

PEDOMAN PELAYANAN **INSTALASI RAWAT INAP**



PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
Jalan Cenek I No 1 RT 05 RW 03, Jakarta Selatan
Telp. 021- 7356087 Fax. 021 7356085
Email: rsudpesanggrahan@jakarta.go.id

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN

- A. LATAR BELAKANG
- B. TUJUAN
- C. RUANG LINGKUP PELAYANAN
- D. BATASAN OPERASIONAL

BAB II STANDAR KETENAGAAN

- A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA
- B. DISTRIBUSI KETENAGAAN
- C. PENGATURAN JAGA

BAB III STANDAR FASILITAS

- A. DENAH RUANGAN
- B. STANDAR FASILITAS

BAB IV TATA LAKSANA PELAYANAN

BAB V LOGISTIK

BAB VI KESELAMATAN PASIEN

BAB VII KESELAMATAN KERJA

BAB VIII PENGENDALIAN MUTU

BAB IX PENUTUP

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Pelayanan rumah sakit merupakan pelayanan yang dapat langsung dirasakan oleh masyarakat dalam menjalankan fungsinya rumah sakit diharapkan senantiasa memperhatikan fungsi sosial dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat. Pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada masyarakat sesuai dengan kebutuhan pasien dan bertujuan untuk meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang optimal dan meliputi upaya penyembuhan, pemulihan kesehatan, meringankan penderitaan pasien, asuhan keperawatan dan tindakan pencegahan. Keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh factor yang diantaranya paling dominan adalah sumber daya manusia. Pada saat ini penyelenggaraan rumah sakit berkembang sebagai sebuah industry padat karya, padat modal dan padat teknologi yang disebutkan demikian karena rumah sakit memanfaatkan sumber daya manusia (SDM) dalam jumlah yang besar dan beragam kualifikasi. Demikian pula jumlah dana yang digunakan untuk melaksanakan berbagai jenis pelayanan, termasuk pendapatan rumah sakit. rumah sakit juga memanfaatkan berbagai jenis teknologi kedokteran yang mutakhir untuk meningkatkan mutu pelayanan. Produk umum industry Kesehatan adalah jasa pelayanan Kesehatan medis dan keperawatan. Pelayanan rawat inap merupakan salah satu pelayanan yang menjadi perhatian utama rumah sakit seluruh dunia, karena jumlah pasien rawat inap yang sangat besar, sehingga pasien rawat inap merupakan sumber pendapatan yang besar dan diprediksikan akan mengalami peningkatan terus dimasa mendatang yang dapat meningkatkan finansial rumah sakit. Instalasi rawat inap memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebijakan dari Direktur yang diimplementasikan dalam standar standar pengelolaan rumah sakit yang diakui oleh standar akreditasi.

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Tujuan pedoman pelayanan ini adalah sebagai acuan dalam pelaksanaan pelayanan di Instalasi Rawat Inap agar dapat senantiasa meningkatkan kemampuan dan mutu pelayanan yang sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan teknologi Kesehatan yang terbaru

2. Tujuan Umum

- a. Terselenggaranya pelayanan rawat inap yang tepat guna secara paripurna dan bermutu yang mengacu pada pelayanan rawat inap yang tepat guna secara paripurna dan bermutu yang mengacupada pelayanan rawat inap yang mutakhir dengan SDM yang professional/kompeten serta efektif dan efisien sehingga terjangkau oleh semua lapisan masyarakat pengguna jasa pelayanan rawat inap yang berorientasi pada kepuasan pelanggan.
- b. Terselenggaranya proses pendidikan, penelitian dan pengembangan ilmu kedokteran klinis dan ilmu keperawatan dalam upaya meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat.
- c. Terwujudnya kesejahteraan staf di Instalasi Rawat Inap dengan penyelenggaraan jenis pelayanan baru serta mengelola SDM (Sumber Daya Manusia) secara professional, transparan, efektif dan efisien.
- d. Terciptanya lingkungan kerja serta kegiatan pelayanan rawat inap yang mengacu pada program Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) dan berorientasi pada keamanan, kenyamanan dan kepuasan pasien.
- e. Terfasilitasinya penyelenggaraan pelatihan dalam bidang medis dan keperawatan sesuai dengan kemajuan teknologi terkait pelayanan rawat inap yang memiliki sarana, prasarana dan peralatan yang mutakhir dengan mengedepankan keselamatan pasien.
- f. Terwujudnya pimpinan yang demokratis dan akuntabel, melalui penyelenggaraan organisasi dan manajemen yang efektif dan efisien.

C. RUANG LINGKUP

1. Standar Ketenagaan (Sumber Daya Manusia)
2. Struktur Organisasi dan tata kerja
3. Tata laksana pelayanan
4. Standar Fasilitas Pelayanan
5. Monitoring dan Evaluasi Penyelenggaraan Pelayanan

D. BATASAN OPERASIONAL

Pelayanan sesuai standar profesi, standar pelayanan rumah sakit dan standar prosedur operasional.

BAB II STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA

Jenis ketenagaan di Instalasi Rawat Inap

a. Pelayanan Medis : Dokter Umum dan Dokter Spesialis

Nama Jabatan	Pendidikan	Sertifikat	Jumlah Kebutuhan
Dokter Ahli Muda	Profesi Dokter Umum	ATLS/ACLS EKG Resusitasi Neonatus	6
Dokter Spesialis	Pendidikan Dokter Spesialis		Sesuai bidang pelayanan (Penyakit Dalam, Bedah, Anak, Kebidanan dan Kandungan, THT, Mata, Syaraf, Anestesi)

b. Pelayanan Keperawatan : Kepala Ruangan, Kepala Tim, dan Perawat Pelaksana

Nama Jabatan	Pendidikan	Persyaratan Jabatan	Jumlah Kebutuhan
Kepala Ruangan	Profesi Ners	- BTCLS - PPI Dasar - Pengalaman di rawat inap lebih dari 3tahun - Manajemen Rawat Inap	
Kepala Tim	Minimal DIII Keperawatan	- BTCLS - PPI Dasar - Pengalaman di rawat inap lebih dari 2 tahun	

		- Manajemen Rawat Inap	
Perawat Pelaksana	Minimal DIII Keperawatan	- BTCLS - PPI Dasar - Pengalaman kerja minimal 2 tahun	

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

Nama Jabatan	Pendidikan	Pelatihan	Jumlah Kebutuhan
Dokter Ahli Muda	Profesi Dokter Umum	ATLS/ACLS EKG Resusitasi Neonatus	6
Dokter Spesialis	Pendidikan Dokter Spesialis		Sesuai bidang pelayanan (Penyakit Dalam, Bedah, Anak, Kebidanan dan Kandungan, THT, Mata, Syaraf, Anestesi)

Nama Jabatan	Pendidikan	Persyaratan Jabatan	Jumlah Kebutuhan
Kepala Ruangan	Profesi Ners	- BTCLS - PPI Dasar - Pengalaman di rawat inap lebih dari 3tahun - Manajemen Rawat Inap	
Kepala Tim	Minimal DIII Keperawatan	- BTCLS - PPI Dasar	

		- Pengalaman di rawat inap lebih dari 2 tahun - Manajemen Rawat Inap	
Perawat Pelaksana	Minimal DIII Keperawatan	- BTCLS - PPI Dasar - Pengalaman kerja minimal 2 tahun	

C. PENGATURAN JAGA

No	Jabatan	Fungsi	Jadwal Kerja
1	Koordinator Instalasi Rawat Inap	Manajerial	Senin – Kamis jam 07.30 – 16.00 Jumat jam 07.30-16.30
2	Penanggung Jawab Dokter Jaga Rawat Inap	Manajerial	Senin – Jum’at Jam 07.30 – 14.00 Sabtu Jam 07.30 – 13.00
3	Dokter Jaga Rawat Inap	Pelayanan Medis	Sesuai shift
4	Kepala Ruangan	Manajerial	Senin – Jum’at Jam 07.30 – 14.00 Sabtu Jam 07.30 – 13.00
5	Kepala Tim dan Pelaksana	Pelayanan keperawatan	Sesuai shift

BAB III STANDAR FASILITAS

1. Sarana (bangunan)
 - a. Terdiri dari 1 ruangan dan semuanya kelas III
 - b. Mempunyai fasilitas *hand hagiene*, yaitu 1 tempat cuci tangan untuk setiap tempat tidur dan 1 wastafel.
 - c. Lantai terbuat dari bahan yang mudah di cuci dan tidak menyerap air.
 - d. Plafon kuat dan rapat tidak rontok dan mudah dibersihkan.
 - e. Tersedia ruangan yang cukup untuk tempat penyimpanan baik untuk linen, alat medis, maupun cairan infus.
 - f. Tersedia ruang untuk pembesihan dan pembuangan.
 - g. Tersedia ruang tunggu untuk keluarga.
2. Perlengkapan Ruangan
 - a. Penerangan yang cukup, dilengkapi dengan lampu cadangan yang dapat segera menyala apabila aliran listrik padam.
 - b. Ac atau pendingin ruangan dengan suhu 20°C - 28°C
 - c. Seperangkat computer yang online
 - d. Alat komunikasi (telepon)
 - e. Meja untuk mencatat dokumentasi
 - f. Cctv
 - g. Thermometer ruangan
3. Perlengkapan medis
 - a. Oksigen portabel yang dilengkapi dengan humidifier
 - b. Alat untuk nebulizer
 - c. Hepa filter
 - d. Ekg
 - e. Alat hisap atau suction
 - f. Alat pengukur suhu, saturasi O₂, tensi meter
 - g. HFNC (High Flow Nasal Canul)
 - h. Alat pemasangan akses vena terdiri dari standar infuse, abocat, infuse set, tanfusi set, pediatric set, cairan infuse berbagai jenis, leukomet, alcohol swab, plester/hipafix, gunting, spalk.
 - i. Terdapat Trolley Emergency
4. Pemeliharaan, perbaikan dan kalibrasi peralatan

Instalasi Perawatan Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan mempunyai program pengadaan,

pemeliharaan, perbaikan, dan kalibrasi peralatan yang tergabung dalam program fasilitas peralatan kesehatan.

Program ini merupakan salah satu dari program kerja tahunan yang terencana untuk menunjang upaya pelayanan yang bermutu dan memuaskan bagi pelanggan.

Pelaksanaan program fasilitas peralatan kesehatan harus didukung faktor – faktor antara lain :

- a. Sumber daya manusia (teknisi terlatih)
- b. Peralatan kerja dan material bantu yang lain tersedia lengkap
- c. Dokumen teknis penyerta yang lengkap
- d. Suku cadang sesuai dengan kebutuhan alat
- e. Mekanisme kerja tersedia, dipahami dan dilaksanakan
- f. Prosedur tetap perbaikan peralatan tersedia, dipahami dan dilaksanakan
- g. Dana yang cukup untuk penambahan peralatan bila perlu.

Program ini sendiri mempunyai tujuan, antara lain :

1. Tujuan Umum :

Meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Rawat Inap, yang ditunjang dengan fasilitas yang memadai, dalam kondisi baik, siap pakai, aman bagi pasien dan petugas serta sesuai dengan standar yang berlaku.

2. Tujuan Khusus :

- a. Untuk mengetahui kebutuhan peralatan yang perlu disediakan untuk menunjang pelayanan kepada pasien.
- b. Untuk mengetahui kelayakan perawatan medis yang digunakan sehingga menjamin kualitas dari hasil pemeriksaan.
- c. Menjamin terpeliharanya peralatan medis, sehingga dapat difungsikan dalam waktu sesuai dengan ketentuannya.
- d. Menjamin hasil-hasil pengukuran sesuai dengan standar nasional maupun internasional.
- e. Memperpanjang masa pakai dari suatu peralatan.

3. Kegiatan Pokok

Membuat daftar inventaris peralatan yang ada di Instalasi Rawat Inap.

4. Bentuk Kegiatan

- a. Melakukan inventarisasi peralatan medis maupun non medis yang digunakan dalam menunjang kegiatan pelayanan perawatan.
 - b. Membuat daftar penggunaan peralatan setiap hari.
 - c. Kegiatan pemeliharaan secara rutin untuk semua peralatan medis yang dilakukan oleh petugas di rawat inap, termasuk pembersihan dan charging.
 - d. Mengikuti kegiatan penilaian uji fungsi pada peralatan yang baru maupun alat lama yang selesai diperbaiki.
 - e. Kegiatan pemeliharaan peralatan non medis di unit perawatan rawat inap dilakukan secara rutin oleh petugas pemeliharaan sarana rumah sakit.
 - f. Petugas rawat inap melaporkan bila ada gangguan fungsi peralatan ke petugas pemeliharaan untuk di cek, apakah ada kerusakan pada alat tertentu.
 - g. Berkoordinasi dengan petugas elektromedis untuk pelaksanaan kalibrasi secara berkala pada peralatan medis.
 - h. Membuat usulan pengadaan peralatan baru sesuai kebutuhan.
5. Sarana
- Semua peralatan medis dan non medis yang ada di Instalasi Rawat Inap
6. Jadwal Kegiatan
- a. Jadwal kegiatan pemeliharaan di rawat inap di rencanakan untuk masing – masing kegiatan, kebersihan peralatan dilaksanakan oleh perawat dan bidan Instalasi Rawat Inap.
 - b. Jadwal pemeliharaan dilaksanakan oleh petugas pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.
 - c. Kegiatan kalibrasi peralatan di unit rawat inap dilaksanakan sesuai dengan program kalibrasi masing – masing peralatan di rumah sakit.
7. Jadwal Pemeliharaan
- a. Peralatan yang memerlukan charging maupun tidak, dilakukan pemeliharaan dengan pembersihan setiap hari.
 - b. Semua peralatan yang memerlukan charging setiap kali pemakaian harus mendapat aliran listrik.
 - c. Peralatan lain yang tidak memerlukan charging dilakukan pengecekan rutin oleh petugas pemeliharaan sarana rumah sakit sesuai dengan jadwal yang ditentukan.

d. Kalibrasi dilakukan oleh petugas IPRS, sesuai dengan jadwal yang sudah ditentukan.

8. Jadwal Pengadaan

Berdasarkan hasil pengecekan harian maupun perkembangan jumlah pasien dan macam kasus yang ada, maka penggantian maupun penambahan peralatan dilakukan dengan mengajukan usulan setiap tahun.

9. Anggaran

Perhitungan anggaran berdasarkan rencana anggaran yang diajukan pada tahun tersebut, dengan skala prioritas. Biaya program pemeliharaan dan pengadaan peralatan unit rawat inap dibebankan kepada anggaran belanja rumah sakit yang diusulkan oleh instalasi penunjang non medik.

10. Penanggung Jawab

Penanggung jawab pelaksanaan program pemeliharaan dan pengadaan peralatan Instalasi Rawat Inap adalah Koordinator Instalasi Rawat Inap dengan dibantu petugas elektromedis.

11. Penyelenggara

Program pemeliharaan dan pengadaan peralatan Instalasi Rawat Inap dilaksanakan oleh tim pengadaan, dibantu tim elektromedis, dibantu oleh anggota tim yang lain dan sepengetahuan Koordinator Instalasi Rawat Inap.

12. Pencatatan dan Pelaporan

- a. Pencatatan dilakukan setiap kali melakukan kegiatan perbaikan peralatan, baik oleh petugas pemeliharaan sarana rumah sakit, maupun teknisi dari perusahaan tersebut.
- b. Pencatatan dilakukan pada saat membuat daftar peralatan tertentu yang memerlukan kalibrasi.
- c. Pencatatan hasil kegiatan kalibrasi peralatan dilakukan setiap kali setelah melakukan kalibrasi terhadap setiap jenis alat medis.
- d. Pelaporan dilakukan bila ada peralatan yang rusak, dan membutuhkan perbaikan atau penggantian suku cadang, kepada kepala sub bagian pemeliharaan sarana, sepengetahuan kepala unit rawat inap dan wadir keuangan dan administrasi.

13. Monitoring dan Evaluasi

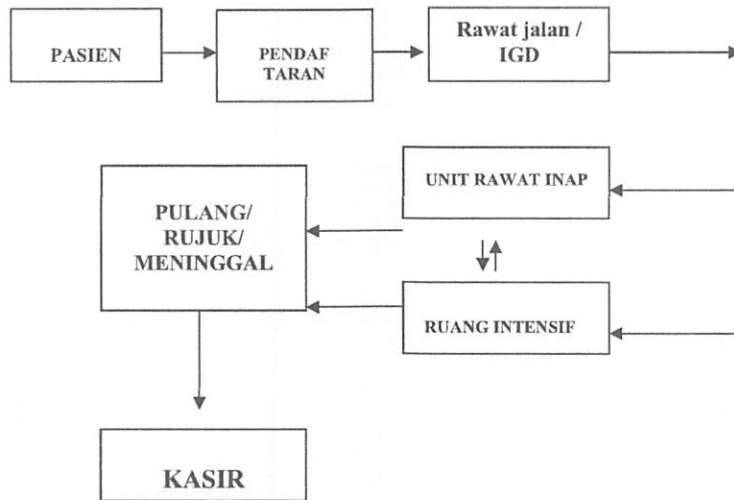
Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh kepala ruangan dan dilaporkan kepada Koordinator Instalasi Rawat Inap untuk ditindak lanjuti.

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk masing – masing kegiatan:

- a. Inventaris atau menghitung jumlah masing – masing peralatan yang digunakan dalam pelayanan .
- b. Evaluasi dari jumlah dan jenis peralatan yang rusak, sehingga dapat diperkirakan masa keausan masing – masing peralatan.
- c. Evaluasi dari anggaran tahun lalu, sebagai pertimbangan untuk tahun berikutnya.

BAB III
TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Alur Pelayanan Rawat Inap



B. Pasien Masuk Rawat Inap Dewasa Dan Anak

Jika pasien yang memenuhi kriteria masuk jumlahnya cukup banyak sedangkan kepastian ruang perawatan rawat inap terbatas, maka harus ditentukan prioritas pasien masuk berdasarkan beratnya penyakit dan prognosisnya. Penilaian objektif hendaknya digunakan untuk menentukan prioritas masuk unit rawat inap.

Kriteria pasien yang dirawat di ruang rawat inap anak adalah sesuai dengan batasan usia sesuai Permenkes Nomor 25 Tahun 2014 yaitu seseorang yang sampai berusia 18 tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan.

C. Ruang Isolasi Covid

Ruang rawat inap isolasi (tekanan negatif/natural air flow). Area ini menerima pasien dari IGD dengan gejala COVID-19. Area ini dipisahkan dengan area non COVID-19 menggunakan pembatas dinding permanen. Terdapat ruang *Ante Room* dan area *doffing* guna melepas APD petugas setelah melakukan tindakan ke pasien.

Pemberian obat, makanan dan pemeriksaan lab dilakukan oleh petugas yang berjaga di ruangan isolasi covid. Pengantar/pengunjung pasien tidak diperkenankan memasuki

area ini. Terdapat CCTV pada setiap area bangsal yang dapat dipantau oleh petugas jaga selama 24 jam.

D. Tata Laksana Pelayanan Pasien

Setiap pasien yang masuk ke rawat inap harus dilakukan general consent, serta mendapatkan edukasi tentang tata tertib rawat inap saat di bagian pendaftaran. Pasien ditempatkan sesuai dengan indikasi : jenis kelamin, usia dan jenis penyakitnya.

Petugas rawat inap memastikan proses pelayanan pasien berjalan sesuai dengan regulasi yang ditetapkan di RS. Pada penerimaan pasien sesuai SPO : Pasien datang dengan perawat pengantar, perawat rawat inap cuci tangan, sambut pasien, ucapkan salam, perkenalan diri, antar dan bantu hingga pasien menempati tempat tidurnya dengan nyaman. Perawat atau bidan unit rawat inap harus siap setiap saat bila ada pasien baru, ruangan, tempat tidur harus selalu dalam kondisi siap pakai. Peralatan ini disesuaikan dengan kondisi pasien yang akan diterima.. Semua peralatan harus di cek, di charger dan di kalibrasi sesuai jadwal dalam program fasilitas. Perawat memberikan edukasi terhadap fasilitas dan pelayanan yang diterima di RS : penggunaan alat alat medis dan non medis, jadwal visite dokter, rencana pemeriksaan, rencana tindakan, rencana tatalaksana maupun rujukan jika diperlukan, serta penundaan pelayanan apabila terjadi selama episode perawatan.

Monitoring pasien instalasi perawatan rawat inap dilakukan setiap waktu. Dokter dan perawat ruangan bertugas sesuai shift 24 jam. Dokter dan perawat melaksanakan assesment medis dan keperawatan sesuai regulasi pengkajian pasien, berupa pengkajian awal dan pengkajian ulang.

Pelayanan rawat inap mengutamakan mutu dan keselamatan pasien, dengan menerapkan 6 standar keselamatan pasien sesuai standar akreditasi RS.

E. Unit Penunjang

Dalam pelayanan Instalasi Perawatan rawat inap didukung oleh :

- a) Instalasi Farmasi 24 jam
- b) Unit Radiologi 24 jam
- c) Unit Laboratorium 24 jam

F. Tata Laksana Prosedur Medik

Tindakan medik di rawat inap dilaksanakan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO), antara lain :

1. Nebulizer
2. Suction
3. Pemasangan kanul O₂
4. Pemberian terapi dengan infus pump
5. Pemberian terapi dengan syringe pump
6. Transfusi darah
7. Pemasangan kateter urin
8. Pemasangan NGT
9. Pemasangan infus
10. Persiapan pemeriksaan urin
11. Perawatan luka
12. Perawatan vulva hygiene

Tata Laksana Fisioterapi

1. Pengertian

Fisioterapi adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang terpadu dengan pendekatan medis, psiko social, edukasional, fokasiional, untuk kemampuan fungsional semaksimal mungkin.

2. Tujuan

Untuk mempertahankan atau meningkatkan kualitas hidup masyarakat dalam hal ini pasien, dengan cara mengurangi *imperment*/kelainan, *disability*/ketidakmampuan serta dampaknya melalui peningkatan fungsi semaksimal mungkin sehingga dapat melakukan fungsinya di masyarakat.

3. Pelaksanaan

Pelaksanaan kegiatan pelayanan fisioterapi dilakukan oleh petugas rehabilitasi medis yang terlatih.

L. Tata Laksana Memberikan terapi Oksigen

1. Pengertian

Memasukkan oksigen tambahan dari luar ke paru melalui saluran pernafasan dengan menggunakan alat sesuai kebutuhan.

2. Tujuan

Memenuhi kebutuhan oksigen dan mencegah terjadinya hipoksia

3. Indikasi

- a. Pasien hipoksia
- b. Oksigenasi kurang sedangkan paru normal
- c. Oksigenasi cukup sedangkan paru tidak normal
- d. Oksigen cukup, paru, normal, sedangkan sirkulasi tidak normal
- e. Pasien yang membutuhkan pemberian oksigen dengan konsentrasi tinggi
- f. Pasien dengan tekanan partial karbondioksida (PCO_2 rendah)

4. Pemberian terapi oksigen dengan nasal kanul, masker non rebreathing, dilaksanakan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang berlaku.

5. Hal – hal yang perlu diperhatikan

- a. Aliran yang sudah ditentukan, tekanan oksigen dan lamanya pemberian harus tepat dan benar sesuai program pengobatan.
- b. Humidifier harus selalu terisi aquabides sebatas garis bertuliskan “batas aqua” dan harus diganti setiap pasien.
- c. Setiap pemberian oksigen harus menggunakan humidifier yang berisi aquades untuk mencegah kekeringan mukosa saluran pernafasan
- d. Perhatikan kemungkinan ada tanda – tanda sianosis pada bibir, ujung jari tangan, dan ujung kaki.
- e. Ganti dan pindahkan nasal kanule setiap 24 jam, dan segera ganti bila ada tanda – tanda sumbatan.
- f. Pemeriksaan analisa gas darah bila perlu untuk menilai keberhasilan terapi.
- g. Perhatikan kemungkinan regurgitasi yang dapat menyebabkan aspirasi.

Konsultasi

Konsultasi adalah meminta pendapat dokter spesialis lain yang diminta oleh DPJP untuk memecahkan suatu persoalan atau kasus pada pasien, bisa dengan jalan rawat bersama atau melakukan suatu tindakan tertentu, agar pasien mendapatkan

perawatan yang komprehensif, cepat dan tepat, sehingga memperoleh hasil yang maksimal.

O. Indikasi dan Prosedur Laboratorium dan Radiologi

1. Indikasi Pemeriksaan laboratorium

Pasien yang memerlukan pemeriksaan laboratorium sebagai penunjang untuk menentukan diagnosis dan terapi selanjutnya.
Prosedur Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan laboratorium bagi di Unit rawat inap harus ditanda tangani oleh dokter yang merawat.
- b. Pemeriksaan laboratorium secara lisan (cito), dapat ditulis oleh perawat yang menerima instruksi didalam kolom perkembangan dan formulir laboratorium disertai jam permintaan tanggal dan paraf perawat atas nama dokter yang meminta.
- c. Pengiriman formulir rutin, diambil oleh petugas laboratorium setiap pagi.
- d. Pengiriman formulir cito diatur oleh petugas Unit rawat inap atau bila permintaan pemeriksaan tidak kompleks, petugas laboratorium dapat diberitahu melalui telepon.
- e. Setelah formulir pemeriksaan sampai ke laboratorium, petugas laboratorium datang ke Unit rawat inap untuk mengambil bahan pemeriksaan sesuai dengan jenis pemeriksaan yang dipesan.
- f. Bila hasil sudah selesai, petugas laboratorium memberitahu hasil lewat telfon ke petugas Unit rawat inap, petugas Unit rawat inap melaporkan hasil laboratorium kedokter yang merawat untuk mendapatkan instruksi selanjutnya.
- g. Hasil laboratorium yang sudah jadi, segera dikirim oleh petugas laboratorium ke Unit rawat inap.

2. Indikasi Pemeriksaan Radiologi

Pasien yang memerlukan pemeriksaan radiologi sebagai penunjang untuk menentukan diagnosis dan terapi selanjutnya.
Prosedur Pemeriksaan Radiologi

- a. Pemeriksaan radiologi bagi pasien di Unit Perawatan rawat inap harus ditanda tangani oleh dokter yang merawat. Pemeriksaan radiologi secara lisan (cito), dapat ditulis oleh petugas yang menerima instruksi didalam lembar CPPT dan

- formulir radiologi disertai jam permintaan, tanggal dan paraf perawat atau nama dokter yang meminta.
- b. Petugas Unit Rawat Inap memberitahu keluarga pasien untuk meminta persetujuan pemeriksaan.
 - c. Petugas Unit rawat inap menghubungi petugas radiologi, untuk memastikan jam berapa pasien dapat diantar ke radiologi (untuk pemeriksaan USG, atau pemeriksaan lain yang tidak dapat dilakukan diruang rawat inap).
 - d. Bagi pemeriksaan yang tidak memerlukan persiapan, pasien dapat diantar ke radiologi setelah dapat telepon dari petugas radiologi.
 - e. Hasil pembacaan radiologi diantar oleh petugas radiologi ke Unit rawat inap.
 - f. Perawat Unit rawat inap, melaporkan hasil kedokter yang merawat.

Q. Tata Laksana Rekam Medis

1. Pengertian

Rekam medis memiliki pengertian sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnosis dan segala pelayanan serta tindakan medis yang diberikan kepada pasien baik rawat inap maupun rawat jalan termasuk pelayanan gawat darurat. Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan akan tetapi mempunyai pengertian sebagai satu system penyelenggaraan rekam medis yang diawali sejak pasien menerima pelayanan di rumah sakit.

2. Tanggung Jawab

Tanggung jawab utama akan kelengkapan rekam medis terletak pada dokter penanggung jawab tanpa memperdulikan ada tidaknya bantuan yang diberikan dalam melengkapi rekam medis.

Tanggung jawab petugas rekam medis membantu menganalisa kelengkapan dimaksudkan untuk mencari hal – hal yang masih kurang, serta menjamin bahwa rekam medis telah dilaksanakan sesuai pedoman atau peraturan

Tanggung jawab pimpinan rumah sakit menyediakan fasilitas dalam pelayanan rekam medis

3. Sistem Penyelenggara

Sistem penyelenggaraan dan lain – lain telah diatur dalam Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis.

U. Tata Laksana dan Pelaporan

1. Harian

- a. Laporan pemakaian peralatan dan tindakan keperawatan, yang biasa disebut laporan harian bangsal (LHB). Berupa lembar laporan harian (sebagai alat bantu) yang berisi nama pasien, nomer, regester/nomer rekam medis, kelas, tindakan yang dilakukan dan alat yang digunakan. Laporan diisi oleh perawat jaga tiap shift dan data di masukkan computer. Petugas sub bagian keuangan akan mengecek tiap hari laporan LHB tersebut.
- b. Laporan sensus harian tentang macam perawatan, penderita yang masuk dan keluar, penderita meninggal, dan lama rawat. Di catat dalam buku register masuk dan keluar rawat inap

2. Bulanan

- a. Pelaporan bulanan di lakukan mengenai jumlah pasien, pemantauan indicator mutu.
- b. Pemantauan insiden keselamatan pasien, penyeteroran pelaporan ke panitia keselamatan pasien, dan akan segera ditindak lanjuti setelah laporan kejadian.
- c. Pelaporan bulanan dilakukan ke sub bagian kepegawaian dan pengembangan staf dalam hal laporan kehadiran karyawan.

3. Tahunan

Pelaporan tahunan dilakukan ke Kepala seksi Pelayanan Medis tentang penilaian kinerja karyawan tiap tahun untuk karyawan yang akan diangkat menjadi karyawan kontrak tahun kedua atau diangkat menjadi tetap

4. Sewaktu

- a. Laporan sewaktu dilakukan ke kepala seksi pelayanan medis dan ke direksi bila ada kasus/masalah yang memerlukan penanganan / tindak lanjut segera, dan tidak dapat diatas ditingkat Unit Perawatan Intensif.
- b. Laporan tentang pelaksanaan orientasi karyawan baru, ke kepala seksi pelayanan medis, setelah karyawan tersebut menjalankan masa orientasi pada 3 bulan pertama.

5. Evaluasi Hasil Perawatan Pasien

a. Tiap akhir shift

Evaluasi hasil perawatan dilakukan tiap akhir shift sebagai evaluasi dari tindakan yang dilakukan mulai awal shift.

b. Tiap Pagi Hari

Evaluasi hasil perawatan dilakukan tiap pagi hari sebagai evaluasi dari tindakan satu hari sebelumnya dan untuk menentukan rencana keperawatan untuk hari sebelumnya.

c. Evaluasi Akhir Unit rawat inap

sebagai evaluasi perawatan selama pasien dirawat di unit rawat inap dan menentukan rencana keperawatan selanjutnya atau perawatan di rumah.

d. Evaluasi Akhir Tahun

Evaluasi pada akhir tahun dilakukan melalui analisa dan sebagai bahan acuan untuk membuat program peningkatan mutu pelayanan unit rawat inap di tahun berikutnya.

e. Evaluasi Sewaktu

f. Evaluasi dilakukan bila ada kondisi tertentu yang menuntut untuk dilakukan tindakan segera diluar rencana sebelumnya

BAB IV

LOGISTIK

A. Prosedur Penyediaan Alat Kesehatan dan Obat

Prosedur penyediaan alat kesehatan dan obat pasien rawat inap

Pengertian

Adalah permintaan obat ke Instalasi Farmasi yang berasal dari permintaan dokter yang merawat pasien.

Prosedur

- 1) Permintaan obat dan alat kesehatan bagi pasien rawat inap dengan permintaan resep di system SIRS Kanza yang di input oleh dokter (alat kesehatan, obat dan cairan infus),
- 2) Penginputan pada SIMRS Kanza, obat dan alat kesehatan harus dilengkapi dengan nama dokter, tanggal, nomer rekam medis, nama pasien, ruangan dan alamat (label identitas pasien).
- 3) Obat dan alat kesehatan harus dilakukan serah terima dari petugas farmasi kepada petugas unit rawat inap
- 4) Lembar catatan pemberian obat (Daftar Obat) berisikan identitas pasien lengkap, nama DPJP, prinsip 8 benar pemberian obat (nama obat, dosis, cara pemberian, nama perawat dan nama pasien) tandatangan pasien/ keluarga pasien penerima obat dan mencatat jam pemberian obat.
- 5) Petugas farmasi meletakkan kotak obat pasien di lemari obat pasien di unit rawat inap.

B. Perencanaan Peralatan/Peremajaan

a. Pengertian

Suatu kegiatan untuk merencanakan pengadaan peralatan baru, sesuai kebutuhan saat itu atau sebagai pengganti alat yang rusak atau diperkirakan harus ganti karena suatu keharusan.

b. Tujuan

Tujuan dari perencanaan pengadaan dan peremajaan peralatan adalah agar peralatan di Unit Rawat Inap dapat digunakan setiap saat tanpa ada gangguan dan dapat mengikuti perkembangan teknologi perkembangan teknologi

kesehatan dan kedokteran sehingga dapat menunjang kelancaran proses pelayanan di Unit Rawat Inap.

c. Jadwal Kegiatan

Kegiatan perencanaan dan peremajaan peralatan dilakukan tiap tahun pada bulan Januari dalam bentuk Program Kerja Tahunan di Unit Rawat Inap.

d. Prosedur Kegiatan

- 1) Dari hasil pengecekan rutin, diketahui ada peralatan yang tidak dapat digunakan lagi dan atau tidak dapat diperbaiki lagi. Bila ada maka direncanakan dalam anggaran rutin atau diganti yang baru.
- 2) Pembelian peralatan baru sepengetahuan Kepala Unit rawat inap dengan mengajukan permintaan ke tim pengadaan barang rumah sakit, disertai dengan perkiraan harga.
- 3) Pengajuan anggaran rutin untuk pengadaan barang dilakukan setiap tahun kepada tim pengadaan barang rumah sakit, disertai dengan perkiraan harga.
- 4) Setelah anggaran yang diajukan disetujui oleh tim perencanaan, tim perencanaan berkoordinasi dengan tim pembelian rumah sakit.
- 5) Bila sudah terealisasi, Kepala Ruangan Rawat Inap menerima alat dan mendatangi buku penerimaan alat dari tim pengadaan barang serta menuliskan pada buku inventaris Unit Rawat Inap.

BAB V

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian

Keselamatan pasien adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Hal ini merupakan asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.

Sedangkan insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan penyakit, cedera, cacat, kematian, dan lain - lain yang tidak seharusnya terjadi.

B. Tujuan

Tujuan sistem ini adalah mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Selain itu system keselamatan pasien ini mempunyai tujuan agar terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan di rumah sakit, dan terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

C. Beberapa istilah penting dalam keselamatan pasien

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) *Patient Safety Inside*

Setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang tidak seharusnya terjadi.

2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) *Adverse Event*

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*), dan bukan Karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien

3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) *Near miss*

Suatu kejadian akibat melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya

diambil (*omission*), yang dapat mencederaip pasien, tetapi cedera serius tidak terjadi Karen faktor “ keberuntungan “

4. Kejadian Tidak Cidera (KTC) *No Harm Incident*

Suatu kejadian atau insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

5. Kondisi Potensial Cidera (KPC)

Kondisi potensial cedera adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

6. Kejadian Sentinel

Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

D. Tata Laksana Keselamatan Pasien

Dalam melaksanakan keselamatan pasien terdapat tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Adapun tujuh langkah tersebut adalah:

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
2. Memimpin dan mendukung karyawan. Membangun komitmen dan focus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Mengembangkan system dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasidan asesmen hal potensial bermasalah.
4. Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan karyawan agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)
5. Melibatkan dan komunikasi dengan pasien. Mengembangkan cara – cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
6. Belajar dan berbagai pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
7. Mencegah cedera melalui implementasi system keselamatan pasien. Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada system pelayanan.

Dalam melaksanakan keselamatan pasien standar keselamatan pasien harus diterapkan. Standart tersebut sebagai tersebut :

1. Hak pasien

2. Mendidik pasien dan keluarga
3. Keselamatan Pasien dan kesinambungan pelayanan
4. Penggunaan metode – metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
6. Mendidik petugas tentang keselamatan pasien
7. Komunikasi yang merupakan kunci bagi karyawan untuk mencapai keselamatan pasien.

Langkah – langkah penerapan keselamatan pasien rumah sakit.

1. Menetapkan unit kerja yang bertanggung jawab mengelola Program Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Menyusun program keselamatan pasien rumah sakit
3. Mensosialisasikan konsep dan program keselamatan pasien rumah sakit
4. Mengadakan pelatihan keselamatan pasien rumah sakit bagi jajaran manajemen dan karyawan
5. Menentukan system pelaporan insiden (peristiwa keselamatan pasien)
6. Menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit seperti tersebut diatas
7. Menerapkan standar keselamatan pasien rumah sakit (seperti tersebut diatas) dan melakukan *self assesment* dengan instrument akreditasi pelayanan keselamatan pasien rumah sakit
8. Program khusus Keselamatan Pasien Rumah Sakit
9. Mengevaluasi secara periodik pelaksanaan program keselamatan pasien rumah sakit dan kejadian tidak diharapkan.

Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien
Ketepatan identifikasi pasien adalah ketepatan penentuan identitas pasien sejak awal pasien masuk sampai dengan pasien keluar terhadap semua pelayanan yang diterima oleh pasien.
2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang efektif adalah komunikasi lisan antar profesional emberi asuhan dengan menggunakan prosedur SBAR (situation background assessment recommendation) Cara penulisan hasil pelaporan menggunakan metode SOAP (subyektif, obyektif, asesmen, planning)

3. Peningkatan Keamanan Obat yang perlu di Waspadai (*high-alert*)

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan atau kesalahan serius (*sentinelevent*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*), obat yang menimbulkan resiko jatuh.

4. Benar pasien, benar lokasi, benar prosedur, dan benar tindakan operasi.

5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Infeksi bisa dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah, pneumoni yang sering berhubungan dengan ventilasi mekanis. Pokok eliminasi infeksi maupun infeksi – infeksi lain adalah cuci tangan (*hand hygiene*)

6. Pengurangan risiko pasien jatuh

Pengurangan pengalaman pasien yang tidak direncanakan untuk terjatuhnya jatuh, suatu kejadian yang tidak disengaja pada seseorang pada saat istirahat yang dapat dilihat atau dirasakan atau kejadian jatuh yang tidak dapat dilihat karena suatu kondisi adanya penyakit seperti stoke, pingsan dan lainnya.

BAB VI

KESELAMATAN KERJA

Undang – undang Nomor 36 tahun 2009 pasal 164 ayat 1 menyatakan bahwa upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan. Rumah sakit adalah tempat kerja yang termasuk dalam kategori seperti disebut diatas, berarti wajib menerapkan upaya kesehatan dan keselamatan kerja. Program keselamatan dan kesehatan kerja di tim pendidikan pasien dan keluarga bertujuan melindungi karyawan dari kemungkinan terjadinya kecelakaan didalam dan diluar rumah sakit.

Dalam Undang – Undang Dasar 1945 Pasal 27 ayat 2 disebutkan bahwa “ setiap warga Negara berhak atas pekerjaan dan penghidupan yang layak bagi kemanusiaan ”. Dalam hal ini yang dimaksud pekerjaan adalah pekerjaan yang bersifat manusiawi, yang memungkinkan pekerjaan berada dalam kondisi sehat dan selamat, bebas dari kecelakaan pegawai dan penyakit akibat kerja, sehingga dapat hidup layak sesuai dengan martabat manusia.

Kesehatan dan keselamatan kerja atau K3 merupakan bagian dari integral dari perlindungan terhadap pekerjaan dalam hal ini Instalasi Pelayanan Intensif dan perlindungan terhadap rumah sakit. Pegawai adalah bagian integral dari rumah sakit. Jaminan kesehatan dan keselamatan kerja akan meningkatkan produktivitas pegawai dan meningkatkan produktivitas rumah sakit. Undang – Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja dimaksudkan untuk menjamin :

1. Agar pegawai dan setiap orang yang berada ditempat kerja selalu berada dalam keadaan sehat dan selamat.
2. Agar faktor – faktor produksi dapat dipakai dan digunakan secara efisien
3. Agar proses produksi dapat berjalan secara lancar tanpa hambatan.

Faktor – faktor yang menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat digolongkan pada tiga kelompok, yaitu :

1. Kondisi dan lingkungan kerja
2. Kesadaran dan kualitas pekerja, dan
3. Peranan dan kualitas manajemen

Dalam kaitannya dengan kondisi dan lingkungan kerja, kecelakaan dan penyakit akibat kerja dapat terjadi bila :

1. Peralatan tidak memenuhi standart kualitas.
2. Alat-alat produksi tidak disusun secara teratur menurut tahapan proses produksi.
3. Ruang kerja terlalu sempit, ventilasi udara kurang memadai, Ruangan terlalu panas atau terlalu dingin.
4. Tidak tersedia alat-alat pengaman.
5. Kurang memperhatikan persyaratan penanggualangan bahaya kebakaran dan lain-lain.

A. Perlindungan Kesehatan Dan Keselamatan Kerja Petugas Kesehatan

- 1) Petugas kesehatan yang merawat pasien menular harus mendapatkan pelatihan mengenai cara penularan dan penyebaran penyakit, tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang sesuai dengan protocol jika terpajan.
- 2) Petugas yang tidak terlibat langsung dengan pasien harus diberikan penjelasan umum mengenai penyakit tersebut.
- 3) Petugas kesehatan yang kontak dengan pasien penyakit menular melalui udara harus menjaga fungsi saluran pernapasan (tidak merokok, tidak minum dingin) dengan baik dan menjaga kebersihan tangan.

B. Petunjuk Pencegahan Infeksi untuk petugas kesehatan

- 1) Untuk mencegah transmisi penyakit menular dalam tatanan pelayanan kesehatan, petugas harus menggunakan APD yang sesuai untuk kewaspadaan Standart dan Kewaspadaan Isolasi (berdasarkan penulaan secara kontak, droplet, atau udara) sesuai dengan penyebaran penyakit.
- 2) Semua petugas kesehatan harus mendapatkan pelatihan tentang gejala penyakit menular yang sedang dihadapi.
- 3) Semua petugas kesehatan dengan penyakit seperti flu harus dievaluasi untuk memastikan agen penyebab. Dan ditentukan apakah perlu dipindah tugaskan dari kontak langsung dengan pasien, terutama mereka yang bertugas di HCU, ruang rawat anak, ruang bayi.
- 4) Semua petugas kesehatan Instalasi Rawat Inap di harus memakai APD, seperti : Apron sarung tangan, masker, penutup kepala bila melayani pasien.

BAB VII

PENGENDALIAN MUTU

Prinsip dasar upaya peningkatan mutu pelayanan adalah pemilihan aspek yang akan ditingkatkan dengan menetapkan indikator, kriteria serta standar yang akan digunakan untuk mengukur mutu pelayanan di Instalasi Rawat Inap.

Indikator adalah ukuran atau cara mengukur sehingga menunjukkan suatu indikasi indikator merupakan suatu variabel yang digunakan untuk bisa melihat perubahan.

BAB V

PENUTUP

Berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan dan kedokteran berdampak pula pada bidang pelayanan medis dan keperawatan. Pelayanan medis dan keperawatan yang di laksanakan di rumah sakit tentunya perlu senantiasa disesuaikan dengan perkembangan tersebut. Dalam menyongsong era globalisasi dan menghadapi persaingan bebas diberbagai bidang, maka pelayanan rawat inap juga harus dipersiapkan secara professional.

Instalasi Rawat Inap merupakan bagian dari integral dari pelayanan lain di rumah sakit dan secara menyeluruh merupakan salah satu upaya dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien terutama yang sakit berat.

Pedoman pelayanan Instalasi Rawat Inap bertujuan untuk memberikan acuan yang jelas dalam mengelola dan melaksanakan pelayanan rawat inap di rumah sakit, dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Jakarta, Januari 2022

DIREKTUR
RSUD PESANGGRAHAN

drg. Didiet Damayanti, MARS

NIP: 196610031994012001

BAB V

PENUTUP

Berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan dan kedokteran berdampak pula pada bidang pelayanan medis dan keperawatan. Pelayanan medis dan keperawatan yang di laksanakan di rumah sakit tentunya perlu senantiasa disesuaikan dengan perkembangan tersebut. Dalam menyongsong era globalisasi dan menghadapi persaingan bebas diberbagai bidang, maka pelayanan rawat inap juga harus dipersiapkan secara professional.

Instalasi Rawat Inap merupakan bagian dari integral dari pelayanan lain di rumah sakit dan secara menyeluruh merupakan salah satu upaya dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien terutama yang sakit berat.

Pedoman pelayanan Instalasi Rawat Inap bertujuan untuk memberikan acuan yang jelas dalam mengelola dan melaksanakan pelayanan rawat inap di rumah sakit, dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian.

Jakarta, Januari 2022

DIREKTUR

RSUD PESANGGRAHAN



drg. Didiet Damayanti, MARS

NIP: 196610031994012001