PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. AMINO GONDOHUTOMO

RANCANGAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. AMINO GONDOHUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH

TENTANG
PELAYANAN PASIEN DI RSJD Dr AMINO GONDOHUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH Dr. AMINO GONDOHUTOMO
PROVINSI JAWA TENGAH

Menimbang :

a. bahwa guna memberikan pelayanan bermutu dan menjamin keselamatan bagi pasien serta mewujudkan pelayanan yang prima, efektif dan efisien, perlu disusun Kebijakan Pelayanan Pasien;
b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf a, perlu menetapkan Peraturan Direktur tentang Kebijakan Pelayanan Pasien di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

Mengingat :

1. Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
2. Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);
3. Undang – Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5571);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Tindakan Dokter;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/Menkes/Per/VI/2011 Tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;

8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/Menkes/Per/IV/2011 Tentang Penyelenggaraan Komite Medik Di Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi Dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit sebagaimana telah diubah deengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2016;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2014 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Geriatri Di Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Rehabilitasi Medis Bagi Pecandu, Penyalahguna, Dan Korban Penyalahgunaan Narkotika Yang Sedang Dalam Proses Penyidikan, Penuntutan, Dan Persidangan Atau Telah Mendapatkan Penetapan/Putusan Pengadilan;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Terapi Wicara;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Keperawatan Di Rumah Sakit Khusus;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 50 Tahun 2015 Tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Wajib Lapor Dan Rehabilitasi Medis Bagi Pecandu, Penyalahguna, Dan Korban Penyalahgunaan Narkotika;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 54 Tahun 2015 tentang Pengujian Dan kalibrasi Alat Kesehatan;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Fisioterapi;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Untuk Kepentingan Penegakan Hukum;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah;
22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana Rumah Sakit;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien;
24. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;

26. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penilaian Tehnologi Kesehatan (Health Tehnologi Assesment) Dalam Progam Jaminan Kesehatan Nasional;
27. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien;
28. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
29. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah (Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 8 Seri D Nomor 4, Tambahan Lembaran Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 14);
30. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 97 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo dan Rumah Sakit Jiwa Surakarta Provinsi Jawa Tengah (Berita Daerah Provinsi Jawa Tengah Tahun 2008 Nomor 97).
31. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 293/Menkes/Sk/VIII/2013 Tentang Institusi Penerima Wajib Lapor.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH TENTANG PELAYANAN PASIEN DI RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO PROVINSI JAWA TENGAH

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan :

a. Dokter penanggung jawab pelayanan yang selanjutnya disingkat DPJP adalah pimpinan klinis/ ketua tim PPA (Profesional Pemberi Asuhan).
b. Profesional Pemberi Asuhan yang selanjutnya disingkat PPA adalah bekerja sebagai tim interdiplin dengan kolaborasi interprofesional dibantu Antara lainpanduan praktek klinik
c. Case Manajer / MPP (Manajer Pelayanan Pasien) adalah pemberi asuhan aktif dalam menjalankan manjemen pelayanan pasien bukan merupakan professional.
d. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
e. Direktur adalah Direktur RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.
f. Pasien adalah pasien di lingkungan RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah.

g. Rawat Jalan adalah pelayanan medis kepada pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien dirawat inap.
h. Rawat Inap adalah proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan professional akibat penyakit tertentu dimana pasien diinapkan di suatu ruangan dirumah sakit.
i. Gawat Darurat adalah keadaan yang kejadiannya mendadak sehingga mengakibatkan seseorang ataupun banyak orang dengan segera memerlukan penanganan atau pertolongan.

BAB II
TATA KELOLA PELAYANAN
Pasal 2

(1) Rumah Sakit dan staf bertanggung jawab memberikan asuhan dan pelayanan pasien yang efektif dan aman.
(2) Komunikasi yang efektif, koordinasi dan standarisasi proses untuk memastikan bahwa rencana koordinasi dan implementasi asuhan mendukung serta merespons setiap kebutuhan pasien dan target harus selalu diutamakan.
(3) PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolabirasi interprofesional, menggunakan alur klinis/clinical pathway, perencanaan pemulangan pasien terintegrasi/integrated discharge planning.
(4) Manajer pelayanan pasien /Case Manager menjaga kesinambungan pelayanan
(5) Keterlibatan serta pemberdayaan pasien dan keluarga dalam asuhan bersama PPA harus memastikan :
    a. Asuhan direncanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang unik berdasar atas asesmen
    b. Rencana asuhan diberikan kepada tiap pasien
    c. Respons pasien terhadap asuhan dimonitor
    d. Rencana asuhan dimodifikasi bila perlu berdasar atas respons pasien

BAB III
JENIS PELAYANAN YANG DAPAT DILAYANI
Pasal 3

Jenis-jenis Pelayanan Kesehatan yang dapat dilayani di rumah sakit terdiri atas :

a. Pelayanan berdasarkan usia :
    1) Anak : usia 0 – ≤18 Tahun
    2) Dewasa : usia > 18 s.d < 60 Tahun
    3) Lansia : usia ≥ 60 Tahun
b. Pelayanan rawat jalan, meliputi :
    1) Pelayanan Psikiatri Dewasa

2) Pelayanan Psikiatri Anak
3) Pelayanan Psikogeriatri
4) Pelayanan Psikiatri Forensik
5) Pelayanan Psikiatri Komunitas
6) Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
7) Pelayanan Rehabilitasi Medis
8) Pelayanan Neurologi
9) Pelayanan Penyakit Dalam
10) Pelayanan Kesehatan Anak
11) Pelayanan Obsgyn
12) Pelayanan Bedah
13) Pelayanan Gigi
14) Pelayanan Bedah Mulut
15) Pelayanan Psikologi dan Konseling
16) Pelayanan Terpadu Napza dan Adiksi
17) Pelayanan Penanggulangan Kekerasan Perempuan dan Anak
18) Pelayanan Psikometri
19) Pelayanan ECT (Electro Convulsive Therapy)
20) Pelayanan Surat Mediko Legal (surat Keterangan Narkotika, surat Keterangan Sehat Jiwa, Surat Keterangan sehat fisik)
21) Pelayanan untuk kepentingan asuransi kesehatan

c. Pelayanan gawat darurat, meliputi :
1) Gawat Darurat Psikiatri
2) Gawat Darurat Non Psikiatri

d. Pelayanan rawat inap yang ada :
1) Rawat inap Psikiatri Dewasa
2) Rawat inap Psikiatri Anak
3) Rawat inap Psikogeriatri
4) Rawat inap Psikiatri Forensik
5) Pelayanan Unit Intensif Psikiatri (UPIP)
6) Rawat inap akut
7) Rawat Inap Napza
8) Rawat inap Psikiatri dengan Komorbiditas Fisik
9) Rawat inap Neurologi dan Penyakit Dalam
10) Rawat inap Anak
11) Rawat inap Perinatologi
12) Rawat inap Obgyn
13) Rawat inap Bedah dan Bedah Mulut
14) Rawat inap isolasi

e. Pelayanan ECT (Electro Convulsive Therapy)
f. Pelayanan Bedah Sentral
g. Rawat Intensif (ICU/PICU/NICU)
h. Pelayanan Anestesi
i. Pelayanan penunjang, meliputi :
    1) Laboratorium
    2) Radiologi
    3) Gizi
    4) Farmasi
    5) Limbah dan Sanitasi
    6) Laundry dan CSSD
    7) Pamulasaran Jenasah
    8) Pemeliharaan sarana dan Prasarana Medis
j. Pelayanan Rumah Tangga dan Umum, meliputi :
    1) Pelayanan ambulance
    2) Pemeliharaan sarana dan Prasarana
    3) Pelayanan Diklat.

BAB IV
PELAYANAN YANG TIDAK DAPAT DILAYANI
Pasal 4

Pelayanan yang tidak dapat dilayani di rumah sakit terdiri atas :

a. Pelayanan bank darah
b. Pelayanan dialisis
c. Pelayanan kemoterapi
d. Pelayanan penyakit menular yang daya tahan tubuhnya direndahkan (HIV)
e. Pelayanan donasi organ dan transplantasi organ
f. Pemeriksaan radiologi, meliputi :
    1) CT-Scan
    2) MRI
    3) Contras Barium
    4) Contras Yodium kecuali IVP
    5) USG Dopler
    6) Radioterapi
    7) Kedokteran Nuklir
    8) Radiologi Intervensional (RIN)
g. Pemeriksaan laboratorium
    1) Pemeriksaan Laboratorium diluar screening antara lain:

a) Bilirubin
b) T3/T4/TSH
c) CD4
d) HbSAg Kuantitatif
e) Troponin CKMB
f) HbA1C
g) IgM / IgG / IgE

2) Parasitologi
3) Patologi Anatomi
4) Toksikologi
5) Virologi

BAB V

PELAYANAN RAWAT JALAN

Pasal 5

Pelayanan Rawat Jalan diatur sebagai berikut :

a. Jadwal pelayanan rawat jalan :
   Hari Senin – Kamis : Pukul 07.00 - 15.30 WIB
   Hari Jumat : Pukul 07.00 - 14.00 WIB
b. Tempat pelayanan di gedung Komprehensif lantai I, gedung Pandudewanata lantai I, dan klinik tumbuh kembang jiwa anak.
c. Penjamin Pelayanan Rawat Jalan : Tunai, BPJS Kesehatan, Jamkesda, Tanpa Penjamin (Pemprov) dan Asuransi lain.
d. Pelayanan Rawat Jalan yang ada di RSJD Dr Amino Gondohutomo :
   1) Pelayanan Psikiatri Dewasa
   2) Pelayanan Psikiatri Anak
   3) Pelayanan Psikogeriatri
   4) Pelayanan Psikiatri Forensik
   5) Pelayanan Psikiatri Komunitas
   6) Pelayanan Rehabilitasi Psikososial
   7) Pelayanan Rehabilitasi Medis
   8) Pelayanan Neurologi
   9) Pelayanan Penyakit Dalam
   10) Pelayanan Kesehatan Anak
   11) Pelayanan Obsgyn
   12) Pelayanan Bedah
   13) Pelayanan Gigi
   14) Pelayanan Bedah Mulut
   15) Pelayanan Psikologi dan Konseling

16) Pelayanan Terpadu Napza dan Adiksi
17) Pelayanan Penanggulangan Kekerasan Perempuan dan Anak
18) Pelayanan Psikometri
19) Pelayanan ECT (Electro Convulsive Therapy)
20) Pelayanan Surat Mediko Legal (Surat Keterangan Narkotika, Surat Keterangan Sehat Jiwa, Surat Keterangan Sehat Fisik)
21) Pelayanan untuk kepentingan asuransi kesehatan

BAB VI
PELAYANAN GAWAT DARURAT
Pasal 6

Pelayanan gawat darurat diatur sebagai berikut :

a. Pelayanan Gawat Darurat dilaksanakan 24 jam.
b. Pelayanan berbasis Triage berdasarkan assesmen medis untuk menentukan tindakan segera dalam upaya pertolongan segera dalam penyelamatan nyawa, mencegah kejadian berlanjut atau bertambah buruk.
c. Seluruh pemberi asuhan pelayanan kegawatdaruratan harus melaksanakan pelayanan sesuai dengan SPO /panduan yang berlaku.
d. Seluruh pemberi asuhan pelayanan kegawatdaruratan harus dilatih.
e. Pelayanan Gawat darurat RSJD Dr Amino Gondohutomo dibagi 2 :
    1) Gawat Darurat Psikiatri, meliputi :
        a) Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) adalah psikiater.
        b) Dokter jaga IGD adalah dokter umum terlatih
        c) Perawat jaga IGD adalah perawat terlatih
    2) Gawat Darurat Umum
        a) Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) adalah dokter umum
        b) Dokter jaga IGD adalah dokter umum terlatih
        c) Perawat jaga IGD adalah perawat jaga terlatih
f. Kegawatdaruratan Psikiatri yang dapat ditangani di RSJD Dr. Amino Gondohutomo adalah :
    1) Intoksikasi alkohol /psikotropik lain
    2) Sindrom putus zat
    3) Delirium Demensia
    4) Eksaserbasi gangguan psikotik akut dari skizofrenia
    5) Keadaan mania
    6) Depresi
    7) Agitasi
    8) Serangan Panik
    9) Cemas menyeluruh

10) Akatisia karena pemakaian neuroleptik

g. Bagian Kardiovaskuler :
   1) Aritmia
   2) Henti jantung
   3) Hipertensi berat dengan komplikasi,
   4) Nyeri dada (angina pectoris),
   5) Syncope.

h. Kegawatdaruratan Paru :
   1) Asma bronkial sedang – parah - status asmatikus,
   2) Gagal nafas
   3) Tenggelam.

i. Kagawatdaruratan Penyakit Dalam
   1) Demam typoid
   2) Demam berdarah dengue
   3) GEA dan dehidrasi
   4) Hipertensi
   5) Keracunan/intoksikasi
   6) Leptospirosis
   7) Difteri
   8) Gagal ginjal akut
   9) Hematemesis melena
   10) Hematochezia
   11) Observasi renjatan/syok.

j. Kegawatdaruratan Saraf :
   1) Kejang
   2) Stroke
   3) Meningoensefalitis

k. Kegawadaruratan Bagian Anak
   1) Aritmia
   2) Henti jantung
   3) Nyeri dada (angina pectoris)
   4) Anemia sedang/berat
   5) Diare/muntah profus baik dengan/tanpa dehidrasi
   6) Hipotensi/syok ringan-sedang
   7) Intoksikasi dengan keadaan umum masih baik
   8) Intoksikasi dengan gangguan fungsi vital
   9) Demam tinggi >40°C
   10) Sesak tapi kesadaran dan kondisi umum yang baik
   11) Syok berat dengan nadi tak teraba dan tekanan darah tak terukur.

l. Kegawatdaruratan Bedah :
   1) Appendisitis akut
   2) Dislokasi
   3) Gigitan hewan
   4) luka bakar
   5) patah tulang
   6) trauma tajam dan tumpul dengan keadaan umum dan tanda vital yang masih baik, hanging (terjerat leber).

BAB VII
PELAYANAN RAWAT INAP
Pasal 7

(1) Pelayanan rawat inap psikiatri diatur sebagai berikut :
   a. Pelayanan rawat inap psikiatri dewasa :
      1) Psikiatri dewasa laki-laki berada diruang : endrotenoyo (ruang 5), gatotkoco (ruang 6), dan irawan (ruang 8).
      2) Psikiatri dewasa perempuan berada diruang : arimbi (ruang 1), citroanggodo (ruang 3), dan dewaruci (ruang 4).
   b. Pelayanan rawat inap psikogeriatri :
      1) Psikogeriatri laki – laki diruang hudowo (ruang 7)
      2) Psikogeriatri perempuan diruang brotojoyo (ruang 2)
   c. Pelayanan rawat inap psikiatri anak :
      1) Psikogeriatri laki – laki diruang hudowo (ruang 7)
      2) Psikogeriatri perempuan diruang brotojoyo (ruang 2)
   d. Pelayanan rawat inap psikiatri akut :
      1) Psikiatri akut laki – laki diruang srikandi
      2) Psikiatri akut perempuan diruang citroanggodo (ruang 3).
      3) Kriteria masuk ruang akut psikiatri bila ditemukan :
         a) PANSS EC Score < 20
         b) Assesmen resiko bunuh diri sedang
      4) Kriteria keluar ruang akut psikiatri bila ditemukan :
         a) PANSS EC (penurunan ≥ 20 % nilai PANSS EC awal)
         b) Assesmen resiko bunuh diri rendah
      5) Bila ruang akut penuh maka pasien dengan nilai PANSS EC Score terendah dapat dipindahkan ke ruang stabil dengan persetujuan DPJP, agar pasien baru dapat masuk ruang akut psikiatri.
   e. Pelayanan rawat inap psikiatri dengan komorbiditas fisik :
      1) Pasien psikiatri dengan komorbiditas fisik dirawat diruang Kresna (ruang 10)
      2) Kriteria masuk komorbiditas fisik bila ditemukan :

a. Ketidakstabilan pada jalan nafas dan atau pola nafas dan atau Sirkulasi.
b. Penurunan kesadaran
c. Hipertensi dengan tanda – tanda syok
d. Hiperpireksia ≥ 39°C
e. Takikardi ≥ 150

3) Kriteria keluar komorbiditas fisik bila sudah tercapai kestabilan pada jalan nafas, pola nafas dan sirkulasi dengan terapi minimal.
4) Dokter dan perawat dilatih untuk menentukan kriteria masuk dan keluar komorbiditas fisik.
5) Dokumentasi dalam catatan rekam medis.

(2) Pelayanan rawat inap non psikiatri diatur sebagai berikut :
a. Pelayanan rawat inap Obsgyn diruang rama shinta
b. Pelayanan rawat inap penyakit dalam, saraf, anak dan pasien dengan gangguan neurotik diruang yudhistira

BAB VIII
PELAYANAN RAWAT INTENSIF PSIKIATRI
Pasal 8

(1) Pelayanan intensif untuk pasien psikiatri dilakukan di Unit Pelayanan Intensif Psikiatri (UPIP).
(2) Pelayanan intensif untuk pasien non psikiatri dilakukan di High Care Unit (HCU)
(3) Kriteria masuk UPIP :
a. PANSS EC Score ≥ 20 atau salah satu nilai PANSS EC = 7
b. Hasil assessment resiko bunuh diri sedang atau tinggi
(4) Kriteria keluar UPIP :
a. PANSS EC Score ≤ 16 (penurunan ≥ 20 % nilai PANSS EC awal)
b. Hasil assessmen resiko bunuh diri rendah
(5) Dokter dan perawat dilatih untuk menentukan kriteria masuk dan keluar UPIP.
(6) Dokumentasi dalam catatan rekam medis.

BAB IX
PELAYANAN RAWAT INTENSIF NON PSIKIATRI
Pasal 9

(1) Rumah sakit menyediakan pelayanan intensif non psikiatri, terdiri dari :
a. *Intensive Care Unit (ICU)*
b. *Neonatus Intensive Care Unit (NICU)*
c. *Pediatric Intensive Care Unit (PICU*)
(2) Penerimaan pasien di ruang rawat intensif non psikiatri berdasarkan asas prioritas
(3) Klasifikasi ICU adalah ICU Sekunder tanpa Hemodialisa

(4) Kriteria masuk dan keluar ruang intensif ditetapkan dalam Pedoman Pelayanan rawat intensif non psikiatri

(5) Pengelolaan pasien di rawat intensif non psikiatri menggunakan prinsip multidisiplin dengan dipimpin oleh dokter anestesi sebagai ketua tim.

(6) Keluarga pasien berhak menyetujui atau menolak perawatan pasien di rawat intensif non psikiatri setelah mendapat informasi dari DPJP.

BAB X

PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH

Pasal 10

(1) Pelayanan anestesi, sedasi moderat dan dalam, dilaksanakan secara seragam dan terintegrasi diseluruh tempat pelayanan di Rumah Sakit.

(2) Kepala pelayanan anestesi sekaligus sebagai kepala Kelompok Staf Medik Anestesi ditetapkan oleh Direktur

(3) Pelayanan anestesi dan bedah berdasarkan kebutuhan pasien dan dilaksanakan sesuai peraturan perundang-undangan.

(4) Pelayanan anestesi dan bedah tersedia dalam 24 jam

(5) Kegiatan pelayanan anestesi dan bedah diatur dalam pedoman pelayanan anestesi dan bedah.

BAB XI

PENDAFTARAN PASIEN

Pasal 11

(1) Pendaftaran Pasien meliputi pendaftaran Pasien Rawat Jalan dan Penerimaan Pasien Rawat Inap.

(2) Pendaftaran pasien rawat jalan dilakukan di Gedung Komprehensif secara :

a. Pendaftaran langsung :
   1) hari Senin – Kamis : mulai pukul 07.00 – 14.00 WIB
   2) hari jumat : mulai pukul 07.00 – 13.00 WIB
b. Pendaftaran online melalui SMS sehari sebelum tanggal pemeriksaan mulai pukul 05.00 – 15.00 WIB.
c. Pendaftaran online melalui *Android* paling lambat jam 12.00 pada hari pemeriksaan.

(3) Pasien yang membutuhkan pelayanan rawat inap dapat masuk melalui IGD atau rawat jalan.

(4) Pendaftaran pasien rawat inap baik psikiatri maupun non psikiatri dilakukan oleh Petugas TPPRI setelah menerima *Admission Note* dari perawat IGD atau poliklinik

(5) Pasien emergensi yang telah mendapat penanganan di Instalasi Gawat Darurat selanjutnya dapat dirawat di Instalasi rawat inap berdasarkan perintah dokter.

(6) Petugas TPPRI menginformasikan kamar perawatan sesuai permintaan pasien / keluarga dan ketersediaan kamar rawat berdasarkan data SIMRS. Jika kamar yang diinginkan tidak tersedia, Petugas TPPRI memberikan alternatif sesuai peraturan rumah sakit.

(7) Pasien yang memerlukan observasi di IGD baru akan didaftar sebagai pasien rawat inap setelah proses observasi di IGD selesai dan pasien dinyatakan aman untuk dipindahkan ke ruangan.

(8) Observasi di IGD dilakukan maksimal 6 jam atau dapat lebih cepat sesuai kondisi medis pasien

(9) Surat perintah rawat inap (Admission Note) dibuat oleh :

a. Dokter jaga IGD bila pasien masuk dari IGD

b. Dokter poliklinik bila pasien masuk dari rawat jalan

(10) Dokter spesialis anak/dokter jaga bangsal untuk bayi yang dilahirkan di RSJD Dr Amino Gondohutomo.

(11) Pendaftaran bayi baru lahir yang dilahirkan di RSJD Dr Amino Gondohutomo dilakukan oleh keluarga, dengan membawa formulir pengajuan pendaftaran bayi baru lahir yang telah diisi oleh petugas kamar bersalin beserta surat perintah rawat inap (Admission Note) ke TPPRI. Petugas pendaftaran TPPRI akan mendaftarkan bayi tersebut berdasarkan data formulir pendaftaran bayi baru lahir. Form identitas, persetujuan rawat inap dan general consent bayi baru lahir yang telah dicetak akan dibawakan pada keluarga untuk diserahkan ke bidan/perawat ruang bayi.

(12) Semua assemen pasien yang harus dilakukan di IGD atau rawat jalan harus dilengkapi sebelum pasien di transfer ke rawat inap.

(13) Pelayanan pasien dengan penjamin harus sesuai dengan ketentuan yang diberlakukan oleh masing-masing penjamin.

(14) Pelayanan terhadap kebutuhan pasien berkenaan dengan pelayanan preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif adalah

a. Preventif : deteksi dini gangguan jiwa, imunisasi

b. Kuratif : pengobatan rawat jalan, rawat inap atau gawat Darurat.

c. Rehabilitatif : pelayanan rehabilitasi medis dan psikososial

d. Paliatif : terapi pada pasien gangguan jiwa kronis dengan target Pengobatan hanya kemampuan perawatan diri

(15) General consent dilakukan di TPPRI untuk semua pasien yang akan rawat inap oleh petugas TPPRI

(16) General consent pasien rawat jalan baru dilakukan oleh petugas TPPRJ

(17) Bila tempat tidur yang diinginkan oleh pasien sesuai kelas dan jenis pelayanan yang tersedia di ruang rawat inap terisi penuh maka :

a. Pasien atau keluarga ditawarkan kelas yang lebih tinggi atau lebih rendah untuk perawatan maksimal 3 hari
b. Apabila pasien / keluarga menghendaki naik kelas, maka informasikan adanya selisih pembiayaan rawat inap, apabila turun kelas maka pasien diberlakukan sesuai dengan kelas dibawahnya.
c. Apabila dalam 3 hari masih penuh, maka tawarkan kepada pasien/pendamping untuk pindah ke rumah sakit lain.

(18) Pada saat pasien diputuskan rawat inap, dokter harus memberi informasi tentang :
a. Rencana asuhan yang diberikan
b. Hasil asuhan yang diharapkan
c. Perkiraan biaya yang ditanggung pasien atau keluarga (oleh petugas TPPRI)

(19) Pemberian informasi sesuai ayat (17) harus didokumentasikan.

BAB XII
PENGELOLAAN ALUR PELAYANAN PASIEN
Pasal 12

(1) *Case Manager* berperan serta dalam menyelesaian masalah arus pasien, mulai dari unit gawat darurat, rawat inap, staf medis, keperawatan, administrasi, lingkungan dan manajemen risiko.

(2) Komponen dari pengelolaan alur pasien termasuk :
a. Ketersediaan tempat tidur rawat inap
b. Perencanaan fasilitas alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis, dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien
c. Perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat
d. Alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan (seperti unit rawat inap, laboratorium, kamar operasi, radiologi, dan unit pasca-anestesi)
e. Efisiensi pelayanan nonklinis penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien (seperti kerumahtanggaan dan transportasi)
f. Pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien
g. Akses pelayanan yang bersifat mendukung (seperti pekerja sosial, keagamaan, atau bantuan spiritual dan sebagainya)

(3) Untuk mencegah penumpukan pasien di IGD, setiap pasien gawat darurat yang telah distabilkan kondisinya dapat segera dipindahkan ke unit intermediate atau unit perawatan biasa maksimal dalam waktu 6 jam

(4) Untuk mencegah penumpukan pasien di UPIP, maka bila UPIP penuh pasien yang nilai PANSS-EC nya paling rendah dan kondisi mental paling stabil dapat dipindahkan ke ruang stabil dengan persetujuan DPJP. Proses koordinasi dilakukan oleh *case manager atau perawat supervisi*.

(5) Untuk mencegah penumpukan pasien di ruang akut, maka bila ruang akut penuh pasien yang kondisi mentalnya paling tenang dapat dipindahkan ke ruang stabil dengan persetujuan *DPJP. Proses koordinasi dilakukan oleh case manager atau perawat supervisi*

(6) Pasien rawat inap yang memerlukan pemeriksaan laboratorium :
   a. Konfirmasi permintaan pemeriksaan laboratorium dari rawat inap dilakukan dari pukul 07.00 – 08.30 WIB.
   b. Pengambilan sampel dilakukan pukul 09.00-10.00 WIB oleh petugas laboratorium.
   c. Permintaan pemeriksaan laboratorium diluar jam tersebut pada ayat (a) dan (b) adalah pemeriksaan untuk kondisi cito, pengambilan sampel dilakukan oleh petugas ruangan.

(7) Pasien rawat inap yang memerlukan pemeriksaan radiologi pasien diantar perawat rawat inap dan ditunggu sampai proses pemeriksaan selesai.

(8) Pasien rawat inap yang memerlukan tindakan operasi diprogramkan oleh DPJP sehari sebelumnya untuk operasi elektif dan untuk kondisi emergensi maksimal dalam 1 jam

(9) Pasien paska operasi dikelola diruang pemulihan dengan pengawasan dokter anestesi dan perawat ruang pemulihan. Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap dengan persetujuan dokter anestesi menggunakan kriteria pemindahan pasien (Aldrette Score/ Bromage Score/ Steward Score)

(10) Perencanaan tenaga pada unit yang mengalami penumpukan pasien diambilkan dari unit yang jumlah pasiennya paling sedikit. Pengambilan tenaga di koordinir oleh bidang perawatan pada pagi hari dan oleh petugas supervisi pada sore hari, khusus kamar bedah diatur oleh kepala ruang kamar bedah.

(11) Akses pelayanan pendukung seperti rohaniawan dan pekerja sosial dilakukan oleh perawat ruangan.

BAB XIII
PROSES PENERIMAAN PASIEN
Bagian Kesatu
Pelayanan Skrinning Pasien
Pasal 13

(1) Skrinning dilakukan pada kontak pertama didalam atau diluar Rumah Sakit dan dilanjutkan sebelum dilakukan asesmen awal perawat.

(2) Kebutuhan pasien ditentukan sesuai dengan misi dan sumber daya Rumah Sakit

(3) Pasien hanya diterima apabila Rumah Sakit dapat menyediakan pelayanan yang dibutuhkan pasien rawat inap dan rawat jalan yang tepat.

(4) Skrinning dirawat jalan dilakukan oleh perawat instalasi rawat jalan dengan mengisi form skrinning.
(5) Skrining didalam Rumah Sakit dilakukan oleh petugas antrian dengan pengisian poin A lembar skrining selanjutnya oleh perawat poliklinik dengan mengisi poin B.
(6) Skrinning terhadap kasus tertentu dilaksanakan melalui jalur cepat atau *Fast Track* antara lain curiga kasus TB-Paru
(7) Skrinning diluar Rumah Sakit dilakukan melalui telepon kepada dokter IGD dengan menggali informasi dari individu atau institusi yang meminta pelayanan untuk memutuskan pasien dapat dilayani atau diterima
(8) Skrining dilaksanakan melalui evaluasi visual dan pemeriksan fisik, psikologis dan hasil tes diagnostik.
(9) Skrinning di IGD dilakukan dengan prosedur triase.
(10) Test diagnostik standar pada pelayanan skrinning/triase ditetapkan oleh dokter sesuai PPK
(11) Pada kondisi dimana proses pemeriksaan penunjang memerlukan waktu dan dokter sudah menetapkan diagnosis sementara meskipun hasil pemeriksaan belum tersedia, maka pasien dapat dipindahkan keruangan rawat sesuai instruksi dokter.
(12) Pasien diskrining untuk status nutrisi/risiko nutrisional oleh perawat penanggungjawab asuhan (PPJA) baik di rawat jalan maupun gawat darurat. Bila terdapat risiko nutrisional maka asesmen dilanjutkan oleh nutrisionis. Skrining nutrisi merupakan bagian dari asesmen awal. Pelaksanaannya sesuai Pedoman Asesmen Pasien.
(13) Pasien dilakukan skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh oleh perawat penanggungjawab pasien baik di rawat jalan maupun gawat darurat. Bila terdapat risiko kebutuhan fungsional dan risiko jatuh dilanjutkan dengan asesmen kebutuhan fungsional/risiko jatuh di rawat inap. Skrining kebutuhan fungsional dan risiko jatuh merupakan bagian dari asesmen awal. Pelaksanaannya sesuai Pedoman Asesmen Pasien.
(14) Pasien dilakukan skrining nyeri oleh perawat baik di rawat jalan maupun gawat darurat. Bila terdapat risiko nyeri dilanjutkan dengan asesmen nyeri di rawat inap. Pelaksanaannya sesuai Pedoman Asesmen Pasien.

Bagian Kedua

Pelayanan Triase

Pasal 14

(1) Triase dilakukan berbasis bukti melalui asesmen, pemeriksaan fisik dan penunjang diagnostik
(2) Dokter jaga IGD menentukan prioritas pasien sesuai kegawatannya

(3) Dokter memeriksa dan menentukan prioritas pasien sesuai kegawatannya :

a. Merah: Pasien cedera berat yang memerlukan penilaian cepat serta tindakan medik segera untuk tetap hidup.

b. Kuning: Pasien memerlukan bantuan, namun dengan cedera yang kurang berat dan dipastikan tidak akan mengalami ancaman jiwa dalam waktu dekat.

c. Hijau : Pasien dengan cedera sedang, tidak membutuhkan stabilisasi segera, memerlukan bantuan sederhana namun memerlukan penilaian ulang berkala.

d. Hitam : Pasien meninggal atau cedera fatal yang jelas dan tidak mungkin diresusitasi.

(4) Tindakan selanjutnya dokter memeriksa, menegakkan diagnosa, memberikan terapi dan tindakan sesuai prioritas kegawatannya.

(5) Pasien dengan kode warna merah didahulukan untuk mendapatkan tindakan medis guna menyelamatkan nyawa pasien dan mencegah cedera yang lebih berat.

(6) Untuk pasien emergensi harus distabilkan kondisinya terlebih dahulu sesuai kemampuan rumah sakit.

(7) Untuk pasien yang dapat dilayani di rumah sakit, ditransfer ke bangsal setelah kondisinya stabil.

(8) Hasil triase di catat dalam rekam medis pasien.

BAB XIV
PELAYANAN YANG SERAGAM
Pasal 15

(1) Asuhan pasien yang seragam terefleksi dilaksanakan menurut ketentuan sebagai berikut :

a. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap minggu atau waktunya setiap hari 3 shift, 24 jam, 7 hari;

b. Penggunaan alokasi sumberdaya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;

c. Pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien, contoh pelayanan anestesi sama di semua unit pelayanan di rumah sakit;

d. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh rumah sakit;

e. Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode asesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form asesman awal-asesmen ulang, PPK, alur klinis terintegrasi/*clinical pathway*, pedoman manajemen nyeri,

dan regulasi untuk berbagai tindakan antara lain pemberian darah, pungsi lumbal, dan sebagainya.

(2) Asuhan diberikan oleh SDM yang sama kompetensinya di mana setiap DPJP wajib memberikan pelayanan yang seragam sesuai dengan kompetensinya dan sesuai dengan Panduan Praktik Klinik dan setiap dokter umum, dokter gigi, psikolog wajib memberikan pelayanan yang seragam sesuai dengan Panduan Praktik Klinik/ Standar Pelayanan Medik / SPO yang berlaku di RSJD dr Amino Gondohutomo tanpa membedakan pasien.

(3) Pemberian asuhan pelayanan memberikan pelayanan yang sama sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku tanpa membedakan pasien di semua unit RS.

(4) Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan, menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh RS sesuai Standar Asuhan Keperawatan.

Bagian Kesatu

Pengintegrasian dan Koordinasi Pelayanan pasien

Pasal 16

(1) Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berpusat pada pasien dengan melibatkan pasien dan keluarga, Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) sebagai ketua tim Profesional Pemberi Asuhan (PPA), PPA yang bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interprofesional, dengan memakai Panduan Praktek Klinis (PPK)/Alur Klinis/*Clinical Pathway* dan Catatan Perkembangan Pasien Terintergrasi (CPPT).

(2) Perencanaan asuhan pasien terintegrasi termasuk dalam perencanaan pemulangan pasien/*discharge planning* terintegrasi.

(3) Pelaksanaan asuhan gizi dilakukan secara terintegrasi

(4) Pelayanan terintegrasi melibatkan *Case Manager*.

(5) Semua pemberi asuhan kepada pasien harus mencatat perkembangan pasien dalam dokumen lembar rekam medis sesuai dengan standar pengisian dokumen rekam medis yang berlaku

(6) Pemberi asuhan pelayanan pasien adalah DPJP, Dokter umum, Dokter gigi, Perawat, Bidan, Petugas Gizi, dan Farmasi.

(7) Semua pemberi asuhan pelayanan pasien wajib melakukan pengintegrasian dan koordinasi untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien

(8) Integrasi dan koordinasi pemberi asuhan pelayanan pasien didokumentasikan dalam RM Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

(9) Asesmen dilakukan dengan metode IAR (Informasi-Analisis-Rencana)

(10) Hal hal yang berkaitan dengan kondisi pasien yang harus diketahui oleh DPJP dan pemberi asuhan pelayanan pasien lain dikoordinasikan dalam dokumen RM catatan Perkembangan Terintegrasi.

(11) Visite Bersama adalah review berkala yang dilakukan oleh PPA untuk menilai kemajuan perkembangan pasien dengan dipimpin oleh DPJP.

(12) Hasil Visite Bersama PPA dicatat dalam formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.

Bagian Kedua

Perencanaan Asuhan pasien

Pasal 17

(1) Rencana asuhan yang baik menjelaskan asuhan individual, objektif dan sasaran dapat diukur untuk memudahkan assesmen ulang serta revisi rencana asuhan.

(2) Rencana asuhan oleh PPA dengan metode IAR (Informasi Analisis Rencana) dan dituangkan dalam dokumen rekam medis.

(3) Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP), Perawat dan pemberi asuhan pelayanan pasien lain melakukan perencanaan asuhan pasien dalam 24 jam sesudah pasien dirawat inap.

(4) Rencana Asuhan dicatat dalam Rekam Medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran

(5) Rencana asuhan dievaluasi secara berkala sesuai dengan kondisi pasien, dimutakhiran dan direvisi oleh Tim PPA berdasarkan assesmen ulang.

(6) Perkembangan tiap pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP sesuai kebutuhan dan diverifikasi harian dengan DPJP.

Bagian Ketiga

Pemberian Intruksi, Pemeriksaan, Tindakan pasien

Pasal 18

(1) Pemberi instruksi pelayanan pasien, pemeriksaan dan tindakan adalah DPJP dan dokter jaga.

(2) Pemberi instruksi pemeriksaan penunjang laboratorium dan diagnostik imagingharus mencantumkan indikasi klinis dan diagnosa. Permintaan tertulis dicatat dalam lembar rujukan pemeriksaan dan CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi).

(3) Tindakan dengan instruksi tertulis yaitu :

a. Tindakan restrain
b. Tindakan terapi kejang Listrik
c. Tindakan terapi obat

d. Tindakan Rehabilitasi Medis
e. Tindakan Rehabilitasi psikososial
f. Tindakan invasif
g. Tindakan operatif

(4) Tindakan dengan instruksi tertulis harus mencantumkan staf yang meminta beserta alasannya dan dicatat dalam rekam medis pasien.
(5) Hasil pemeriksaan dan tindakan dicatat dan didokumentasikan dalam rekam medis.
(6) Pada pasien rawat jalan bila dilakukan tindakan diagnostik invasif/berisiko harus dilakukan asesmen serta dicatat dalam rekam medis, termasuk pasien yang dirujuk dari luar.

Bagian Keempat

Pemberian Informasi tentang Proses Pelayanan Kepada Pasien dan Keluarga

Pasal 19

(1) Agar pasien dan keluarga mendapatkan informasi yang jelas oleh DPJP tentang diagnosa, dasar diagnosa, kondisi medis, rencana pelayanan dan pengobatan, tindakan kedokteran yang diharapkan dan tidak diharapkan, risiko, komplikasi, indikasi tindakan, prognosis, alternatif dan risiko, dan dimana, dan kapan kondisi pasien akibat efek samping akan dimonitor.
(2) DPJP wajib menyampaikan informasi tentang hasil asuhan dan pengobatan yang diharapkan kepada pasien / keluarga.
(3) Informasi tersebut diatas disampaikan pada setiap pasien pada awal pelayanan rawat inap.
(4) Bukti bahwa DPJP telah memberikan informasi ditulis dalam formulir Pemberian Informasi proses pelayanan.
(5) DPJP melakukan Informasi kepada pasien dan keluarga bila ada Kejadian yang tidak diharapkan (KTD), dengan bukti pengisian Form Informasi Pelayanan
(6) Informasi proses pelayanan di IGD dilakukan oleh dokter jaga IGD terkait dengan diagnosa kerja yang sudah dapat ditegakkan oleh dokter jaga IGD.
(7) Petugas Pendaftaran harus menjelaskan tentang perkiraan biaya yang ditanggung pasien/keluarga, dan penjelasan tersebut harus dipahami oleh pasien dan keluarga pasien.

BAB XV

KESINAMBUNGAN PELAYANAN

Bagian Kesatu

Rencana Pemulangan Pasien (*Discharge Planning*)

Pasal 20

(1) Kriteria pasien yang memerlukan Perencanaan Pemulangan Pasien (P3) adalah pasien dengan masalah khusus :
   a. Pasien kiriman dinas sosial
   b. Pasien pasung
   c. Pasien dengan riwayat KDRT
   d. Pasien lanjut usia (≥ 60 tahun)
   e. Pasien dengan keterbatasan mobailitas
   f. Pasien yang memerlukan pelayanan medis dan perawatan lanjutan atau pasien dengan penyakit lanjutan atau pasien dengan penyakit yang berpotensi mengancam nyawa
   g. Pasien yang memerlukan bantuan dalam aktifitas hidup sehari-hari
   h. Pasien yang memerlukan rujukan ke dokter spesialis lain / terapis rehabilitasi/ pelayanan preventif yang dilaksanakan di rumah oleh keluarga
   i. Pasien dengan terapi yang sudah maksimal atau optimal
   j. Pasien terlantar, tinggal sendiri/ di panti tanpa dukungan sosial secara langsung dan tidak dijemput keluarga
   k. Pasien dengan riwayat percobaan bunuh diri, atau korban dari kasus kriminal
   l. Pasien yang kembali dirawat dalam 30 hari (readmisi) atau pasien yang ingin pulang dengan sendirinya/ pulang paksa.

(2) Perencanaan Pemulangan Pasien dimulai sejak dilakukannya asesmen awal rawat inap

(3) Penyusunan P3 dilakukan secara terintegrasi antar PPA dengan koordinator MPP/ case manager

(4) Asesmen dan perencanaan proses *discharge planning* dilaksanakan 1x24 jam sejak pasien diterima di rumah sakit dan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan pasien.

(5) Daftar kriteria pasien yang diperbolehkan pulang adalah sebagai berikut
   a. Seluruh diagnosis penyakit gangguan jiwa yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa dengan kriteria nilai GAF (*Global Assessment of Functioning*) sekurang-kurangnya 50 (lima puluh) pada penilaian mutakhir selama rawat inap.
   b. Seluruh diagnosis penyakit yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Penyakit Dalam dengan kriteria :
      - Keluhan utama dan keluhan fisik lainnya sudah tidak ada/berkurang
      - Kondisi tanda vital dalam batas normal/stabil
      - Nilai hasil laboratorium dalam batas normal
      - Sudah ditentukan dosis optimal pemberian obat

c. Seluruh diagnosis penyakit yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Saraf dengan kriteria :
   - Keluhan utama dan keluhan fisik lainnya sudah tidak ada / berkurang / terkendali
   - Keadaan umum/klinis membaik
   - Kondisi tanda vital dalam batas normal/stabil
   - Nilai hasil laboratorium dalam batas normal
   - Bila muncul komplikasi dapat tertangani
d. Seluruh diagnosis penyakit yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Bedah Umum/Bedah Mulut dengan kriteria :
   - Kondisi fisik secara umum baik (pernafasan normal, tanda vital stabil, tidak ada demam dan tidak ada keluhan lain yang mengganggu seperti nyeri, mual, muntah)
   - Tidak ada perdarahan tak normal dari lokasi operasi
   - Luka operasi baik dan tidak ada tanda-tanda infeksi
e. Seluruh diagnosis penyakit yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Obstetri Ginekologi dengan kriteria :
   - Minimal lama rawat sesuai dengan Panduan Praktek Klinis (PPK)
   - Perdarahan yang muncul dalam batas normal
   - Tanda Vital dalam batas normal/stabil
   - Tidak ada tanda infeksi (demam ≥ 38°C, bila ada luka jahitan bernanah, lochea berbau, payudara bengkak bernanah)
   - Mobilisasi baik
f. Seluruh diagnosis penyakit yang menjadi kewenangan Dokter Spesialis Anak dengan kriteria :
   - Keluhan utama dan keluhan fisik lainnya tidak ada/berkurang
   - Keadaan umum/klinis membaik
   - Tanda vital dalam batas normal/stabil
   - Tidak ada tanda ikterik
   - Fungsi vegetatif (Miksi dan Defekasi) baik untuk bayi baru lahir
   - Dapat menyusu/menetek dengan baik untuk bayi baru lahir

(6) Daftar identifikasi pasien yang membutuhkan rencana pemulangan kritis, yaitu :
a. Pasien lanjut usia (≥ 60 tahun).
b. Pasien dengan keterbatasan mobilitas.
c. Pasien yang memerlukan pelayanan medis dan perawatan lanjutan atau pasien dengan penyakit yang berpotensi mengancam nyawa.
d. Pasien yang memerlukan bantuan dalam aktivitas hidup sehari-hari.
e. Pasien yang memerlukan rujukan ke dokter spesialis lain / terapis rehabilitasi /pelayanan preventif yang dilaksanakan di rumah oleh keluarga.

f. Pasien dengan terapi yang sudah maksimal/optimal.
g. Pasien terlantar, tinggal sendiri/di panti, tanpa dukungan sosial secara langsung dan tidak dijemput keluarga.
h. Pasien dengan riwayat percobaan bunuh diri, korban dari kasus kriminal.
i. Pasien yang kembali dirawat dalam 30 hari (readmisi) ataupun pasien yang ingin pulang dengan sendirinya/pulang paksa.

(7) Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat, yaitu dokter penanggung jawab pasien (DPJP) dan/ dokter spesialis lain, perawat, nutrisionis, dan petugas rehabilitasi medis.

(8) Perencanaan pemulangan pasien akan menentukan jenis pelayanan penunjang dan medis lanjutan yang dibutuhkan oleh pasien.

(9) Keluarga pasien dapat dilibatkan dalam perencanaan proses transfer/pemulangan pasien.

(10) Pelaksanaan *discharge planning* harus dicatat dan didokumentasikan dalam formulir rencana pemulangan pasien (*discharge planning*) serta harus sudah dikomunikasikan kepada pasien dan keluarga sebelum transfer/pemulangan pasien.

(11) Proses perencanaan pemulangan pasien harus dilakukan verifikasi 48 jam sebelum pasien dipulangkan atau dapat lebih cepat pada kondisi khusus.

Bagian Kedua

Manajer pelayanan pasien (MPP/Case manager)

Pasal 21

(1) Proses kesinambungan pelayanan dan koordinasi antar PPA dilakukan oleh manajer pelayanan pasien (MPP/case manager). Proses untuk melaksanakan kesinambungan dan koordinasi pelayanana diantara PPA, MPP, Pimpinan unit dan staf lain sesuai regulasi Rumah Sakit mencakup :
a. Pelayanan darurat dan rawat inap
b. Pelayanan diagnostik dan tindakan
c. Pelayanan bedah dan non bedah
d. Pelayanan rawat jalan
e. Ke Organisasi lain atau bentuk pelayanan lainnya diluar Rumah Sakit

(2) MPP dipilih dan diangkat oleh Direktur

(3) MPP bukan seorang PPA aktif

(4) Uraian tugas dan fungsi MPP ditetapkan oleh Direktur

(5) Dalam pelaksanaan tugasnya MPP melakukan pencatatan dalam form MPP

(6) Pasien diskrinning untuk kebutuhan pelayanan manajemen pasien

(7) Peran dan fungsi minimal MPP sebagai berikut :

a. Peran MPP :
   1) Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan pasien
   2) Mengoptimalkan terlaksananya pelayanan berfokus pada pasien
   3) Mengoptimalkan proses reimbursemen

b. Fungsi MPP :
   1) Assesmen untuk manajemen pelayanan pasien
   2) Perencanaan untuk manajemen pelayanan pasien
   3) Komunikasi dan koordinasi
   4) Edukasi dan advokasi
   5) Kendali mutu dan biaya pelayanan pasien

(8) Kondisi pasien yang membutuhkan pelayanan MPP meliputi :

a. Pasien psikiatri :
   1) Usia ≥ 60 tahun dengan komorbiditas fisik
   2) Risiko bunuh diri tingkat tinggi
   3) Re-admission
   4) Potensi komplain tinggi
   5) Pasien lari dan atau pasien berisiko lari
   6) Lama rawat lebih dari 21 hari
   7) Membutuhkan kontinuitas pelayanan ke Fasilitasi Pelayanan lain
   8) Masalah sosial : terlantar, tinggal sendiri, pasung, tidak diharapkan kepulangannya oleh keluarga / masyarakat
   9) Masalah finansial : tidak mampu / tidak memiliki penjamin
   10) Membutuhkan asuhan ≥ dokter spesialis

b. Pasien non psikiatri :
   1) Re-admission
   2) Riwayat penggunaan alat medis pada masalalu
   3) Potensi komplain tinggi
   4) Melebihi lama hari rawat inap atau perkiraan asuhan dengan biaya tinggi
   5) Membutuhkan kontinuitas ke fasilitas pelayanan lain
   6) Masalah sosial : terlantar, tinggal sendiri, pasung, tidak diharapkan kepulangannya oleh keluarga / masyarakat
   7) Masalah finansial : tidak mampu / tidak memiliki penjamin
   8) Membutuhkan asuhan ≥ dokter spesialis

Bagian Ketiga

DPJP dan DPJP Utama

Pasal 22

(1) Penetapan DPJP dilakukan setelah memenuhi proses kredensial sesuai peraturan perundangan

(2) DPJP berperan sebagai ketua tim asuhan pasien oleh professional pemberi asuhan (Clinical Leader)

(3) DPJP bertanggung jawab terhadap pasien dari awal dirawat sampai dengan paien pulang

(4) DPJP di RSJD Dr. Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah adalah : Doter spesialis Jiwa, Dokter specialist saraf, Dokter specialist Penyakit Dalam, Dokter specialist Obgyn,Dokter spesialis Anak, Dokter Spesialist Bedah Mulut, Dokter spsialis dan Dokter spesialis bedah Umum

(5) Penentuan DPJP Utama dapat ditentukan berdasarkan :

a. Dokter yang pertama kali merawat saat pasien masuk rawat inap
b. Keparahan penyakit
c. Kesepakatan antar DPJP
d. Pada kondisi dimana pasien terjadi perubahan diagnose maka pasien dapat dilakukan alih rawat / pemindahan DPJP sesuai kesepakatan antar DPJP
e. Bukti penetapan dan pemindahan DPJP disertakan dalam rekam medis

(6) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) bertanggung jawab terhadap :

a. Assesmen awal pasien dalam 1x24 jam yang ditulis di lembar khusus yang telah disediakan;
b. Rencana Pelayanan pasien dalam bentuk kemajuan terukur dan individual;
c. Assesmen ulang (*Subyek/Obyektif/Assesmen/Planning*) di lembar catatan perkembangan terintegrasi. Assesmen ulang Psikiatri pada kondisi akut dilakukan tiap hari Setelah kondisi akut teratasi assesmen ulang dapat dilakukan minimal tiga hari sekali ;
d. Pemberian informasi yang benar dan dapat dimengerti oleh pasien dan atau keluarganya mengenai diagnosis dan dasar diagnosis, rencana pelayanan dan pengobatan, termasuk prosedur yang akan dilaksanakan, hasil pelayanan yang diharapkan dan tidak diharapkan, risiko, komplikasi serta prognosa / perjalanan penyakit;

(7) Pasien dapat memilih DPJP sesuai keinginannya, permohonan pindah DPJP dilakukan secara tertulis pasa form Surat Pindah Dokter (RM. Asses 31).

(8) Proses pengaturan perpindahan tanggung jawab koordinasi asuhan pasien dari satu dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) ke DPJP lain, termasuk bila terjadi perubahan DPJP Utama.

(9) Bila dilaksanakan rawat bersama ditetapkan DPJP Utama sebagai koordinator asuhan pasien.

Bagian Keempat

Transfer Pasien di Dalam Rumah Sakit

Pasal 23

(1) Pasien yang akan ditransfer harus dilakukan stabilisasi terlebih dahulu
(2) Kondisi pasien harus dijamin keselamatannya selama proses transfer
(3) Petugas pelaksana transfer didalam Rumah Sakit adalah perawat/bidan ruangan asal
(4) Petugas transfer menulis dalam dokumen rekam medis
(5) Informasi yang harus disampaikan sebelum transfer dilakukan meliputi :
    a. Identitas pasien
    b. Diagnosa medis/ diagnosa keperawatan
    c. Intervensi medis dan keperawatan yang telah dilakukan
    d. Hasil pemeriksaan dan observasi terakhir
    e. Kondisi medis terakhir
    f. Terapi terakhir, hasil konsultasi dan rencana tindak lanjut
(6) Perawat unit penerima mencatat informasi dengan kaidah TBAK pada lembar CPPT setelah rekam medis diterima
(7) Alat yang digunakan adalah kursi roda atau brankar sesuai kondisi pasien
(8) Pasien IGD yang membutuhkan rawat inap diantarkan oleh petugas transporter didampingi perawat/ bidan sesuai level kondisi pasien
(9) Proses transfer menghormati kebutuhan privasi pasien.
(10) Petugas pengantar pasien sesuai kondisi pasien yang dijabarkan dalam panduan transfer pasien.
(11) Proses pelaksanaan transfer dicatat dalam form transfer antar unit.

BAB XVI
PEMULANGAN DARI RUMAH SAKIT (DISCHARGE) DAN TINDAK LANJUT
Bagian Kesatu
Pemulangan dan Tindak Lanjut Pasien
Pasal 24

(1) DPJP yang bertanggung jawab atas pelayanan pasien harus menentukan kesiapan pasien untuk dipulangkan
(2) Keluarga pasien dilibatkan dalam perencanaan proses pemulangan
(3) Rencana pemulangan pasien meliputi kebutuhan pelayanan penunjang dan kelanjutan pelayanan medis
(4) Rumah sakit bekerjasama dengan praktisi kesehatan di luar rumah sakit untuk tindak lanjut pemulangan. Penyedia layanan lanjutan terdaftar di rumah sakit dalam bentuk kesepakatan bersama. Penyedia layanan lanjutan yang dituju ditulis didalam resume rekam medis
(5) Resume pasien pulang dibuat oleh DPJP sebelum pasien pulang
(6) Resume berisi pula instruksi untuk tindak lanjut

(7) Salinan resume pasien pulang dibuat rangkap empat, untuk pasien, institusi perujuk, BPJS dan dokumentasi rekam medis

(8) Kriteria pemulangan pasien psikiatri :
   a. Penurunan PANSS EC 50% dari penilaian terakhir
   b. Sudah tidak ada Symptom psikiatri

(9) Kriteria pemulangan pasien fisik :
   a. Tidak ada keluhan
   b. Perbaikan kondisi umum

(10) Pasien tidak diperbolehkan cuti

(11) Pasien dengan keperluan penting yang mengharuskan menghentikan perawatan rawat inapakan dipulangkan dengan izin dokter. Pasien tersebut dapat mendaftar kembali untuk melanjutkan rawat inap sebagai pasien baru melalui IGD atau rawat jalan sesuai kondisinya.

(12) Pasien Rehabilitasi NAPZA hanya diizinkan meninggalkan rumah sakit selama maksimal 24 jam dengan pendampingan petugas hukum/ jaksa. Alasan izin hanya bila bapak/ibu/istri/suami/anak/saudara kandung meninggal dunia dengan izin tertulis dari jaksa.

Bagian Kedua
Ringkasan Pasien Pulang (*Resume*)
Pasal 25

(1) Instruksi tindak lanjut diberikan oleh DPJP kepada pasien / keluarga sebelum pasien pulang

(2) Isi instruksi tindak lanjut yang diberikan oleh DPJP kepada pasien/ keluarga
   a. Waktu dan cara minum obat
   b. Jadwal kontrol
   c. Petunjuk bila terjadi kekambuhan
   d. Petunjuk bila terjadi efek samping obat
   e. Petunjuk bila terjadi kondisi yang tidak bisa ditangani sendiri
   f. Petunjuk tempat pelayanan kesehatan terdekat
   g. Pelayanan pendidikan kesehatan berkelanjutan dan komunitas tertentu

(3) DPJP membuat ringkasan pasien pulang diberikan untuk :
   a. Pasien
   b. Dokumentasi rekam medis
   c. Pihak penjamin pasien
   d. Jawaban rujukan
   e. Bila diperlukan kepada tenaga kesehatan yang bertanggungjawab memberikan kelanjutan asuhan

(4) Profil Ringkas Medis Rawat Jalan (PRMRJ)

a. Adalah ringkasan rekam medis tersendiri dari pasien dengan diagnosa kompleks dan membutuhkan asuhan kompleks. Dibuatkan dengan kode khusus yang mudahdi akses dan di review oleh PPA.
b. Kriteria pasien yang membutuhkan PRMRJ :
   - Pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks
   - Pasien rawat jalan dengan diagnosis yang kompleks
c. Pasien dengan kriteria tersebut rekam medisnya disimpan tersendiri agar mudah ditelusur, pengaturannya dalam SIMRS dilakukan oleh Instalasi Rekam Medis
d. Evaluasi pengisian PRMRJ oleh DPJP dilakukan oleh Komite Rekam Medis.

Bagian Ketiga

Rujukan Pasien

Pasal 26

(1) Rumah sakit berkewajiban mencari fasilitas pelayanan kesehatan lain yang sesuai kebutuhan pasien`
(2) Rujukan pasien dilakukan berdasarkan atas kebutuhan pasien untuk pelayanan berkelanjutan
(3) Adanya kepastian tersedianya tempat tidur di rumah sakit yang dituju
(4) Kerjasama resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima
(5) Koordinator rujukan adalah perawat supervisi
(6) Keluarga diikutsertakan dalam pengambilan keputusan saat rujukan tidak dapat dilaksanakan, antara lain fasilitas yang dibutuhkan tidak tersedia/ semua rumah sakit rujukan penuh, termasuk informasi resiko medisnya
(7) Surat rujukan ditulis oleh dokter
(8) Selama proses rujukan pasien didampingi oleh perawat yang kompeten.
(9) Selama proses rujukan tersedia obat, bahan medis habis pakai, alat kesehatan dan peralatan medis sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien
(10) Ada proses serah terima pasien antara staf pengantar dan yang menerima
(11) Pasien dan keluarga dijelaskan apabila rujukan yang dibutuhkan tidak dapat dilaksanakan
(12) Dokumen rujukan berisi :
   a. Identitas pasien
   b. Hasil pemeriksaan (anamnesis, pemeriksaan fisik dan openunjang yang telah dilakukan)
   c. Diagnosis kerja
   d. Terapi dan/atau tindakan yang telah diberikan
   e. Tujuan rujukan
   f. Nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan rujukan : nama petugas yang memonitor, tanda tangan perawat/ dokter yang menerima.

(13)Proses rujukan didokumentasikan dalam rekam medis

(14)Proses rujukan dievaluasi dalam aspek mutu dan keselamatan pasien.

Bagian Keempat

Menolak Rencana Asuhan Medis

Pasal 27

(1) Penolakan nasehat medis untuk melanjutkan pengobatan merupakan hak pasien dan keluarga

(2) Pasien berhak untuk :

a. Menolak rencana asuhan medis

b. Keluar rumah sakit atas permintaan sendiri

(3) Penghentian pengobatan atas permintaan sendiri

(4) Pasien yang menolak rencana asuhan medis diberikan edukasitentang resiko medis akibat asuhan medis yang belum lengkap oleh DPJP

(5) Pasien yang keluar RS atas permintaan sendiri tetap dilakukan proses pemulangan sesuai prosedur pemulangan

(6) Evaluasi alasan pasien menolak asuhan medis, mengakhiri pengobatan atau pulang atas permintaan sendiri dilakukan oleh Komite Rekam Medis

(7) Pasien diberikan rujukan kepada dokter keluarga atau fasilitas kesehatan lain yang ditunjuk oleh pasien dan keluarga untuk melanjutkan pengobatan

(8) Pasien tetap diberikan obat sebagaimana pasien yang pulang atas persetujuan Dokter.

BAB XVII

ASESMEN PASIEN

Bagian Kesatu

Assesmen Pasien

Pasal 28

(1) Semua pasien yang masuk di RSJD Dr Amino Gondohutomo, diidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatannya melalui asesmen awal, baik di rawat jalan, Instalasi Gawat Darurat, maupun di Rawat Inap.

(2) Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis asesmen awal medis dan Keperawatan.

(3) Asesmen Pasien terdiri atas tiga proses utama yaitu informasi (I), analias (A) dan rencana pelayanan (R) :

a. Mengumpulkan data dan informasi (I) tentang keadaan fisik, psikologis, sosial, kultur, spiritual, dan riwayat kesehatan pasien

b. Menganalisa data dan Informasi (A) termasuk melakukan pemeriksaan penunjang untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan pasien.

c. Membuat Rencana Pelayanan (R) sesuai kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

(4) Proses asesmen dituangkan dengan metode Subyektif (S), Obyektif (O), Asesmen (A), dan Planning (P)

(5) Asesmen Pasien harus memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaannya.

(6) Variasi asesmen disesuaikan dengan tempat pelayanan.

Bagian Kedua

Assesmen Awal

Pasal 29

(1) Asesmen Awal diperoleh langsung dari pasien maupun keluarga.

(2) Isi minimal Asesmen awal Antara lain :

a. Kondisi Fisik
b. Riwayat Psiko, sosio, kultural dan spiritual.
c. Status ekonomi.
d. Riwayat Kesehatan
e. Riwayat alergi
f. Asesmen Nyeri.
g. Risiko Jatuh.
h. Asesmen fungsional.
i. Resiko Nutrisional.
j. Kebutuhan Edukasi.
k. Perencanaan Pulang Pasien.

(3) Proses Asesmen Awal memberikan informasi perihal :

a. Pemahaman asuhan apa yang dibutuhkan Pasien
b. Pemilihan asuhan yang baik untuk pasien.
c. Menetapkan Diagnosa Awal
d. Pemahaman respon pasien terhadap asuhan sebelumnya.

(4) Pelaksanaan Asesmen Awal dan Asesmen Ulang dijelaskan dalam Pedoman atau SPO Asesmen Pasien.

(5) Asesmen Awal Pasien rawat inap dilakukan untuk menggali informasi pasien tentang kebutuhan dalam pelayanan di rawat inap dengan pola IAR, meliputi:

a. Asesmen medis :
    1) Keluhan utama
    2) Riwayat kesehatan
    3) Pemeriksaan fisik
b. Asesmen perawatan :
    1) Pemeriksaan Fisik

2) Riwayat psiko-sosio-kultural-spiritual
3) Riwayat perawatan kesehatan
4) Riwayat alergi
5) Asesmen Nyeri
6) Status Gizi (Nutrisional)
7) Resiko Jatuh dan Funsional
8) Kebutuhan Edukasi.
9) Perencanaan Pulang.

c. Asesmen pasien rawat inap didokumentasikan dalam waktu 1 x 24 jam sejak pasien masuk rawat inap oleh pemberi asuhan atau dapat lebih cepat apabila diperlukan (terjadi perubahan kondisi emergency)

(6) Asesmen awal pasien Rawat Jalan dilakukan untuk menggali informasi pasien tentang kebutuhan dalam pelayanan di rawat jalan, meliputi :

a. Asesmen medis :
- Keluhan utama
- Riwayat kesehatan
- Pemeriksaan fisik

b. Asesmen perawatan :
- Pemeriksaan Fisik
- Riwayat psiko-sosio-kultural-spiritual
- Riwayat perawatan kesehatan
- Riwayat alergi
- Asesmen Nyeri
- Status Gizi (Nutrisional)
- Resiko Jatuh dan Funsional
- Kebutuhan Edukasi.

c. Asesmen awal pasien rawat jalan dilaksanakan dalam waktu selambat-lambatnya 6 jam.

d. Asesmen Awal Rawat Jalan dilakukan pada pasien baru, Diagnosa baru, Pasien dengan Diagnosa sama pada kunjungan kedua dengan jarak waktu yang lama (1 bulan pada diagnose Acut dan 3 bulan pada diagnose Kronis)

(7) Asesmen Awal pasien IGD dilakukan untuk menggali informasi pasien tentang kebutuhan dalam perawatan dan pengobatan di IGD, meliputi :

a. Asesmen medis :
1) Keluhan utama
2) Riwayat kesehatan
3) Pemeriksaan fisik.

b. Asesmen perawatan :

1) Pemeriksaan Fisik
2) Riwayat psiko-sosio-kultural-spiritual
3) Riwayat perawatan kesehatan
4) Riwayat alergi
5) Asesmen Nyeri
6) Status Gizi (Nutrisional)
7) Resiko Jatuh dan Funsional.

c. Asesmen Awal pasien Gawat Darurat dilaksanakan sesuai kondisi pasien yaitu maksimal 60 menit dan harus selesai sebelum pasien diputuskan akan dirawat atau dirujuk.

(8) Pelaksanaan Asesmen Nyeri dan Resiko Jatuh dijelaskan dalam Pedoman asesmen Nyeri dan Resiko jatuh.

(9) Pelaksanaan Asesmen Nutrisional lanjutan dijelaskan dalam panduan Nutrisional.

(10) Apabila di Gawat Darurat diperlukan instruksi dari DPJP Konsulen IGD untuk dilakukan tindakan maka didokumentasikan di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Gawat Darurat.

(11) Asesmen Tambahan dilakukan pada pasien dengan populasi tertentu meliputi :

a. Asesmen risiko kekerasan fisik
b. Asesmen risiko melarikan diri
c. Asesmen risiko bunuh diri
d. Asesmen jiwa anak remaja
e. Asesmen psikogeriatri
f. Asesmen wajib lapor penyalahguna zat
g. Asesmen rehabilitasi medik
h. Asesmen akhir kehidupan
i. Asesmen neonatus
j. Asesmen anak
k. Asesmen penyakit dalam
l. Asesmen neurologi
m. Asesmen obstetri dan ginekologi
n. Asesmen gigi
o. Asesmen bedah mulut
p. Asesmen Pra Operatif
q. Asesmen Pra Anestesi

(12) Pelaksanaan Asesmen Tambahan / Individual dijelaskan dalam Panduan Asesmen Pasien

(13) Hasil Asesmen Awal Pasien dicatat dalam rekam medisdan didokumentasikan dengan baik sesuai urutan penyimpanan lembar rekam medis agar cepat dan mudah ditemukan kembali oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

(14) Asesmen Awal Pasien Rawat Inap, Rawat Jalan, Gawat Darurat dikerjakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang kompeten sesuai disiplin ilmu dalam lingkup praktek profesinya yang mempunyai kewenangan klinik melakukan asesmen, dituangkan dalam bentuk Surat Penugasan Klinis (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinis (RKK).

Bagian Ketiga

Asesmen Ulang Pasien

Pasal 30

(1) Asesmen ulang dikerjakan bagi semua pasien dengan interval waktu berdasarkan kondisi, tindakan, perubahan respon pasien, untuk kemudian dibuat rencana kelanjutan asuhan atau rencana pemulangan.

(2) Asesmen ulang medis dilakukan minimal 1 kali sehari pada pasien kondisi akut/gaduh gelisah, termasuk hari minggu/libur untuk menetapkan respon terhadap pengobatan, merencanakan pengobatan, dan pemulangan pasien.

(3) Asesmen ulang medis dilakukan minimal 3 hari sekali pada pasien kondisi stabil, untuk menetapkan respon terhadap pengobatan, merencanakan pengobatan, dan pemulangan pasien.

(4) Asesmen ulang perawatan :

a. Perawat melakukan asesmen ulang tiap shif pada semua pasien pada Form Askep (RM Asuhan Keperawatan)
b. Bila kondisi pasien total care maka dilakukan minimal 1 kali pershif untuk menetapkan respon terhadap perawatan, merencanakan tindakan perawatan, dicatat di CPPT
c. Bila kondisi pasien partial/minimal care, maka dilakukan minimal 1 kali sehari untuk menetapkan respon terhadap perawatan, merencanakan tindakan perawatan rencana pemulangan pasien, dan dicatat di CPPT.

(5) Asesmen ulang gizi dilakukan bila ada pasien resiko nutrisi minimal 3 hari.

(6) Hasil asesmen ulang medis, perawat dituangkan dalam bentuk SOAP sedangkan nutrisionis dituangkan dalam bentuk ADIME di formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT).

(7) Hasil Asesmen Ulang Pasien dicatat dalam rekam medisdan didokumentasikan dengan baik sesuai urutan penyimpanan lembar rekam medis agar cepat dan mudah ditemukan kembali oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

(8) Asesmen Ulang Pasien dikerjakan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang kompeten sesuai disiplin ilmu dalam lingkup praktek profesinya yang mempunyai kewenangan klinik melakukan asesmen, dituangkan dalam bentuk Surat Penugasan Klinis (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinis (RKK).

BAB XVIII
IDENTIFIKASI PELAYANAN PASIEN BERISIKO TINGGI
Bagian Kesatu
Identifikasi Pasien Beresiko Tinggi
Pasal 31

(1) Identifikasi Pasien Berisiko tinggi di rumah sakit meliputi :
   a. Pasien Emergensi
   b. Pasien dengan Resusitasi
   c. Pasien dengan kebutuhan darah (transfusi)
   d. Pasien Koma
   e. Pasien dengan Penyakit menular dan Penurunan daya tahan
   f. Pasien dengan Restrain
   g. Pasien lansia
   h. Pasien Anak dan Remaja
   i. Pasien dengan HANDICAPS
   j. Pelayanan Pasien dengan risiko kekerasan fisik
   k. Pelayanan Pasien dengan risiko bunuh diri
   l. Pelayanan Pasien dengan risiko lari

(2) Identifikasi pelayanan pasien berisiko tinggi di rumah sakit meliputi :
   a. Pelayanan Emergensi
   b. Pelayanan Resusitasi
   c. Pelayanan Darah
   d. Pelayanan Pasien Koma
   e. Pelayanan Pasien dengan Penyakit menular dan Penurunan daya tahan
   f. Pelayanan Restrain
   g. Pelayanan pasien Geriatri
   h. Pelayanan Pasien Anak dan Remaja
   i. Pelayanan Pasien dengan HANDICAPS
   j. Pelayanan Pasien dengan risiko kekerasan fisik
   k. Pelayanan Pasien dengan risiko bunuh diri
   l. Pelayanan Pasien dengan risiko lari

(3) Pemberian pelayanan risiko tinggi sesuai panduan pelayanan dan SPO masing masing kasus risiko tinggi

(4) Staf Harus dilatih tentang pemberian pelayanan pada pasien berisiko tinggi

(5) RS mengembangkan *Early Warning System* untuk mendeteksi / mengenali kondisi pasien yang memburuk

(6) Pemberian pelayanan pasien risiko tinggi dicatat dalam dokumen rekam medis.

Bagian Kedua

Early Warning System

Pasal 32

(1) RSJD dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah melaksanakan *Early Warning System* untuk mendeteksi perubahan kondisi pasien yang memburuk.

(2) Seluruh perawat dilatih untuk pelaksanaan *Early Warning System* di RSJD dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah

Bagian Ketiga

Pelayanan Resusitasi

Pasal 33

(1) Rumah Sakit menyediakan pelayanan resusitasi di seluruh area RS 24 jam

(2) Rumah Sakit menetapkan Tim Kode Biru RS

(3) Pelayanan Resusitasi dilaksanakan dalam upaya pertolongan segera dalam penyelamatan nyawa

(4) Pelayanan Resusitasi dilaksanakan oleh tim Kode Biru sesuai jadwal

(5) Seluruh pemberi asuhan pelayanan resusitasi harus melaksanaka pelayanan sesuai dengan SPO /panduan yang berlaku

(6) Seluruh pegawai dan outsourcing RS dilatih untuk dapat melakukan bantuan hidup dasar

(7) Staf klinis dilatih untuk dapat melaksanakan Bantuan Hidup tingkat lanjut (ALS)

Bagian Keempat

Pelayanan Darah

Pasal 34

(1) Pelayanan Darah di RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah hanya berupa pemberian transfusi darah kepada pasien

(2) Penyediaan darah dilaksanakan oleh petugas RS ke PMI kota Semarang

(3) Perawat dan dokter yang memberikan transfusi darah dilatih cara transfusi sesuai SPO

(4) Dalam Pemberian Informed Consent, DPJP harus memberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat, risiko dan komplikasi pemberian darah dan produk darah kepada pasien atau keluarga dalam bentuk informed Consent sebelum dilakukan pemberian darah / produk darah

(5) Pasien/keluarga pasien harus menandatangi informed consent

(6) Permintaan Darah di RSJD Dr Amino Gondohutomo Provinsi Jawa Tengah oleh Dokter

(7) Petugas RS harus melakukan Identifikasi Pasien Pada Saat Pemberian Darah

(8) Pemberian Darah berdasarkan instruksi DPJP

(9) Perawat dan dokter jaga melakukan monitoring pasien selama dilakukan transfusi dengan lembar monitoring reaksi transfusi.

(10) Dokter, Perawat dan Petugas harus mengidentifikan reaksi transfusi

(11) Reaksi transfusi dilaporkan kepada Tim Keselamatan Pasien RS

Bagian Kelima

Pelayanan Pasien Koma yang Menggunakan Ventilator

Pasal 35

(1) Pelayanan pasien koma di RSJD dengan menggunakan ventilator diatur sesuai dengan prosedur yang berlaku;

(2) Pada kondisi dimana alat bantu ventilator telah terpakai seluruhnya, maka pasien yang membutuhkan alat bantu ventilator akan dirujuk sesuai prosedur pada kondisi stabil.

Bagian Keenam

Pelayanan Pasien Penyakit Menular dan Penurunan Daya tahan (Immuno Suppressed)

Pasal 36

(1) Pelaksanaan pelayanan pasien dengan risiko penyakit menular dan penurunan daya tahan (Immuno Suppressed) dan *Immuno Compromised* dirawat di ruang yudistira

(2) Pelaksanaan pelayanan pasien dengan risiko penyakit menular melalui udara (Airbone) dirawat diruang isolasi ongkowijoyo

(3) Kondisi dimana ruang yudistira dan ongkowijoyo penuh maka pasien diisolasi secara *Cohorting* (dipisahkan dari pasien lain diruang rawat asalnya)

(4) Perencanaan : Pasien dengan risiko penyakit menular dan penurunan daya tahan tubuh dirawat di ruang isolasi

(5) Dokumentasi : Catatan dilembar CPPT

(6) Informed Consent : Informed consent dilakukan pada setiap pasien rawat inap

(7) Persyaratan pemantauan pasien :

a. Petugas melakukan cuci tangan dan menggunakan APD

b. Pengunjung yang berisiko (sedang dalam penurunan daya tahan tubuh) tidak diperkenankan mengunjungi pasien

(8) Kompetensi staf : Perawat dilatih melakukan askep sesuai standar asuhan keperawatan

(9) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Perawatan pasien di ruang isolasi

Bagian Ketujuh

Pelayanan Restrain

Pasal 37

(1) Perencanaan :
   a. Pelayanan pasien dengan restrain harus atas perintah dokter
   b. Perawat melakukan Monitoring Restrain harus untuk mencegah kejadian yang tidak diharapkan
(2) Dokumentasi Tim / Pelayanan Terpadu : Pelayanan restrain atas perintah tertulis DPJP/dokter jaga dan dilaksanakan oleh perawat
(3) Informed Consent : Pelayanan restrain harus meminta persetujuan pasien / keluarga dengan Informed Consent
(4) Persyaratan pemantauan pasien : Penggunaan Alat Restrain harus aman dan tidak melukai pasien
(5) Kompetensi / ketrampilan staf :
   a. Perawat mampu melaksanakan restrain yang benar sesuai standar asuhan keperawatan
   b. Perawat monitoring restrain
(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Pasien yang dilakukan restrain dibantu pengawasannya dengan CCTV.

Bagian Kedelapan

Pelayanan Pasien Risiko Kekerasan Pada Geriatri

Pasal 38

(1) Perencanaan : Untuk mengurangi risiko kekerasan yang terjadi pada geriatri maka ruang rawat inap dan rawat jalan geriatri terpisah dari ruang rawat inap dan rawat jalan dewasa.
(2) Dokumentasi Tim / Pelayanan Terpadu : Direktur Membuat Tim Pelayanan Geriatri Terpadu
(3) Informed Consent
(4) Persyaratan pemantauan pasien : Pemantauan risiko kekerasan pada pasien geriatri dengan CCTV
(5) Kompetensi / ketrampilan staf : Staf dilatih untuk pelayanan geriatri terpadu
(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Untuk mengurangi risiko kekerasan pada geriatri maka perawatan pasien dengaan kondisi ini harus ditempatkan di kamar pasien dekat *Nurse Station* atau ; kamar pasien dengan Pengawasan CCTV yag dapat diakses oleh petugas keamanan.

Bagian Kesembilan

Pelayanan pasien Risiko Kekerasan pada anak Remaja

Pasal 39

(1) Perencanaan : Untuk mengurangi risiko kekerasan yang terjadi pada anak remaja maka ruang rawat inap dan rawat jalan anak remaja terpisah dari ruang rawat inap dan rawat jalan dewasa.
(2) Dokumentasi Tim / Pelayanan Terpadu :Direktur membuat Tim pelayanan Terpadu anak dan remaja untuk dapat melayani anak anak yang mengalami kekerasan fisik di rumah atau dirumah sakit
(3) Informed Consent : Informed consent diperlukan setiap kali rawat inap
(4) Persyaratan pemantauan pasien : Pemantauan risiko kekerasan pada pasien anak remaja dengan CCTV
(5) Kompetensi / ketrampilan staf : Staf dilatih untuk pelayanan anak dan remaja terpadu
(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Untuk mengurangi risiko kekerasan pada anak remaja maka perawatan pasien dengaan kondisi ini harus ditempatkan di kamar pasien dekat *Nurse Station* atau; kamar pasien dengan Pengawasan CCTV yang dapat diakses oleh petugas keamanan .

Bagian Kesepuluh

Pelayanan pasien Risiko Kekerasan pada Handicaps

Pasal 40

(1) Perencanaan : Untuk mengurangi risiko kekerasan yang terjadi pada pasien dengan Handicaps (bisu , tuli, kecacatan fisik yang mengakibatkan keterlambatan atau keterbatasan gerak) maka ruang rawat inap pasien dengan Handicaps tersendiri dari ruang rawat inap, sesuai dengan kelas dan golongan umurnya di ruang tersendiri.
(2) Dokumentasi Tim : Dokumentasi dalam rekam medik rencana pelayanan
(3) Informed Consent : Informed consent diperlukan setiap kali rawat inap
(4) Persyaratan pemantauan pasien: Pemantauan risiko kekerasan pada pasien dengan handicaps dengan CCTV
(5) Kompetensi / keterampilan staf : Staf dilatih dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan handicaps
(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Untuk mengurangi risiko kekerasan pada pasien dengan handicaps maka perawatan pasien dengaan kondisi ini harus ditempatkan di kamar pasien dekat *Nurse Station* atau; kamar pasien dengan Pengawasan CCTV yag dapat diakses oleh petugas keamanan .

Bagian Kesebelas

Pelayanan Pasien dengan Risiko Kekerasan Fisik

Pasal 41

(1) Perencanaan : Pasien berisiko kekerasan / beresiko mencederai pasien lain dinilai dengan PANSS-EC, bila nilai PANSS-EC lebih dari atau sama dengan 20 maka dirawat diruang UPIP. Bila PANSS-EC kurang dari 20 maka pasien dirawat di ruang akut.
(2) Dokumentasi : Dokumentasi dengan asesemen kekerasan fisik sesuai dengan formulir PANSS-EC. Penilaian PANSS-EC oleh dokter jaga/DPJP. Monitoring kekerasan fisik dilakukan oleh perawat dengan lembar monitoring kekerasan fisik.
(3) Informed Consent :
    a. Informed consent dilakukan pada setiap pasien rawat inap
    b. Informed consent dilakukan pada setiap pasien yang akan dilakukan restrain
    c. Informed consent dilakukan pada setiap pasien akan dilakukan tindakan ECT
(4) Persyaratan pemantauan pasien :
    a. monitoring risiko kekerasan dengan monitoring kekerasan fisik
    b. penilaian ulang PANSS-EC dilakukan setelah perubahan level kategori pada monitoring kekerasan fisik.
    c. monitoring restrain dengan lembar monitoring restrain
(5) Kompetensi / ketrampilan staf : Perawat dilatih melakukan askep sesuai standar asuhan keperawatan jiwa
(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : perawatan pasien dengan risiko kekerasan dengan pengawasan CCTV.

Bagian Keduabelas

Pelayanan Pasien Dengan Risiko Lari

Pasal 42

(1) Perencanaan :
    a. Pasien gangguan jiwa dengan risiko lari dilakukan perencanaan asuhan keperawatan pasien risiko lari
    b. DPJP berkolaborasi dengan perawat untuk mencegah pasien gangguan jiwa lari selama perawatan
(2) Dokumentasi : Dokumentasi dengan lembar asesmen pasien resiko lari
(3) Informed Consent :
    a. Informed consent dilakukan pada setiap pasien rawat inap
    b. Informed consent dilakukan pada setiap pasien yang akan dilakukan restrain
    c. Informed consent dilakukan pada setiap pasien akan dilakukan tindakan ECT
(4) Persyaratan pemantauan pasien :
    a. monitoring risiko pasien lari dengan asesmen pasien lari
    b. monitoring restrain dengan lembar monitoring restrain

(5) Kompetensi / ketrampilan staf : Perawat dilatih melakukan askep sesuai standar asuhan keperawatan jiwa

(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Perawatan pasien dengan risiko kekerasan dengan pengawasan CCTV.

Bagian Ketigabelas

Pelayanan Pasien dengan Risiko Bunuh Diri

Pasal 43

(1) Perencanaan Asuhan Pasien dilaksanakan sebaai berikut :
   a. Assesmen dilakukan oleh dokter jaga IGD / ruangan / DPJP
   b. Pasien dengan risiko tinggi dan sedang harus di rawat di UPIP
   c. Pelayanan pasien dengan risiko bunuh diri sesuai dengan panduan pelayanan risiko bunuh diri.

(2) Dokumentasi : Dokumentasi pasien dengan risiko bunuh diri sesuai dengan Dokumen RM asses bunuh diri.

(3) Informed Consent dilaksanakan sebagai berikut :
   a. Informed consent dilakukan pada setiap pasien rawat inap
   b. Informed consent dilakukan pada setiap pasien yang akan dilakukan restrain
   c. Informed consent dilakukan pada setiap pasien akan dilakukan tindakan ECT

(4) Pemantauan pasien, Risiko kejadian bunuh diri dapat diminimalisir dengan :
   a. Asesmen dan monitoring kondisi pasien dengan menggunakan asesmen risiko bunuh diri dan monitoring bunuh diri.
   b. Edukasi kepada keluarga untuk tidak membawa barang barang yang dapat menyebabkan pasien bunuh diri seperti senjata tajam, selendang dan peralatan lain yang berisiko digunakan sebagai alat bunuh diri.
   c. Pengamanan barang barang / cairan berbahaya dari lingkungan pasien
   d. Terapi yang adekuat

(5) Kompetensi / ketrampilan staf :
   a. Staf harus dapat melakukan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak membawa barang-barang yang dapat menyebabkan pasien bunuh diri.
   b. Staf dilatih untuk dapat melakukan asesmen dan monitoring risiko bunuh diri.
   c. Staf wajib mengamankan barang-barang yang berbahaya dari lingkungan pasien.

(6) Ketersediaan penggunaan peralatan khusus : Pasien dengan risiko bunuh diri di UPIP dipantau dengan CCTV.

(7) Apabila terjadi kejadian sentinel bunuh diri maka :
   a. Perawat/Dokter jaga/DPJP melaporkan insiden keselamatan pasien kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
   b. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit melaporkan kepada Direktur dalam waktu 1x24 jam.

c. Direktur melaporkan kejadian sentinel bunuh diri kepada Gubernur Jawa Tengah melalui Biro Hukum.

Bagian Keempatbelas

Pasien melarikan Diri Dari Rumah Sakit

Pasal 44

(1) Rumah sakit melakukan identifikasi pasien yang menderita penyakit yang membahayakan dirinya sendiri atau lingkungan dalam asesmen awal keperawatan
(2) Pada kejadian pasien rawat inap melarikan diri dari RS, RS akan membuat laporan kepada pihak kepolisian yang meliputi identitas pasien, ciri-ciri khusus dan kondisi medis saat melarikan diri
(3) Rumah sakit memberitahu keluarga pasien melalui telepon
(4) Untuk pasien rawat jalan jiwa, IGD yang melarikan diri, perawat poliklinik/ IGD menghubungi petugas keamanan untuk membawa kembali pasien ke poliklinik/ IGD
(5) Kondisi pasien yang melarikan diri dari RS dicatat dalam rekam medis
(6) Petugas ruangan melaporkan kejadian pasien lari kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) dalam waktu 1 x 24 Jam.

BAB XIX

MANAJEMEN NUTRISI

Pasal 45

(1) Rumah sakit menyediakan berbagai pilihan makanan sesuai dengan status gizi pasien dan konsisten dengan asuhan klinisnya.
(2) Pasien berhak menentukan makanan sesuai dengan nilai yang dianut. Bila memungkinkan pasien ditawarkan makanan yang konsisten dengan status gizi.
(3) Jika keluarga pasien atau ada orang lain membawa makanan untuk pasien, mereka diberi edukasi tentang pembatasan diet pasien dan risiko kontaminasi.
(4) Kebutuhan nutrisi pasien dicatat dalam rekam medis sesuai status gizi dan kebutuhan dietnya.
(5) Pemesanan makanan pasien sesuai dengan status gizi dan kebutuhan pasien dalam formulir permintaan diet.
(6) Penyiapan dan penyimpanan makanan dengan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
(7) Distribusi makanan diatur tepat waktu sesuai SPO Distribusi Makanan.
(8) Pasien dengan risiko nutrisi mendapat terapi nutrisi terintegrasi dengan melibatkan DPJP, *case manager*, perawat, nutrisionis, keluarga pasien dan dicatat dalam dokumen rekam medis.

(9) Asuhan gizi terintegrasi mencakup rencana, pemberian dan monitor terapi gizi, dilaksanakan evaluasi dan monitoring asuhan gizi oleh nutrisionis, dicatat dalam rekam medis pasien.

BAB XX
PENGELOLAAN NYERI
Pasal 46

(1) Pasien diidentifikasi untuk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang.
(2) Pasien nyeri menerima pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan kebutuhan.
(3) Pasien dan keluarga diedukasi tentang pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama, budaya, nilai-nilai pasien dan keluarga.
(4) Pasien dan keluarga diedukasi tentang kemungkinan nyeri akibat tindakan yang terencana, prosedur pemeriksaan dan pilihan yang tersedia untuk mengatasi nyeri.
(5) Rumah Sakit menetapkan Tim Manajemen Nyeri
(6) Staf dilatih untuk pelayanan mengatasi nyeri.

BAB XXI
PELAYANAN PASIEN TAHAP TERMINAL DAN AKHIR KEHIDUPAN
Pasal 47

(1) Kondisi tahap terminal adalah suatu kondisi yang disebabkan oleh cedera atau penyakit dimana terjadi kerusakan organ multiple yang dengan pengetahuan dan tehnologi kesehatan terkini tak mungkin lagi dapat dilakukan perbaikan sehingga akan menyebabkan kematian dalam rentang waktu yang singkat.
(2) Pasien tahap terminal adalah pasien dengan kondisi terminal yang makin lama makin memburuk
(3) Pasien akhir kehidupan adalah kondisi pasien dengan kegagalan fungsi organ yang terjadi akibat komplikasi akut penyakitnya atau akibat sekuele dari regimen terapi yang diberikan
(4) Pada pasien tahap terminal dilakukan asesmen dan aesmen ulang dengan menilai kondisi seperti :
    a. Gejala muntah dan kesulitan pernafasan
    b. Faktor yang memperparah gejala fisik
    c. Manajemen gejala sekarang dan respon pasien
    d. Orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu
    e. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarganya seperti putus asa, penderitaan, rasa bersalah

f. Status psikososial pasien dan keluarga seperti kekerabatan, kelayakan perumahan, pemeliharaan lingkungan, cara mengatasi serta reaksi pasien dan keluarganya menghadapi penyakit.
g. Kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya (*Respite Services*).
h. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan.
i. Faktor resiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.

(5) Skrining dilakukan pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup yang kecil.

(6) Asuhan pasien dengan memperhatikan rasa nyeri pasien.

(7) Rumah Sakit menetapkan proses untuk mengelola asuhan pasien dalam tahap terminal, meliputi :
a. Intervensi pasien untuk mengatasi nyeri
b. Pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga
c. Permasalahan sensitif (autopsi/donasi organ) disampaikan secara hati-hati
d. Menghormati nilai, agama serta budaya pasien dan keluarga
e. Mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan
f. Memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual serta budaya pasien dan keluarga

(8) Staf diedukasi kebutuhan unik pasien dalam akhir kehidupan.

(9) Hasil asesmen menentukan asuhan dan pelayanan yang diberikan pada pasien.

(10) Pasien dan keluarga dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan *Do Not Resuscitate*/DNR.

(11) Asesmen ulang akhir kehidupan dilakukan pada setiap perubahan kondisi pasien.

(12) Pasien Mati Batang Otak ditetapkan oleh minimal 3 dokter spesialis (anestesi, neurologi / penyakit dalam, Dokter spesialis Penanggungjawab Pelayanan). Permohonan penetapan mati batang otak diajukan oleh DPJP.

(13) Asesmen akhir kehidupan didokumentasikan dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dengan sistem S-O-A-P dan diformulir rekam medis akhir kehidupan.

BAB XXII
PELAYANAN KEFARMASIAN DAN PENGGUNAAN OBAT
Pasal 48

(1) Rumah Sakit menetapkan regulasi pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat sesuai peraturan perundang-undangan.

(2) Rumah Sakit menetapkan Formularium Obat yang mengacu pada peraturan perundang-undangan.
(3) Rumah Sakit melaksanakan proses pengadaan obat, Alat Kesehatan dan Bahan Habis Pakai (BHP) yg aman, bermutu, bermanfaat dan berkhasiat sesuai dengan peraturan perundang-undangan.
(4) Rumah Sakit menetapkan proses pengadaan, penyimpanan, pengawasan dan pendistribusian sesuai peraturan perundang-undangan.
(5) Pengelolaan sediaan farmasi, alkes, dan bahan medis habis pakai (BMHP) menggunakan sistem manajemen satu pintu, yaitu instalasi farmasi bertanggungjawab terhadap sediaan farmasi, alkes, dan BMHP yang beredar di lingkungan RSJD Dr. Amino Gondohutomo.
(6) Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai meliputi: pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pemusnahan dan penarikan, pengendalian dan administrasi.
(7) Pelayanan farmasi klinik meliputi pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, pelayanan informasi obat (PIO), konseling, *visite*, pemantauan terapi obat (PTO), monitoring efek samping obat (MESO), evaluasi penggunaan obat (EPO), dan dispensing sediaan steril.
(8) Formularium Rumah Sakit disusun mengacu kepada Formularium Nasional.
(9) Formularium Rumah Sakit disusun berdasarkan usulan dari masing-masing kelompok staf medis fungsional yang diputuskan dalam rapat panitia farmasi dan terapi. Revisi dilakukan sekurang-kurangnya selama 1 tahun.
(10) Pelayanan sediaan farmasi, alkes, dan BMHP sesuai kebutuhan kondisi pasien berdasarkan permintaan dokter yang ditulis dalam lembar resep sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku.
(11) Dokter yang berhak menulis resep ditetapkan oleh rumah sakit sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku
(12) Informasi spesifik untuk telaah resep sekurang-kurangnya terdapat identitas pasien yang tercetak dan ditempel pada lembar,berat badan, tinggi badan serta informasi alergi obat serta catatan profil pengobatan untuk pasien rawat inap.
(13) Jika terdapat hal yang harus dikonfirmasi berkaitan dengan telaah resep mengenai kelengkapan resep, resep tidak terbaca, interaksi obat dan hal lainnya petugas farmasi menghubungi penulis resep untuk mendapatkan solusi.
(14) Polifarmasi adalah Jika dalam satu lembar resep terdiri lebih dari 7 obat.
(15) Peresepan obat sitostatika hanya dilakukan oleh dokter spesialis onkologi atau Tim Onkologi dan penyiapan obat sitostatika (*handling cytotocic*) dilakukan oleh tenaga kefarmasian yang telah terlatih.
(16) Peresepan ketorolak lebih dari 5 (lima) hari secera otomatis tidak dilanjutkan (instalasi farmasi tidak melayani).

(17) Distribusi sediaan farmasi, alkes dan BMHP untuk pasien rawat jalan dengan sistem resep perseorangan dan untuk pasien rawat inap dengan sistem unit dosis tunggal yang disiapkan untuk pemakaian satu hari.

(18) Pemberian Obat Sebelum obat diserahkan pada pasien dilakukan pemeriksaan akhir dengan menggunakan prinsip 5 benar.

(19) Jadwal Pemberian Obat Per Oral

	Waktu Pemberian Obat (JAM ; WIB)				
Pagi(1x1)	06-07				
Malam (1x1)	22-23				
2x1	06-07	18-19			
3x1	06-07	14-15	22-23		
4x1	08-09	14-15	20-21	02-03	
5x1	06-07	10-11	14-15	20-21	23-24

(20) Jadwal Pemberian Obat Perinjeksi

Aturan Pakai	Waktu Pemberian Obat (JAM ; WIB)				
Pagi (1x1)	08-09				
Malam (1x1)	20-21				
2x1	08-09	20-21			
3x1	08-09	16-17	24-01		
4x1	06-07	12-13	18-16	24-01	23-24

(21) Pengelolaan Gas Medis menjadi tanggungjawab Instalasi Farmasi yang didelegasikan kepada Instalasi Pengelolaan Sarana dan Prasarana Rumah Sakit yang diketahui Direktur Rumah Sakit.

(22) Elektrolit konsentrat tinggi disimpan di gudang dan depo farmasi serta di unit pelayanan yang membutuhkan secara klinis dan penyiapan serta pemberian dilakukan dengan *double check* (pengecekan ganda).

(23) Obat emergensi dan/ alat kesehatan emergensi harus selalu tersedia dan terkuci, pengawasan dilakukan secara kolaboratif antara penanggung jawab ruang dan Instalasi Farmasi.

(24) Temuan Reaksi Obat Tidak Diharapakan (ROTD) dilakukan managemen efek samping oleh tim MESO rumah sakit, Obat yang diprioritaskan untuk dipantau efek sampingnya adalah obat baru/obat yang baru masuk formularium rumah sakit atau obat yang terbukti dalam literatur menimbulkan efek samping serius.

(25) Rumah sakit tidak menggunakan obat sampel, alat kesehatan dan alat kedokteran yang masih uji coba.

(26) Setiap insiden Keselamatn pasien dilaporkan ke Komite Mutu, Keselamatan dan Kinerja Rumah Sakit.

BAB XXIII

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI)

Pasal 49

(1) Rumah Sakit membentuk komite pencegahan dan pengendalian infeksi sesuai peraturan perundang-undangan.
(2) Pembentukan Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi ditetapkan dengan Keputusan Direktur.
(3) Komite PPI mencegah, mengidentifikasi, memonitor, mengevaluasi, mengendalikan dan menurunkan resiko infeksi didalam Rumah Sakit.

BAB XXIV

SARANA PERALATAN PELAYANAN PASIEN

Pasal 50

(1) Rumah Sakit menetapkan regulasi yang mengatur tentang uji fungsi, inspeksi, pemeliharaan, kalibrasi secara tetap atau regular terhadap semua peralatan yang digunakan dalam pelayanan pasien
(2) Peralatan yang mengalami kegagalan fungsi dilakukan proses penarikan (recall).

BAB XXV

SARANA TRANSPORTASI

Pasal 51

(1) Transportasi dalam proses merujuk, memindahkan, atau pemulangan, untuk memenuhi kebutuhan pasien rawat inap dan rawat jalan diatur oleh Rumah Sakit.
(2) Transportasi milik rumah sakit harus sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian dan pemeliharaan/ perawatan kendaraan
(3) Semua kendaraaan yang dipergunakan untuk transportasi dilengkapi dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medikamentosa sesuai dengan kebutuhan pasien
(4) Assesmen kebutuhan transportasi dan peralatan kesehatan sesuai dengan kondisi pasien, diketahui dan ditanda tangani pasien / keluarga
(5) Transportasi harus memenuhi persyaratan pengendalian dan pencegahan infeksi.
(6) Bila alat transportasi yang digunakan terkontaminasi cairan tubuh pasien atau pasien dengan penyakit menular harus dilakukan proses dekontaminasi
(7) Mekanisme penanganan keluhan proses transportasi dalam rujukan dilakukan melalui sarana complain yang disediakan rumah sakit.
(8) Rumah sakit tidak menjalin kerja sama dengan pihak ketiga untuk penyediaan alat transportasi pasien.

BAB XXVI

PENGELOLAAN LIMBAH RUMAH SAKIT

Pasal 52

(1) Rumah Sakit menyelenggarakan pengelolaan limbah dengan benar untuk meminimalkan resiko kontaminasi.

(2) Pengelolaan limbah meliputi : perencanaan, penanganan, monitoring dan evaluasi dilakukan oleh unit terkait.

BAB XXVII

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 53

Peraturan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang

Pada tanggal 03 Februari 2022

DIREKTUR RSJD Dr. AMINO GONDOHUTOMO

PROVINSI JAWA TENGAH



ALEK JUSRAN