus segera melaporkan kejadian tersebut pada Petugas Satpam, Kepala Ruang dan Kepala Instalasi.

**KEBIJAKAN PELAYANAN DI INSTALASI  
RUMAH SAKIT UMUM KARSA HUSADA BATU**

**A. KEBIJAKAN PELAYANAN GAWAT DARURAT :**

1. Pelayanan di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu di buka 24 jam baik true emergency maupun false emergency;
2. Pelayanan mengutamakan pada pasien yang mengalami kegawat daruratan medis maupun trauma;
3. Pelayanan di ruang IGD meliputi ruang Triage, ruang Critical Care, ruang Ponak, ruang Isolasi dan ruang Transit;
4. Pelayanan di ruang Triage menggunakan PACS, yang masuk P3 pasien akan di layani di ruang Triage sampai pulang, yang termasuk P2 ( zona kuning ) dan P1 akan masuk ruang Critical Care sampai di tentukan pasien akan rawat jalan atau rawat Inap;
5. Jika terjadi lonjakan pengunjung Tim IGD berkoordinasi dengan MPP atau Duta Manager untuk mencari ruang yang kosong di ruang tunggu;
6. Jika pasien membutuhkan rawat inap tetapi bed ruang penuh maka Kepala Ruang IGD berkoordinasi dengan Koordinator pelayanan keperawatan dan Kepala Ruangan terkait untuk mencarikan ruangan yang masih kosong dan pasien menunggu di ruang Critical Care sampai mendapatkan ruang perawatan dan apabila di ruang Critical Care penuh maka pasien akan menunggu di ruang Transit, jika pasien memerlukan ruang isolasi maka pasien akan di tempatkan di ruang isolasi;
7. Pelayanan gawat darurat terutama live saving akan di laksanakan tanpa ada pembayaran uang muka atau pasien tidak diharuskan untuk membayar terlebih dahulu;
8. Dalam memberikan pelayan pasien petugas harus selalu menghormati hak – hak pasien;
9. Keluarga atau pasien yang datang ke IGD harus mendaftar di bagian admisi kecuali pasien sendirian atau tidak dengan keluarga, maka petugas admisi harus mendata pasien on site untuk mendaftarkan ke rekam medis dan mendapatkan pelayanan gelang identitas pasien;
10. Semua pasien yang mendaftar ke IGD baik Rawat jalan maupun rawat inap harus memperoleh gelang identitas sebelum mendapatkan pelayanan kecuali pasien yang memerlukan resusitasi:

11. Setiap dokter yang memberikan pelayanan di IGD harus memiliki sertifikat ACLS atau ATLS yang masih berlaku;
12. Setiap perawat yang memberikan pelayanan di IGD harus memiliki sertifikat PPGD atau BCLS atau BTLS yang masih berlaku;
13. Setiap pasien yang diperiksa di IGD akan di periksa oleh perawat atau dokter di ruang Triage terlebih dahulu untuk di lengkapi assessment triage, kecuali jika pasien diketahui Prioritas 1 dengan penurunan kesadaran, cyanotic, gasping, henti nafas dan henti jantung maka pasien akan langsung di masukkan dan di tempatkan di area Prioritas 1(zona merah);
14. Semua pasien yang masuk ke dalam ruang Critical Care harus sudah terpasang gelang identitas kecuali pasien yang mengalami henti nafas dan henti jantung atau penurunan kesadaran yang harus segera mendapatkan penanganan live saving maupun tindakan resusitasi;
15. Semua pasien yang memerlukan pemeriksaan diagnostic, terapi, specimen yang tidak terdapat di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu akan di lakukan rujukan ke rumah sakit lain sesuai dengan MoU;
16. Apabila terjadi disaster baik dari dalam maupun luar rumah sakit IGD siap menjadi tim penanggulangan bencana sesuai dengan disaster plan rumah sakit yang berlaku;
17. Pelayanan permintaan ambulan emergency dari luar Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu melayani 24 jam;
18. Pasien obstetric ginekologi neonatus akan di layani di ruang ponok, kecuali ada kegawatdaruratan maka akan di tempatkan zona merah;
19. Pelayaana pasien yang mebutuhkan dekontaminasi akan dilakukan dekontaminasi sebelum masuk ruang IGD;
20. Dekontaminasi akan dilakukan di ruang khusus dekontaminasi.

## **B. KEBIJAKAN PELAYANAN RAWAT JALAN :**

### **a. Kebijakan Umum**

1. Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
2. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan;
3. Pelayanan oleh dokter dan petugas kesehatan lain untuk pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai dengan jadwal di masing-masing klinik;

4. Semua petugas unit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
5. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, etiket, dan menghormati hak pasien;
6. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja);
7. Peralatan di unit harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
8. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali;
9. Setiap bulan wajib membuat laporan kinerja Instalasi Rawat Jalan.

**b. Kebijakan Khusus**

1. Setiap pasien yang datang ke Instalasi Rawat Jalan/ poliklinik dapat melakukan pendaftaran rawat jalan dibagian pendaftaran rawat jalan untuk mendapatkan nomer rekam medis dan catatan medis pasien rawat jalan;
2. Setiap pasien yang datang ke Instalasi Rawat Jalan/ poliklinik harus dibuatkan rekam medis rawat Jalan;
3. Pasien yang sudah mempunyai nomer rekam medis bias mendaftar lewat aplikasi online pendaftaran rawat jalan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
4. Untuk memantau kualitas pelayanan asuhan keperawatan maka dilakukan kegiatan supervisi pelayanan secara rutin oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan;
5. Setiap pasien akan menjalani pemeriksaan fisik/ skrining awal pasien oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan yang lain untuk menegakkan diagnosa sesuai dengan kebutuhan dan keluhan pasien;
6. Setiap pemeriksaan penunjang yang dilakukan di unit rawat jalan/ poliklinik harus berdasarkan atas permintaan dokter;
7. Pelayanan rawat jalan/ Poliklinik dapat dilayani mulai jam 08.00 WIB sampai dengan jam 13.00 WIB kecuali hari jumat sampai jam 11.00 WIB;
8. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan.

### **c. Kebijakan Khusus**

1. Unit kerja pelaksana penyelenggaraan pelayanan kesehatan rawat jalan di RS yang ditunjuk oleh Direktur RS adalah Instalasi Rawat Jalan RS, yang dikepalai oleh seorang dokter sebagai Kepala Instalasi. Instalasi Rawat Jalan bertanggung jawab atas terselenggaranya pelayanan kesehatan rawat jalan, yang meliputi; jenis pelayanan rawat jalan, jam pelaksanaan pelayanan, tempat pelayanan, dan sumber daya pemberi layanan rawat jalan, serta segala sesuatu yang berhubungan dengan pelayanan rawat jalan;

### **d. Jenis Pelayanan Rawat Jalan**

- a) Pelayanan Medik Umum
  - 1) Poliklinik MCU;
  - 2) Poliklinik Medik Gigi Mulut.
- b) Pelayanan Kesehatan Spesialistik
  - 1) Poliklinik Syaraf;
  - 2) Poliklinik Penyakit Dalam
  - 3) Poliklinik Mata;
  - 4) Poliklinik THT;
  - 5) Poliklinik Jantung;
  - 6) Poliklinik Paru;
  - 7) Poliklinik Astma;
  - 8) Poliklinik TB;
  - 9) Poliklinik Bedah Umum;
  - 10) Poliklinik Obgyn;
  - 11) Poliklinik Geriatri;
  - 12) Poliklinik Anestesi;
  - 13) Poliklinik DM;
  - 14) Poliklinik HIV;
  - 15) Poliklinik Kulit Kelamin;
  - 16) Poliklinik Rehabilitasi Medik.
- c) Pelayanan Medik Subspesialis
  - 1) Bedah Urologi
  - 2) Bedah Orthopedi & Traumatologi

- 3) Bedah Plastik
- 4) Bedah Digestif
- 5) Sub spesialis Orthodonti
- 6) Bedah Mulut

**e. Tempat Pelayanan**

- 1) Gedung Instalasi Rawat Jalan Lama (sebelah Selatan);
- 2) Gedung Instalasi Rawat Jalan Baru (sebelah Barat).

**f. Jam Pelayanan Rawat Jalan**

- 1) Pelayanan rawat jalan/ Poliklinik spesialis hari Senin sampai Jum'at;
- 2) Jam pelayanan dimulai pada jam 08.00 WIB sampai dengan jam 13.00 WIB kecuali hari Jumat sampai jam 11.00 WIB.

**g. Jam Pelayanan Rawat Jalan**

- 1) Fasilitas yang disediakan di Instalasi Rawat Jalan terkait dengan pelayanan kesehatan terdiri dari fasilitas umum, dan fasilitas khusus. Fasilitas umum meliputi :
  - a) ruang pemeriksaan, ruang tunggu pasien, toilet, lift, dan fasilitas umum lain yang mendukung;
  - b) Fasilitas khusus berupa peralatan medik yang mendukung pemeriksaan, perawatan, tindakan dan atau pengambilan diagnose pasien;
  - c) Fasilitas yang disediakan di masing-masing klinik adalah fasilitas standar yang ditetapkan pemerintah, yang disesuaikan dengan jenis pelayanan yang diberikan.

**h. Jam Pelayanan Rawat Jalan**

- 1) Sumber daya insani untuk pelayanan kesehatan di Instalasi Rawat Jalan RS disesuaikan dengan jenis pelayanan kesehatan yang diberikan;
- 2) Pada pelayanan kesehatan umum, ditempatkan tenaga professional lulusan kedokteran umum;
- 3) Ketenagaan bersifat tetap;
- 4) Untuk pelayanan spesialistik dan subspecialistik, disediakan tenaga professional, spesialis dan spesialistik, sesuai dengan jenis pelayanan. Ketenagaan bersifat tetap;
- 5) Untuk asistensi pelayanan, asuhan keperawatan dan asuhan kebidanan di instalasi rawat jalan disediakan tenaga terampil lulusan keperawatan

dan kebidananyang disesuaikan pula dengan jenis pelayanan yang diberikan ketenagaan bersifat tetap.

### **C. KEBIJAKAN PELAYANAN RAWAT INAP:**

- 1) Setiap pasien yang akan dirawat inap harus mengikuti alur proses pendaftaran sesuai yang telah ditetapkan oleh pihak rumah sakit;
- 2) Seluruh pelayanan keperawatan di instalasi rawat inap berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien;
- 3) Setiap pasien rawat inap harus sudah memiliki Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP) dan mendapatkan Perawat Penanggung jawab Pasien (PPJP);
- 4) Pada keadaan darurat, untuk kepentingan pasien, dokter jaga ICU dapat memberikan pertolongan pertama dengan sepengetahuan DPJP;
- 5) Apabila pasien dalam tahap terminal dan tindakan resusitasi diketahui tidak akan menyembuhkan atau memperbaiki kualitas hidup pasien, dokter jaga atau tim *code blue* dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi;
- 6) Pasien rawat inap mendapatkan fasilitas pelayanan dasar sesuai dengan hak kelas perawtan;
- 7) Pasien dengan asuransi apabila hak kelas perawatannya penuh, maka akan ditempatkan sementara satu tingkat di atas atau di bawah maksimal selama 3x24 jam dengan persetujuan pasien dan keluarga;
- 8) Semua pasien rawat inap mendapatkan pelayanan medis sesuai dengan standar;
- 9) Setiap pasien dan keluarga di rawat sinap berhak mendapatkan edukasi mengenai orientasi ruangan, kebersihan diri, cuci tangan, dan kebersihan lingkungan;
- 10) Semua pelayanan atau tindakan terhadap pasien harus dengan persetujuan dan penjelasan serta dicatat secara lengkap dalam rekam medis;
- 11) Untuk pasien infeksius akan ditempatkan ruangan khusus yang sudah ditentukan;
- 12) Untuk pasien dengan stroke dtempatkan di unit khusus (unit stroke)
- 13) Setiap pasien rawat inap yang membutuhkan alat bantu dan monitoring menggunakan alat ditempatkan di *High Care Unit* (HCU);

- 14) Pengiriman pasien yang akan dirawat inap dan dilakukan pemeriksaan penunjang serta tindakan (operasi) akan diantar oleh petugas sesuai dengan kriteria transfer;
- 15) Setiap pemeriksaan pasien di instalasi rawat inap dilakukan oleh tenaga medis (Profesional Pemberi Asuhan);
- 16) Setiap pasien yang akan meninggalkan rawat inap (keluar rumah sakit) harus menyelesaikan administrasi sesuai peraturan yang berlaku;
- 17) Untuk pasien meninggal dunia di rawat inap harus dilakukan observasi selama 2 jam;
- 18) Semua hasil pemeriksaan pasien rawat inap harus disimpan di tempat khusus atau di dalam rekam medis;
- 19) Petugas rawat inap wajib melaksanakan timbang terima sesuai dengan prosedur yang berlaku;
- 20) Peralatan medis yang berada di rawat inap harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 21) Untuk peningkatan kualitas pelayanan di rawat inap, setiap petugas wajib menjaga dan memelihara sarana dan prasarana serta fasilitas yang tersedia;
- 22) Kepala ruang dan kepala instalasi membuat usulan kebutuhan sarana dan prasarana serta fasilitas medis yang dibutuhkan di rawat inap secara berkala;
- 23) Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan secara berkala;
- 24) Untuk memantau kualitas pelayanan dilaksanakan supervisi oleh kepala ruangan dan kepala instalasi rawat inap.

#### **D. KEBIJAKAN PELAYANAN KAMAR OPERASI :**

##### **a. Kebijakan Umum:**

- 1) Pelayanan kamar operasi adalah tindakan medis yang dilakukan oleh dokter spesialis bedah dan dokter spesialis anestesi yang dibantu oleh perawat perioperatif dan perawat anestesi dalam kerja sama tim, meliputi pra operasi, durante operasi dan pasca operasi;
- 2) Pelayanan kamar operasi dilaksanakan sesuai dengan Pedoman Pelayanan Kamar Operasi yang diterbitkan oleh Instalasi Kamar Operasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu;

- 3) Pelayanan Instalasi Kamar Operasi meliputi bedah umum, orthopedi, obgyn, THT, mata, urologi, bedah gigi dan mulut, digestif, plastik, tindakan paru dan anestesi. Serta akan dikembangkan sesuai kebijakan rumah sakit;
- 4) Pengelolaan Instalasi Kamar Operasi dipimpin oleh kepala kamar operasi, yakni dokter yang ditunjuk sesuai SK direktur Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu yang beranggotakan dokter spesialis bedah, orthopedi, obgyn, THT, mata, urologi, bedah gigi dan mulut, digestif, plastic, paru dan anestesi. Dalam pelaksanaannya dibantu oleh kepala ruang perawat yang beranggotakan perawat perioperatif dan anestesi;
- 5) Prosedur SMF paru meliputi prosedur diagnostic dan operatif. Prosedur diagnostic dilakukan di ruang tindakan diluar kamar operasi sentral (Ruang Diagnostik Paru);
- 6) Tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) masing-masing anggota dalam Instalasi Kamar Operasi dijelaskan pada Pedoman Pelayanan Instalasi Kamar Operasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu;
- 7) Dokter yang boleh menjadi operator di kamar operasi adalah dokter spesialis yang sudah menjadi staf Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu dan telah menyelesaikan Pendidikan Program Studi Dokter Spesialis di institusi pendidikan yang terakreditasi atau lulusan luar negeri yang telah mendapat Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
- 8) Perawat bedah adalah tenaga keperawatan yang telah menyelesaikan pendidikan atau pelatihan perawat terampil perioperatif di institusi yang diakui dan telah memiliki Surat Tanda Registrasi (STR);
- 9) Semua petugas instalasi kamar operasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 10) Setiap kegiatan pelayanan pasien harus tercatat dan termonitor;
- 11) Setiap tindakan pelayanan kamar operasi harus tercatat dalam rekam medis, assesment pra operasi, meliputi SSC, durante operasi, dan pasca operasi. Petugas yang terkait, wajib mengisi dan bertanggung jawab atas kelengkapan isinya;

- 12) Setiap pasien yang akan dilakukan operasi dilakukan edukasi mengenai penyakitnya dan prosedur operasinya dan hal-hal lain yang berkaitan dengan persiapan pra, intra, post operasi;
- 13) Setiap pasien yang akan dioperasi dijelaskan tentang hal-hal yang berkaitan dengan operasi penyakitnya oleh dokter operator atau tenaga kesehatan lain yang kompeten, kemudian diminta persetujuannya pada lembar *informed consent* sesuai SPO yang berlaku;
- 14) Penggunaan produk darah, disesuaikan dengan SPO yang diterapkan di seluruh rumah sakit;
- 15) Penggunaan implant dan pencatatannya dilaksanakan sesuai pedoman pelayanan kamar operasi;
- 16) Setiap pasien yang akan dilakukan operasi disiapkan kelengkapan untuk tindakan operasi maupun anestesi sesuai hasil konsultasi kepada DPJP;
- 17) Setiap pasien yang akan dioperasi maupun dilakukan tindakan invasif yang menggunakan anestesi perlu dilakukan penandaan area operasi (*site marking*) dan SSC sesuai panduan;
- 18) Laporan operasi harus sudah tersedia sebelum pasien meninggalkan kamar operasi. Jika pasca operasi dokter bedah harus mendampingi pasien ke ruang intensif lanjutan, maka laporan operasi dapat ditulis di ruang intensif lanjutan (ICU, NICU, PICU, HCU);
- 19) Setiap petugas harus mematuhi alur dalam manajemen pasien, linen dan instrumen sesuai pada buku panduan;
- 20) Setiap pasien yang akan operasi dijaga privacynya baik pada saat di ruang rawat inap, selama perjalanan transfer menuju IKO maupun di IKO, sesuai dengan kebutuhannya sebagaimana terurai pada general consent;
- 21) Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja);
- 22) Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien;

- 23) Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu, Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) dan keselamatan pasien;
- 24) Program mutu dan keselamatan pasien pelayanan bedah terintegrasi dengan program mutu Rumah Sakit dan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien disesuaikan dengan kebijakan rumah sakit;
- 25) Peralatan di instalasi kamar operasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- 26) Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi harian dilaksanakan morning report. Rapat rutin bulanan dilakukan minimal satu kali dan membuat laporan setiap bulan;
- 27) Tata laksana hubungan IKO dengan unit lain (rawat inap, rawat jalan, farmasi, CSSD, laundry, laboratorium, radiologi, administrasi, logistik) terurai dalam pedoman;
- 28) Penanganan pasien meninggal di kamar operasi terurai dalam buku pedoman;
- 29) Pedoman pelayanan bedah di luar kamar operasi central di sesuaikan dengan pedoman kamar operasi.

**b. Kebijakan Penjadwalan Kamar Operasi Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu**

- 1) Pemesanan jadwal operasi elektif, dilakukan 1 hari sebelum operasi, dengan mengisi form pendaftaran jadwal operasi dan diserahkan ke petugas kamar operasi;
- 2) Jam pemesanan jadwal kamar operasi elektif terakhir jam 13.00 di kamar operasi pada satu hari sebelum operasi;
- 3) Pasien operasi elektif wajib dikonsulkan ke poli anestesi untuk dilakukan assesmen pra-anestesi, sebelum dijadwalkan;
- 4) Dalam 1 harinya, kamar operasi melayani 4 operasi elektif yang bersifat mayor dan 4 operasi moderate. Apabila terjadi overload jumlah operasi, kepala ruang kamar operasi berhak untuk merubah jadwal dan menginformasikan kembali pada DPJP/ruang rawat inap terkait.

**c. Waktu Operasional Pelayanan kamar Operasi**

- 1) Jam kerja Instalasi Kamar Operasi elektif mulai pukul 07.30-16.00 (sesuai jam dinas senin – jumat);

- 2) Jam mulai induksi pagi hari mulai pukul 07.45 WIB;
- 3) Jam induksi anestesi terakhir pukul 13.00 WIB;
- 4) Jam kerja Instalasi Kamar Operasi yang bersifat cyto, berlangsung 24 jam;
- 5) Induksi anestesi dilakukan setelah operator berada di kamar operasi;
- 6) Pelaksanaan operasi sesuai dengan jadwal yang sudah disepakati. Apabila terjadi keterlambatan anggota tim, diberikan batas toleransi 30 menit jika pihak yang terlambat memberikan konfirmasi sebelumnya. Tetapi jika pihak yang terlambat tidak memberikan konfirmasi, maka diberi toleransi waktu 15 menit. Melewati batas waktu toleransi, kamar operasi akan digunakan untuk jadwal operasi berikutnya;
- 7) Jika terjadi perpanjangan waktu operasi dikarenakan hal yang tidak diprediksi (keadaan pasien), maka jadwal operasi elektif tetap diselesaikan walaupun sudah melebihi batas induksi jam 13.00.

#### **d. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)**

- 1) Petugas cuci tangan 5 langkah setelah 5 moment cuci tangan. Petugas cuci tangan bedah (*scrubbing*) sebelum operasi;
- 2) Setiap pengguna kamar operasi diwajibkan mengganti baju luar dengan baju khusus kamar operasi, mengganti sandal khusus dengan sandal kamar operasi, dan perlengkapan APD (masker dan topi) dengan baik dan benar;
- 3) Melakukan dekontaminasi alat instrumen sesuai prosedur. Instrumen dan linen yang akan digunakan operasi dipastikan telah disterilisasi;
- 4) Pembersihan harian dan sewaktu dilakukan oleh *cleaning service* dan petugas kamar operasi;
- 5) Petugas kamar operasi dan *cleaning service* melakukan pembersihan mingguan (bongkaran) setiap hari jumat;
- 6) Pada saat pembersihan mingguan (bongkaran) IKO tetap melayani operasi cyto;
- 7) Pasien yang akan menjalani operasi, harus dikirim dalam kondisi personal hygiene yang baik (optimal). Hal ini meliputi kebersihan tubuh pasien, oral hygiene, kebersihan kuku dan area operasi;
- 8) Untuk evaluasi kelayakan kamar operasi, dilakukan swab secara berkala setiap 6 bulan dan kultur air secara berkala (tiap 1 bulan) dan jika

kondisi tertentu yang memerlukan sesuai panduan PPI;

- 9) Penempatan sampah medis, non medis, jarum, spuit dan ampul sesuai penempatannya;
- 10) Untuk penatalaksanaan setelah pasien infeksius, linen dan sampah medis diberi label infeksius pada kantongnya. Ruangan kamar tindakan operasi segera dibersihkan;
- 11) Antibiotik profilaksis dimasukkan 30 menit sebelum incise;
- 12) Petugas mengisi data surveillance sesuai panduan PPI.

**e. Konsultasi Selama (Durantee) Operasi:**

- 1) Konsultasi durante operasi terbagi atas Kasus terprediksi dan Tidak terprediksi;
- 2) Konsultasi Kasus Tidak Terprediksi, dapat dilakukan setiap saat ke unit terkait tanpa pemberitahuan sebelumnya. Yang selanjutnya dimungkinkan tindakan operasi bersama;
- 3) Konsultasi Kasus terprediksi, wajib menginformasikan ke unit terkait sehari sebelum jadwal operasi atas kemungkinan dilakukan Konsultasi Durante Operasi.

**f. Komunikasi Antar Perawat Ruang Rawat Inap Asal Pasien dan TimIKO**

- 1) Jadwal Pasien Elektif : informasi jadwal operasi disampaikan oleh perawat ruangan asal pasien melalui konsultasi untuk DPJP dan dokter Anestesi. Untuk tim perawat bedah dan anestesi informasi dapat dilihat di papan jadwal yang terpampang di IKO;
- 2) Jadwal Pasien Cito: informasi jadwal operasi disampaikan oleh perawat atau dokter ruangan asal pasien (Rawat Inap/UGD) melalui konsultasi via telepon kepada dokter operator dan dokter anestesi. Untuk tim perawat bedah dan anetesi, pihak ruangan asal pasien cukup menghubungi nomor HPIKO. Selanjutnya pemegang HP IKO wajib menghubungi seluruh tim perawat bedah dan anestesi yang terjadwal berjaga cito pada hari tersebut.

**g. Pelaksanaan Pergantian Jadwal Operasi (Turn Over Jadwal Operasi)**

- 1) Jam jadwal operasi yang sudah direncanakan (elektif dan cito) wajib dipatuhi;
- 2) Setiap keterlambatan jadwal operasi akan dicatat di buku laporan pengendalian mutu.

## **E. KEBIJAKAN PELAYANAN FARMASI :**

1. Pelayanan farmasi dilaksanakan dengan sistem satu pintu;
2. Lembaran resep dilayani apabila sudah memenuhi persyaratan administrasi, meliputi :
  - a. Nama , umur, jenis kelamin, berat badan pasien;
  - b. Nama, nomor izin, alamat dan paraf dokter;
  - c. Tanggal resep.
3. Obat in pasien dikembalikan jika alergi atau pasien meninggal dunia atau hal lain dengan persetujuan dokter;
4. Instalasi farmasi dipimpin oleh satu orang apoteker, berijazah S1 apoteker dan memiliki SIK/SP;
5. Setiap ruang rawat harus mempunyai penanggung jawab obat yaitu petugas farmasi klinis yang bertugas di ruangan;
6. Pendistribusian perbekalan farmasi untuk persediaan di ruang rawat merupakan tanggung jawab perawat ruangan;
7. Besarnya persediaan obat/ alkes di logistik farmasi ditentukan maksimum untuk pemakaian satu bulan, kecuali untuk obat-obat yang dikategorikan "fast moving" persediaan dapat ditingkatkan sampai dengan maksimum untuk tiga bulan;
8. Formulir pemakaian obat pengganti resep harus ditandatangani oleh Direktur Instalasi farmasi;
9. Jumlah persediaan obat / alkes ditentukan maksimum untuk penjualan satu minggu;
10. Penerimaan obat / alkes dari logistik farmasi dengan kadaluarsa paling lambat satu tahun hanya untuk obat-obat yang digolongkan " cito " dan segera pakai;
11. Untuk penagihan resep pasien rekanan dan pasien karyawan diperlukan selain foto copy resep juga tanda tangan asli dari cetakan slip pembelian obat (SPO) atau dari kuitansi manual;
12. Jika harga obat / alkes di atas Rp. 100.000,00 perlu persetujuan dari pasien / keluarga pasien dengan menandatangani di belakang resep bahwa obat tidak dapat dikembalikan;
13. Untuk menjaga kualitas, semua obat atau alkes dibeli dari pedagang besar farmasi (PBF) yang resmi;

14. Permintaan narkotika di tulis dokter dengan mencantumkan nomor Surat Izin Praktek (SIP) dan alamat lengkap;
15. Tidak menyediakan alcohol untuk dijual bebas;
16. Memberikan pelayanan selama 24 jam terus menerus ke seluruh bagian yang terkait seperti IGD, rawat inap, rawat jalan, dan rawat inap intensif;
17. Tidak menyediakan susu bayi (< 6 bulan ) untuk dijual bebas;
18. Pembayaran pasien umum rawat inap dapat dibayarkan saat mau pulang atau selesai opname dengan cara loket pembayaran berkoordinasi dengan farmasi dan ruangan;
19. Penggunaan obat expired yang tertera dalam kemasan obat dapat digunakan sampai habis bulan yang tertera di bulan itu atau tanggal terakhir dibulan yang tertera.

**F. KEBIJAKAN PELAYANAN LABORATORIUM :**

1. Peralatan laboratorium harus selalu dilakukan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Setiap pemeriksaan laboratorium harus berdasarkan atas permintaan dokter;
3. Setiap sample harus diidentifikasi sesuai dengan ketentuan;
4. Pelayanan laboratorium harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
5. Pemberian hasil pemeriksaan laboratorium dilaksanakan oleh dokter spesialis Patologi Klinik atau petugas yang diberikan kewenangan;
6. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan.

**G. KEBIJAKAN PELAYANAN RADIOLOGI :**

1. Peralatan radiologi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
2. Setiap pemeriksaan radiologi harus berdasarkan permintaan dokter;
3. Pelayanan radiologi harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
4. Semua petugas radiologi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku;

5. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), termasuk penggunaan APD (Alat Pelindung Diri);
6. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, etiket, dan menghormati hak pasien;
7. Pemeriksaan radiologi dengan kontras harus dilaksanakan / dalam pengawasan dokter spesialis radiologi;
8. Pemberian ekspertise hasil pemeriksaan radiologi dilaksanakan oleh dokter spesialis radiologi;
9. Pelayanan radiologi dilaksanakan 24 jam;
10. Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan;
11. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan;
12. Untuk melaksanakan koordinasi dan evakuasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali;
13. Untuk mengatasi keadaan gawat darurat akibat reaksi dari bahan kontras wajib disediakan obat dan peralatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.

## **H. KEBIJAKAN PELAYANAN GIZI :**

### **1. Asuhan Gizi Pasien**

- a. Asuhan gizi dilakukan oleh profesional pemberi asuhan gizi dengan pendidikan minimal Diploma III Gizi;
- b. Layanan di instalasi gizi harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
- c. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan tugas pokok, standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi dan menghormati hak pasien;
- d. Monitoring dan evaluasi kegiatan pelayanan gizi dalam rangka menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dilakukan setiap bulan;
- e. Asesmen awal di skrining untuk resiko nutrisi dilakukan oleh perawat dalam waktu 1 x 24 jam;

- f. Pengkajian gizi dilakukan pada kunjungan awal pasien baru dalam 2 x 24 jam sebagai dasar dalam menentukan diagnosis gizi dan intervensi gizi;
- g. Proses asuhan gizi terstandar (PAGT) dengan metode ADIME (Asesmen Diagnosa Gizi Intervensi Gizi, Monitoring dan Evaluasi Gizi) dilakukan oleh ahli gizi dan dicatat di rekamedis pasien.

## **2. Penyelenggaraan Makanan**

- a. Pelayanan di rumah sakit mulai dari pengadaan bahan makanan, pengolahan bahan makanan, dan pendistribusian makanan selalu dibawah pengawasan ahli gizi minimal pendidikan Diploma III Gizi;
- b. Makanan pasien disediakan sesuai status gizi, kebutuhan penyakit pasien berdasarkan surat permintaan makan pasien di ruangan;
- c. Pasien berhak menentukan makanan sesuai dengan nilai yang di anut (alergi/pantangan) bila memungkinkan pasien ditawarkan makanan yang konsisten dengan status gizi dan penyakitnya;
- d. Pasien baru yang masuk rumah sakit pada jam 17.30 s/d 24.00 WIB di berikan makanan berupa biskuit atau roti dan minuman kemasan;
- e. Penyimpanan produk nutrisi dilakukan dengan baik, benar dan aman;
- f. Jika keluarga membawa makanan bagi pasien merika diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan resiko kontaminasi serta pembusukan dengan materi 5 kunci keamanan makanan.

### **I. KEBIJAKAN PELAYANAN REKAM MEDIS :**

- 1. Setiap pasien Rumah Sakit UmumKarsa Husada Batumemiliki satu nomor Rekam Medis;
- 2. Penyimpanan rekam medis pasien rawat jalan dan rawat inap disimpan di dalam satu tempat;
- 3. Setiap pasien yang pulang rawat inap dibuatkan Ringkasan pasien pulang (*discharge summary*);
- 4. Kegiatan pelayanan medis dilaksanakan dengan membuat sensus harian;
- 5. Seluruh pelayanan dokumen rekam medis dilaksanakan oleh petugas rekam medis;
- 6. Setiap pasien yang masuk ke Rumah Sakit Karsa Husada dientry melalui admission;

7. Permintaan rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan dan pinjaman menggunakan bon pinjaman;
8. Kaur Rawat Inap bertanggung jawab atas kembalinya berkas rekam medis pasien rawat inap yang keluar perawatan dalam waktu tidak lebih dari 2 x 24 jam;
9. Semua profesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan tanda tangan / paraf dan terang nama;
10. Penanggung jawab berkas rekam medis bertanggung jawab atas pengembalian dan pendistribusian berkas rekam medis;
11. Berkas rekam medis yang telah dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis yang belum lengkap, wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan;
12. Instalasi rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal;
13. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang telah ditetapkan;
14. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan;
15. Seluruh pelayanan rekam medis wajib berorientasi pada kepuasan pelanggan;
16. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan resume atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan telah diberikan;

#### **J. KEBIJAKAN PELAYANAN CSSD**

1. Profesionalisme dalam pelayanan sterilisasi meliputi kecepatan pemrosesan penyediaan barang bermutu tinggi sesuai dengan SPO
  - a. Memberikan pelayanan sterilisasi yang aman dan bermutu
  - b. Alur pelayanan meliputi :
    - 1) Menerima alat kotor dari unit / ruangan pengguna
    - 2) Dekontaminasi, pembersihan / pencucian
    - 3) Uji visual, uji kelayakan, uji ketajaman

6. Setiap pasien yang masuk ke Rumah Sakit Karsa Husada dientry melalui admission;
7. Permintaan rekam medis hanya bisa diberikan untuk kepentingan pengobatan pasien dan untuk kepentingan lain harus sesuai aturan dan pinjaman menggunakan bon pinjaman;
8. Kaur Rawat Inap bertanggung jawab atas kembalinya berkas rekam medis pasien rawat inap yang keluar perawatan dalam waktu tidak lebih dari 2 x 24 jam;
9. Semua profesi tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien diwajibkan menulis seluruh pelayanan yang diberikan pada lembar rekam medis yang sudah ditentukan, dilengkapi dengan tanda tangan /paraf dan terang nama;
10. Penanggung jawab berkas rekam medis bertanggung jawab atas pengembalian dan pendistribusian berkas rekam medis;
11. Berkas rekam medis yang telah dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis yang belum lengkap, wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan;
12. Instalasi rekam Medis bertanggung jawab atas laporan berkala yang telah ditetapkan, baik untuk kepentingan eksternal maupun internal;
13. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada lembar rekam medis yang telah ditetapkan;
14. Instalasi Rekam Medis bertanggung jawab atas tersedianya informasi kegiatan pelayanan dan indikator rumah sakit yang telah ditetapkan;
15. Seluruh pelayanan rekam medis wajib berorientasi pada kepuasan pelanggan;
16. Bagi pasien yang memerlukan data rekam medis, dapat diberikan resume atau ringkasan perawatan pasien, hasil pemeriksaan dan riwayat pelayanan telah diberikan;

#### **J. KEBIJAKAN PELAYANAN CSSD**

1. Profesionalisme dalam pelayanan sterilisasi meliputi kecepatan pemrosesan penyediaan barang bermutu tinggi sesuai dengan SPO
  - a. Memberikan pelayanan sterilisasi yang aman dan bermutu
  - b. Alur pelayanan meliputi :
    - 1) Menerima alat kotor dari unit /ruangan pengguna

- 2) Dekontaminasi, pembersihan / pencucian
  - 3) Uji visual, uji kelayakan, uji ketajaman
  - 4) Setting packing alat
  - 5) Sterilisasi
  - 6) Cek indicator
  - 7) Penyimpanan
  - 8) Distribusi
- c. Pelayanan sterilisasi steam  $\leq$  180 menit mulai dari penerimaan sampai siap distribusi
2. Menjamin mutu hasil sterilisasi terhadap produk
  3. Melakukan uji indicator sebagai parameter dalam monitoring proses sterilisasi antara lain:
    - a. Indikator mekanik
 

Indikator yang memberi informasi tentang alat sterilisasi berfungsi baik atau indikasi alat dalam keadaan rusak
    - b. Indicator Bowie dick
 

Indikator yang digunakan untuk uji efektifitas pompa vacum pada mesin atau menilai efisiensi pompa vacum, mengetahui adanya kebocoran udara dalam ruang mesin sterilisasi Autovlave
    - c. Indikator Kimia
      - 1) Indikator eksternal digunakan dibagian luar kemasan dan memberikan informasi bahwa barang / alat sudah melewati proses steril dengan terjadinya perubahan warna indikator
      - 2) Indikator internal diletakan dalam setiap kemasan barang / alat kesehatan yang disterilkan dan memberikan informasi bahwa terjadi pemaparan sterilan pada obyek yang disterilkan dengan terjadinya perubahan warna indikator ( dapat dilihat bila kemasan barang steril sudah dibuka)
    - d. Indikator Biologi
 

Adalah sediaan yang berisi sejumlah mikroorganisme spesifik dalam bentuk spora yang paling resisten terhadap suatu proses sterilisasi tertentu keberhasilan sterilisasi ditandai dengan hasil indikator biologi yang negatif

- 1) Untuk uji efektifitas sterilisasi Autoclave digunakan *Bacillus Stearothermophylus* yaitu mikroorganisme yang dapat membentuk spora
- 2) Untuk uji efektifitas sterilisasi Plasma digunakan *Basilus stearothermophylus* yaitu mikroorganisme yang dapat membentuk spora memberikan informasi hasil akhir tidak terjadi perubahan warna
4. Monitoring suhu dan kelembaban ruang setiap hari
5. Pengawasan mutu

9. Setiap bulan wajib membuat laporan;
10. Setiap permintaan darah harus berdasarkan atas permintaan dokter;
11. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
12. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) dipimpin oleh dokter spesialis Patologi Klinik;
13. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan di bidang transfusi darah yang diselenggarakan oleh Palang merah Indonesia (PMI);
14. Darah untuk pasien kelompok “ cito “ akan diprioritaskan daripada pasien yang tidak tergolong “ cito “;
15. Dokter bertugas memutuskan pemberian, pengawasan dan pemeriksaan lebih lanjut;
16. Bila persediaan darah di Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) tidak mencukupi atau tidak ada, baru di cari ke PMI;
17. Sebelum melakukan transfusi darah, pasien harus melalui serangkaian pemeriksaan kelayakan;
18. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) menerima permintaan darah dari luar Rumah Sakit;
19. Pelayanan Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) menerima pelayanan donor darah sukarela;
20. Pada pelaksanaan transfusi darah hendaknya dilaksanakan secara aman dan meminimalkan resiko transfuse.

## **L. KEBIJAKAN PELAYANAN ANESTESI & TERAPI INTENSIVE**

### **a. Kebijakan Umum**

1. Ruang lingkup pelayanan anestesiologi dan terapi intensif adalah tindakan medis yang dilakukan secara seragam dan terintegrasi diseluruh pelayanan rumah sakit oleh dokter spesialis anestesi dalam kerja sama tim, meliputi:
  - a) Evaluasi dan konsultasi pasien perioperative;
  - b) Rencana tindakan anestesi;
  - c) Perawatan intra- dan pasca-anestesi;

- d) Pelaksanaan pelayanan per, durante dan pasca anestesi sesuai populasi baik dewasa, anak dan pasien dengan pertimbangan kebutuhan khusus;
- e) Manajemen sistem dan petugas yang termasuk didalamnya;
- f) Manajemen keselamatan pasien;
- g) Program peningkatan mutu pelayanan anestesi;
- h) Program pengendalian infeksi;
- i) Program diklat dan peningkatan kualitas SDM;
- j) Pencegahan dan penanganan kondisi perioperatif yang tak diinginkan;
- k) Tatalaksana nyeri akut dan kronis;
- l) Perawatan pasien dengan sakit berat / kritis di ruang ICU dewasa, antara lain:
  - 1) Diagnosis dan penatalaksanaan spesifik penyakit-penyakit akut yang mengancam nyawa dan dapat menimbulkan kematian dalam beberapa menit sampai beberapa hari;
  - 2) Memberi bantuan dan mengambil alih fungsi vital tubuh sekaligus melakukan pelaksanaan spesifik problema dasar;
  - 3) Pemantauan fungsi vital tubuh dan penatalaksanaan terhadap komplikasi yang ditimbulkan oleh penyakit atau iatrogenik;
  - 4) Memberikan bantuan psikologis pada pasien yang kehidupannya sangat tergantung pada alat/ mesin dan orang lain;
  - 5) Ruang Pencitraan / Diagnostik (Radiologi, *Endoscopy*, *Bronchoscopy*, *Colonoscopy*, dsb).
- b. Pelayanan anestesiologi dan terapi intensif dilaksanakan secara seragam dan terintegrasi sesuai dengan Pedoman Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif yang diterbitkan oleh Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif RSKH dan berlangsung 24 jam;
- c. Setiap rencana tindakan, makajenis anestesi dan teknik harus tercatat dan terdokumentasi dalam rekam medis dilakukan pada penilaian pra sedasi/anestesi;

- d. Setiap tindakan pelayanan anestesi harus dilakukan penilaian pra sedasi/anestesi, pra induksi, *monitoring* durante anestesi, *monitoring* pasca anestesi. Semua tindakan pelayanan tersebut harus tercatat dan terdokumentasi dalam rekam medis;
- e. Tim pengelola pelayanan anestesi dan terapi intensif adalah tim yang dipimpin oleh dokter spesialis anestesi dengan anggota dokter umum, penata anestesi, perawat intensif dan / atau perawat , dokter peserta pendidikan dokter spesialis (PPDS) anestesi dari institusi terakreditasi yang memiliki perjanjian kerjasama dengan RSUD Karsa Husada;
- f. Kepala Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif adalah seorang dokter spesialis anestesi yang memenuhi syarat dan kriteria dan diangkat oleh Direktur Rumah Sakit;
- g. Tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) masing-masing anggota dalam tim pengelola pelayanan anestesi dan terapi intensif dijelaskan pada Pedoman Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif RSKH;
- h. Dokter spesialis anestesi yaitu dokter yang telah menyelesaikan Pendidikan Program Studi Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif di institusi pendidikan yang terakreditasi atau lulusan luar negeri yang telah mendapat Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP);
- i. Dokter peserta Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) anestesi yaitu dokter yang sedang menjalani Pendidikan Dokter Spesialis Anestesiologi dan Terapi Intensif di institusi pendidikan terakreditasi yang memiliki perjanjian kerjasama (MOU) dengan RSUD Karsa Husada Batu;
- j. Dokter umum adalah dokter yang telah menyelesaikan Program Studi Pendidikan Dokter di institusi pendidikan yang terakreditasi atau lulusan luar negeri yang telah mendapat Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) di RSKH;

- k. Penata/perawat anestesi adalah tenaga keperawatan yang telah menyelesaikan pendidikan dan ilmu keperawatan anestesi atau mendapat pelatihan perawat terampil anestesi di institusi yang diakui;
- l. Perawat intensif adalah perawat yang telah menyelesaikan pendidikan dan ilmu keperawatan intensif atau mendapat pelatihan *intensive care unit* di institusi yang diakui;
- m. Semua petugas unit wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- n. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja);
- o. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, dan menghormati hak pasien;
- p. Pelayanan di unit harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien;
- q. Program mutu dan keselamatan pasien pelayanan anestesi, sedasi, dan pasca anestesi terintegrasi dengan program mutu rumah sakit dan pelaksanaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
- r. Pada keadaan darurat, untuk kepentingan keselamatan pasien semua dokter RSKH dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan terlebih dahulu dan informasi kepada pasien / keluarga diberikan kemudian pada kesempatan pertama bertemu;
- s. Apabila pasien berada dalam tahap terminal dan tindakan resusitasi diketahui tidak akan menyembuhkan atau memperbaiki kualitas hidup pasien, dokter RSKH dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi (DANR = *Do Attemp No Resuscitation*);
- t. Dalam menghadapi tahap terminal, dokter anestesi atau dokter umum harus mengikuti pedoman penentuan kematian batang otak dan penghentian peralatan *life -supporting*;

- u. Peralatan di instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
- v. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu kali dan membuat laporan setiap bulan;

**b. Kebijakan Pelayanan Anestesi-Sedasi dan Rawat Jalan**

1. DPJP yang ingin mendapatkan pelayanan anestesi untuk pasiennya, harus mengisi lembar konsul yang ditujukan kepada dokter spesialis anestesi;
2. Poli Anestesi merupakan poli yang melayani konsultasi perioperatif, pelayanan sedasi, pelayanan nyeri dan paliatif;
3. Asesmen pra anestesi dilakukan oleh dokter anestesi di poli anestesi (untuk pasien rawat jalan yang direncanakan operasi) dan dilakukan di rawat inap untuk pasien yang MRS;
4. Asesmen pra anestesi dari poli anestesi dapat diulang saat pasien telah MRS sesuai pertimbangan dokter anestesi berdasarkan laporan kondisi pasien terakhir oleh perawat ruangan kepada dokter anestesi;
5. Asesmen pra anestesi pasien operasi elektif dilakukan di poli anestesi dan dapat dilakukan asesmen ulang saat pasien sudah MRS sesuai dengan kondisi pasien;
6. Asesmen pra induksi pasien dilakukan oleh dokter anestesi atau petugas yang berkompeten;
7. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi (sedasi, anestesi umum, anestesi regional, anestesi lokal) harus ada *informed consent*, dengan diberikan informasi / penyuluhan (materi edukasi) mengenai prosedur anestesi yang akan dijalani dan dilakukan pemantauan selama menjalani tindakan anestesi tersebut;
8. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi harus dilakukan edukasi / penyuluhan tindakan anestesi dan tentang pemberian analgesi pasca tindakan sedasi anestesi yang dapat diberikan / diinformasikan oleh semua tenaga kesehatan yang sedang bertugas, sesuai dengan materi edukasi pada lembar Rekam Medis;
9. Pasien yang telah menjalani tindakan anestesi dilakukan *monitoring* pascaanestesi di Ruang Pulih Sadar (*Post Anesthesia Care Unit*) dan

dapat keluar dari ruang tersebut apabila sudah memenuhi kriteria Aldrete skor;

10. Pelayanan Anestesi Lokal dapat diberikan oleh setiap DPJP dengan mengikuti SPO Anestesi Lokal yang berlaku di RSUD Karsa Husada;
11. Pada setiap pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi, prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi harus selalu dijalankan;
12. Dokter spesialis anestesi bertanggung jawab atas seluruh pelayanan anestesi di RSUD Karsa Husada dan dapat mendelegasikan pelayanan tersebut kepada perawat anestesi dan perawat intensif sesuai dengan kompetensi masing-masing;
13. Setiap tindakan medis cito yang membutuhkan tindakan anestesi dapat langsung menghubungi dokter anestesi dengan tetap mencatat pada lembar konsultasi berkas rekam medik;
14. Pasien yang telah selesai menjalani tindakan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) dilakukan *monitoring* pascaanestesi di ruang pulih sadar dan dapat dipindahkan ke ruang perawatan bila sudah memenuhi kriteria Aldrete (pada pasien dewasa) atau kriteria Steward (pada pasien anak-anak) atau sesuai instruksi dokter anestesi.

**c. Kebijakan Pelayanan Nyeri**

1. Pelayanan nyeri di RSUD Karsa Husada dapat dilakukan oleh setiap DPJP, pada nyeri sedang-berat, dapat berkonsultasi dengan bagian anestesi melalui poli anestesi atau langsung menghubungi dokter spesialis anestesi apabila pasien di ruangan.
2. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan intervensi nyeri harus ada *informed consent*, dengan diberikan informasi oleh dokter anestesi mengenai kondisi pasien tersebut, prosedur yang akan dijalankan dan dilakukan pemantauan selama menjalani tindakan;
3. Apabila pasien rawat jalan memerlukan penatalaksanaan nyeri dengan tindakan intervensi dan memerlukan sedasi, pasien tersebut harus di rawat inap dan proses rawat inap dapat dilakukan melalui Poli Anestesi;
4. Apabila pasien rawat inap memerlukan penatalaksanaan nyeri dengan tindakan intervensi, dapat dilakukan di kamar operasi atau di ruang tindakan dari rawat inap yang memiliki perlengkapan monitoring dan resusitasi lengkap;

## **b. Kebijakan Pelayanan Intensif**

1. Kepala ICU adalah seorang dokter intensivis (KIC / Konsultan *Intensive Care*) yang telah melalui pendidikan yang diselenggarakan oleh perhimpunan profesi terkait atau dokter spesialis anestesi apabila belum ada dokter intensivis;
2. Koordinator DPJP pasien ICU adalah dokter spesialis anestesi yang mengkoordinir pengelolaan pasien di ICU dengan lebih dari satu DPJP, memberi instruksi terapi dan tindakan secara tertulis dengan mempertimbangkan saran / usulan dari seluruh DPJP yang merawat pasien tersebut dan hasil evaluasi menyeluruh atas kondisi pasien;
3. Bila ada keberatan anggota tim DPJP pasien ICU atas pelayanan medis yang diberikan oleh koordinator DPJP pasien ICU, maka masukan / keberatan tersebut harus dikomunikasikan secara langsung kepada koordinator DPJP pasien ICU;
4. DPJP pasien ICU berwenang dalam melaksanakan praktek kedokteran dan dibantu sepenuhnya oleh seluruh perawat serta staf ICU yang bertugas. Kewenangan tersebut harus tetap memperhatikan dan mempertimbangkan saran / usulan dari seluruh DPJP atau dokter spesialis lain yang terkait perawatan pasien;
5. Dokter umum RSKH yang sedang bertugas di ruangan termasuk ICU dapat melaksanakan tindakan medis sesuai dengan kompetensinya atas hasil konsultasi dengan DPJP pasien ICU;
6. Tata cara dan kriteria masuk / keluar ICU pada setiap pasien baik pasien dari dalam rumah sakit maupun pasien dari rumah sakit lain ditentukan oleh dokter spesialis anestesi yang bertugas sebagai konsulen jaga ICU dan dilaksanakan sesuai Pedoman Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif yang diterbitkan oleh Instalasi Anestesiologi dan Terapi Intensif RSKH;
7. Setiap pasien yang akan masuk ICU harus ada *informed consent*, dengan diberikan informasi mengenai kondisi pasien, rencana terapi dan perkiraan besar biaya perawatan yang akan dijalankan selama di ICU, informasi dapat diberikan oleh semua tenaga kesehatan yang sedang bertugas, sesuai dengan instruksi dari DPJP;

8. ICU memiliki status observasi khusus (kardek) yang merupakan bagian dari rekam medis dan menjadi tempat untuk mencatat kondisi pasien serta seluruh kejadian dan tindakan yang dilakukan dalam rangka memberikan pelayanan intensif kepada pasien;
9. Setiap penggunaan peralatan medis, obat-obatan dan tindakan medis diinformasikan kepada keluarga / penanggung jawab pasien;
10. Seluruh fasilitas pelayanan yang ada di ICU baik medis maupun non medis menjadi tanggung jawab kepala ICU dibantu Kepala Keperawatan Intensif(ICU).Adapun untuk pemeliharaan dan perbaikan berkoordinasi dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit sedangkan untuk obat-obatan dan alat kesehatan berkoordinasi dengan Instalasi Farmasi;
11. Untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial,dilaksanakan langkah-langkah sesuai prosedur yang berkesinambungan pada lingkungan ICU, petugas ICU, pasien di ICU, pengunjung dan atau keluarga pasien, serta peralatan-peralatan yang digunakan;
12. Pembersihan ruang ICU rutin dilaksanakan minimal setiap satu minggu sekali. Jika diperlukan UV, maka UV dinyalakan selama dua jam setelah pembersihan dengan kondisi AC tetap menyala;
13. Peralatan-peralatan di ICU dibersihkan dan atau disterilkan sesuai dengan prosedur tim PPI Rumah Sakit;
14. ICU tidak ada jam berkunjung, kecuali bagi keluarga dan atau pengunjung yang dibutuhkan petugas / yang berkepentingan tertentu. Pengunjung hanya dapat melihat pasien melalui kaca. Pengunjung dan keluarga pasienyang berkepentingan serta petugas kesehatan yang hendak masuk ke ICU wajib menggunakan Alat Perlindungan Diri (APD) dan wajib mencuci tangan dengan 6 langkah dalam 5 momen (*Five moments*) yaitu:
  - a) Sebelum kontak dengan pasien;
  - b) Sebelum melakukan tindakan Invasif / aseptik;
  - c) Setelah kontak dengan pasien;
  - d) Setelah kontak dengan cairan pasien;
  - e) Setelah kontak dengan lingkungan pasien.

15. Alat Pelindung Diri/APD di ICU (*Scort*, sandal, dan yang lainnya) yang *reuseable* harus dicuci/ dibersihkan maksimal satu minggu sekali dan atau bisa lebih cepat (dua sampai tiga hari sekali) sesuai dengan jumlah persediaan APD.

#### **M. KEBIJAKAN HEMODIALISIS**

1. Instalasi hemodialisis rumah sakit umum karsa husada batu merupakan salah satu sub unit rawat jalan di rumah sakit umum karsa husada batu yang memberi pelayanan hemodialisis kepada pasien gagal ginjal kronis atau penyakit lain sesuai dengan indikasi dan merupakan bagian dari rangkaian upaya peningkatan kualitas hidup pasien yang perlu diorganisir;
2. Pelayanan di instalasi hemodialisa di rumah sakit umum karsa husada batu ber orientasi pada mutu dan keselamatan pasien;
3. Semua tenaga medis dan para medis harus memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
4. Setiap petugas hemodialisa harus mendapatkan kompetensi hemodialisis melalui pelatihan yang telah di programkan dan senantiasa meningkatkan kompetensinya melalui seminar dan pelatihan ilmiah;
5. Dalam melaksanakan tugasnya, setiap petugas harus memenuhi ketentuan kesehatan dan keselamatan kerja serta mengacu pada pencegahan dan pengendalian infeksi;
6. Setiap petugas instalasi hemodialisis harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar professional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien.

#### **N. KEBIJAKAN PELAYANAN OBSTETRI NEONATAL EMERGENCY (PONEK)**

1. Pelayanan kedaruratan maternal neonatal dilakukan secara komperhensif dan terintegrasi 24 jam
2. Pelayanan kedaruratan maternal neonatal berfokus pada keselamatan pasien dan berorientasi pada mutu
3. Penanganan kasus PONEK awal oleh petugas IGD yang bersertifikat
4. Penanganan operatif cepat dan tepat meliputi laparotomi, dan seksio cae saria
5. Setiap kasus rujukan selalu dilakukan pemeriksaan awal dan stabilisasi di IGD untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan.

6. Setiap kasus rujukan yang tidak bisa dilayani karena keterbatasan maka dilaksanakan rujukan berjenjang dengan rumah sakit yang sudah membuat MOU

#### **O. KEBIJAKAN PELAYANAN PEMULASARAAN JENAZAH**

Pelayanan kamar jenazah di Rumah Sakit Umum Karsa Husada Batu terdiri dari :

1. Pemulasaraan jenazah termasuk didalamnya memandikan dan merawat jenazah;
2. Visum Jenazah sesuai permintaan;
3. Persemayaman dan penyimpanan;
4. Pelayanan Layat di Kamar Jenazah.

DITETAPKAN DI : Batu  
PADA TANGGAL : 02 Januari 2019

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM  
KARSA HUSADA BATU



**Dr. TRIES ANGGRAINI, M.Kes**

Pembina Tk. I

NIP. 19640620 199002 2 001