



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN
DINAS KESEHATAN
PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PESANGGRAHAN

NOMOR 100 TAHUN 2024

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PESANGGRAHAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN

- Menimbang : a. bahwa rumah sakit terdiri atas berbagai unit yang merupakan subsistem dari sistem rumah sakit itu sendiri;
- b. bahwa operasional rumah sakit memerlukan kejelasan dan koordinasi yang sangat erat antara satu dan lain unit sesuai dengan perkembangan pelayanan rumah sakit
- c. bahwa Berbagai profesi harus bekerjasama dengan berfokus pada pasien;
- d. bahwa Untuk terlaksananya koordinasi diperlukan berbagai kegiatan yang mempunyai landasan yang jelas dan pasti untuk mencegah terjadinya kesalahan, khususnya dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan, khususnya pasien;
- e. bahwa perlu ditetapkan berbagai kebijakan operasional unit yang merupakan landasan dan dasar bagi terlaksananya kegiatan interaksi dan koordinasi yang baik
- f. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b, c, d, dan e, maka perlu ditetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan tentang Kebijakan Pelayanan Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan.

- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;

2. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan sakitan;
3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan;
4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
5. Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 114 Tahun 2021 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah.
6. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan Nomor 67 Tahun 2024 tentang Jenis Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan.

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PESANGGRAHAN.
- KESATU : Menetapkan kebijakan pelayanan medis di RSUD Pesanggrahan sebagaimana tercantum pada Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Ketetapan ini
- KEDUA : Kebijakan sebagaimana dimaksud pada Diktum KESATU harus dijadikan acuan dalam pelaksanaan pelayanan medis di RSUD Pesanggrahan.
- KETIGA : Keputusan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 30 Agustus 2024

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PESANGGRAHAN,


DIDIET DAMAYANTI

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit
Umum Daerah Pesanggrahan
Nomor : 100 Tahun 2024
Tanggal : 30 Agustus 2024

KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS SECARA UMUM

1. Semua Dokter umum dan Spesialis yang melamar ke Rumah Sakit :
 - a. Harus melalui proses seleksi rekrutmen sesuai prosedur
 - b. Verifikasi sumber primer
 - c. Proses kredensial oleh Komite Medik sub komite kredensial
 - d. Penetapan *clinical privilege* dan penerbitan surat penugasan
 - e. Mengikuti program orientasi pelatihan sesuai program yang berlaku
2. Staf Medis terdiri dari :
 - a. Dokter Spesialis
 - b. Dokter Umum
3. Staf Medis secara berkala dilakukan :
 - a. Rekredensial setiap 3 (tiga) tahun
 - b. Penilaian *On Going Professional Evaluation*
4. Semua staf medis mempunyai SIP (Surat Izin Praktek) di Rumah Sakit, sedangkan untuk Konsultan luar (untuk keperluan *second opinion*) yang di undang sewaktu – waktu harus ada rekomendasi dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan) yang terkait disertai Surat Tugas dari Direktur;
5. Semua staf medis masuk ke dalam kelompok staf medis profesional;
6. Staf medis membantu pimpinan rumah sakit dalam proses perencanaan, pengadaan serta pemanfaatan fasilitas dan peralatan medis;
7. Semua Dokter yang berpraktek di Rumah Sakit harus mengikuti Standar Pelayanan Medis (SPM) dari masing-masing profesi dan Panduan Praktek Klinis Rumah Sakit;
8. Rumah Sakit memberikan semua pelayanan yang meliputi :
 - a. Preventif, yaitu Vaksinasi, Informasi Kesehatan
 - b. Kuratif, kecuali radiasi
 - c. Paliatif : hanya untuk memperbaiki keadaan umum
 - d. Rehabilitatif : fisioterapi dan Rehabilitasi Medis
 - e. Point a-d ditentukan oleh DPJP dan didokumentasikan di Rekam Medik

9. Berdasarkan Undang-undang No. 23 tahun 2002 tentang perlindungan Anak, Bab I ketentuan Umum, pasal 1 ayat 1, yang dimaksud dengan anak adalah seseorang yang belum berusia 18 (delapan belas) tahun, termasuk anak yang masih dalam kandungan;
10. Pasien bayi, anak, manula dan pasien yang tidak mampu untuk menjaga dirinya sendiri maka akan mendapat perhatian khusus melalui kolaborasi dokter, perawat, bidan, petugas keamanan (security) dan petugas lainnya;
11. Rumah Sakit tidak melakukan donor organ dan penelitian medis;
12. Sejak kontak pertama pasien datang ke Rumah Sakit harus dilakukan skrining.
 - a. Untuk Rawat Jalan : pasien diarahkan ke bagian yang dituju.
 - b. Untuk IGD : sesuai dengan *Triage* memakai *parameter Emergency Severity Index (ESI)*
 - c. Petugas medis harus memastikan bahwa Rumah Sakit mampu melayani pasien tersebut dan adanya ketersediaan SDM dan fasilitas sesuai kebutuhan pasien. Apabila tidak tersedia, maka petugas harus mengirim ke Rumah Sakit lain terdekat yang mampu memberikan pelayanan sesuai dengan keadaan pasien;
13. Pasien yang berobat di Rumah Sakit hanya dapat dilayani melalui IGD dan Poliklinik Rawat Jalan;
14. Pasien dengan operasi elektif yang membawa surat pengantar dari dokter spesialis Rumah Sakit pada jam kerja Poliklinik bisa masuk ke ruang perawatan melalui *admission/* pendaftaran rawat inap atau melalui IGD (di luar jam kerja Poliklinik). Dokter yang bertugas akan mengkonfirmasi ke dokter spesialis;
15. Semua pasien rawat jalan akan diperiksa berdasarkan urutan pendaftaran tetapi pada keadaan tertentu, pasien tertentu dapat didahulukan pelayanannya. Jika pasien dengan kondisi gawat darurat maka akan dialihkan ke IGD untuk pengkajian dan penatalaksanaan selanjutnya sesuai dengan SPO *Triage* pasien IGD dengan memakai kriteria *Emergency Severity Index (ESI)*;
16. Semua pasien yang akan dirawat inap harus dilakukan :
 - a. Pemeriksaan penunjang sesuai dengan Kebijakan Skrining pasien Rawat Inap
 - b. Pemilihan ruang rawat sesuai kebutuhan dan kriteria pasien.
17. Pasien tidak dapat diterima dirawat di Rumah Sakit akan dirujuk ke Rumah Sakit lain sesuai prosedur rujukan melalui SPGDT Rumah Sakit;
18. Penempatan ruangan Rawat Inap pasien ditentukan oleh DPJP (Rawat inap, ICU, NICU, PICU dan Perina);

19. Yang dimaksud dengan DPJP adalah Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, DPJP di:
 - a. Ruang IGD adalah Dokter Umum yang bertugas di ruang IGD saat itu
 - b. Poli Umum adalah Dokter Umum yang bertugas di Poli Umum saat itu
 - c. Poli Spesialis adalah Dokter Spesialis yang merawat pasien
 - d. Rawat Inap: ICU, NICU, PICU dan Perina adalah Dokter Spesialis
20. Keputusan pasien untuk dirawat inap, pulang, atau dirujuk ditentukan oleh DPJP dan didokumentasikan di Rekam Medik;
21. Jam Visite dokter Spesialis adalah Waktu Kunjungan dokter untuk melihat perkembangan pasien yang menjadi tanggungjawabnya. Visite dimulai jam 06.00 - 14.00 WIB;
22. Jam Visite dokter jaga:

Dimulai jam 07.00 - 21.00 WIB, kecuali ada hal - hal yang mendesak sehingga visite tidak dapat dilakukan pada jam - jam tersebut. Dokter jaga menerima pelimpahan wewenang dari dokter spesialis sesuai instruksi.
23. Dokter melakukan konsultasi, pemeriksaan fisik, dan tindakan medis dalam ruang tertutup untuk menjaga dan menghargai *privacy* pasien;
24. Untuk pasien yang dirawat dalam satu ruang bersama maka konsultasi akan dilakukan di ruang tersendiri sesuai dengan ketersediaan ruangan;
25. Setiap temuan dalam proses ini menjadi rahasia pasien dan dokter, yang tidak dibicarakan di tempat umum seperti *nurse station*, *lobby*, *lift*, lorong rumah sakit dll;
26. Pengkajian pasien bayi, anak, lansia dan kebidanan mengikuti format khusus yang telah ditetapkan rumah sakit;
27. Pengkajian awal pasien rawat jalan bersifat terfokus dan singkat;
28. Pengkajian awal pasien rawat inap bersifat *komprehensif* atau lengkap;
29. Pengkajian awal pasien dilakukan oleh dokter sesuai kompetensi yang dimilikinya dengan mempertimbangkan hasil pengkajian keperawatan, mencakup :
 - a. Keluhan saat ini (terdapat di pengkajian medis)
 - b. Status fisik (terdapat di pengkajian medis)
 - c. Psiko - sosio spiritual (terdapat di pengkajian keperawatan)
 - d. Status ekonomi (terdapat di pengkajian keperawatan)
 - e. Riwayat kesehatan pasien (terdapat di pengkajian medis)
 - f. Riwayat Alergi (terdapat di pengkajian keperawatan)
 - g. Riwayat penggunaan Obat (terdapat di pengkajian medis)
 - h. Pengkajian Nyeri (terdapat di pengkajian keperawatan)

- i. Resiko jatuh (terdapat di pengkajian keperawatan)
- j. Pengkajian Fungsional (terdapat di pengkajian keperawatan)
- k. Resiko Nutrisional (terdapat di pengkajian keperawatan)
- l. Kebutuhan edukasi (terdapat di pengkajian keperawatan)
- m. Perencanaan Pemulangan Pasien (*discharge planning*) (terdapat di pengkajian medis)
 - *Geriatric* / Gangguan mobilisasi
 - Membutuhkan perawatan lanjutan dirumah atau *Home Care*
 - Membutuhkan alat bantu kesehatan setelah pulang

Maka *discharge plan* dibuat oleh DPJP sejak pasien masuk Rumah Sakit

30. Pasien rawat jalan dengan gangguan nutrisi, *under* nutrisi dengan IMT < 18,5 ; obesitas dengan IMT > 25 dengan gangguan metabolik dan metabolik sindrom dikonsulkan ke nutrisisionis untuk pengkajian dan penatalaksanaan program diet lebih lanjut;
31. Dokter yang melakukan pengkajian pasien dapat merujuk pasien kepada dokter spesialis lainnya atau meminta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dengan disetujui oleh pasien/keluarga pasien;
32. Semua hasil pemeriksaan penunjang dan *ekspertis*nya dapat dilihat di Rekam Medik;
33. Dokter menggunakan semua hasil pengkajian yang dilakukan oleh semua petugas kesehatan, menjadi satu kesatuan untuk menentukan penatalaksanaan pasien;
34. Semua hasil pengkajian pasien dan prosedur yang akan dilakukan, wajib dijelaskan dokter kepada pasien/keluarga pasien secara jelas dan harus didokumentasikan didalam Rekam Medik atau form yang telah ditetapkan dengan memperhatikan ketepatan waktu dan keterbacaan;
35. Semua pengkajian awal pasien harus selesai sampai terdokumentasikan di rekam medis pasien dalam waktu sesegera mungkin, maksimal 1 x 24 jam, dan jika menggunakan singkatan harus mengacu pada daftar singkatan yang telah diberlakukan oleh Rumah Sakit;
36. Semua pasien rawat inap mendapat pengkajian lanjutan minimal 1 x 24 jam oleh dokter-dokter yang merawat sesuai dengan kompetensi profesinya mengikuti format *Subjective-Objective-Assessment-Planning* (meliputi perkembangan pasien, respon pengobatan, rencana pengobatan dan rencana pulang) yang akan dirangkum menjadi satu oleh DPJP utama, dan Pengkajian lanjutan dapat diulang sesuai kondisi pasien;
37. Selama proses pengkajian, pasien didampingi oleh perawat, ahli gizi, farmasi klinis, atau keluarga pasien;
38. Dokter DPJP utama, baik secara mandiri maupun dengan tim (dokter, perawat, bidan, penunjang medis, gizi, fisioterapis, dll) harus memberikan:

- a. Penjelasan mengenai hasil pengkajian pasien, rencana perawatan, hasil yang diharapkan dari perawatan/pengobatan termasuk personil yang akan melakukan tindakan atau pengobatan, termasuk jika ada hal/kejadian yang di luar perkiraan/harapan dari rencana semula. Semua hasil penjelasan harus di dokumentasikan di Rekam Medik dan ditulis dalam *informed consent* serta ditandatangani oleh DPJP, keluarga pasien, dan saksi.
 - b. Penyuluhan/edukasi
 - c. Kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya secara verbal dan tulisan
 - d. Semua informasi ini disampaikan secara langsung, bila tidak memungkinkan dapat disampaikan melalui telepon pada keluarga/pihak ketiga yang berhak setelah pihak rumah sakit melakukan verifikasi terlebih dahulu dan seijin pasien.
 - e. Jika pasien dan keluarga ada kendala dalam bahasa, dapat didampingi dengan penerjemah yang terdaftar di Rumah Sakit atau yang direkomendasikan dari pihak pasien atau keluarga pasien atas persetujuan pasien/keluarga.
39. Meminta persetujuan secara tertulis (*informed consent*) kepada pasien/keluarganya sebelum tindakan medis dilakukan;
 40. Semua tindakan yang berisiko tinggi disertai dengan *informed consent* terpisah, termasuk pemberian transfusi darah dan produknya, Anestesi/sedasi, dan tindakan medis (Pembedahan, tindakan – tindakan invasif, dll);
 41. Dokter, pasien/keluarganya harus menandatangani formulir *informed consent* pada setiap tindakan medis yang dilakukan;
 42. Bagi pasien tidak sadar dan didampingi oleh ke keluarga, maka yang berhak memberi persetujuan atau penolakan tindakan medik sesuai dengan urutan sbb :
 - a. Suami/istri
 - b. Ayah/ibu kandung
 - c. Anak – anak kandung
 - d. Saudara – saudara kandung
 43. Tindakan medis invasif seperti pemasangan infus, pemasangan *cateter urine*, penyuntikan IV/IM, *Nasogastric Tube* dan asisten operasi, dll dapat dilimpahkan sesuai kewenangan klinis masing-masing petugas;
 44. Untuk menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan, dilakukan pengawasan, monitoring dan evaluasi penerapan standar pelayanan medis melalui :
 - a. Audit medis
 - b. Pertemuan kasus sulit/kematian,
 - c. *Morning report*

- d. Laporan Keluhan Pelanggan
45. Apabila ada perbedaan pendapat antara DPJP pengirim pasien maupun konsulen lainnya dalam hal penatalaksanaan pasien, maka akan didiskusikan dalam forum komite medik;
46. Ruang rapat Komite Medis :
 - a. Disediakan di Kantor RSUD. Pesanggrahan
 - b. Digunakan untuk menunjang kegiatan yang berkaitan dengan fungsi dan tugas Komite Medis dan Sub Komite.
47. Penanganan masalah etis medis mengacu kepada Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki);
48. Pasien yang akan pindah antar ruang perawatan (IGD-rawat inap, ICU, NICU, PICU, Perina), ke rumah sakit lain atau pulang ke rumah harus dilengkapi asuhan/resume medis (*discharge summary*) yang mencakup :
 - a. Alasan dirawat/alasan pindah ruangan
 - b. Temuan pemeriksaan yang signifikan
 - c. Diagnosa dan penyakit penyerta
 - d. Pemeriksaan diagnostik dan prosedur yang telah dilakukan
 - e. Pengobatan atau tindakan yang signifikan
 - f. Kondisi pasien saat akan dipindahkan
 - g. Pengobatan saat dipindahkan atau pengobatan yang diberikan untuk di rumah
 - h. Instruksi untuk pemantauan selanjutnya
49. Pasien yang tertunda rawat inap, operasi dan pemeriksaan penunjang harus dijelaskan alasan tertundanya oleh DPJP atau dokter jaga kepada pasien/keluarganya dan didokumentasikan di Rekam Medik;
50. DPJP bertanggung jawab dalam proses perencanaan pulang (*Discharge Summary*) dan *follow-up* pasien yang meliputi sarana penunjang dan fasilitas kesehatan lainnya untuk menunjang perbaikan kesehatan pasien. Proses pengisian *Discharge Plan* diisi dan ditandatangani oleh DPJP dan perawat ruangan. Apabila DPJP berhalangan, dapat diwakilkan oleh dokter jaga;
51. Jika pasien dan keluarga menolak rawat inap atau perawatan yang direncanakan atau yang sedang berjalan maka pasien dan keluarga akan di informasikan :
 - a. Risiko dan Konsekuensi dari keputusannya
 - b. Tanggung jawab pasien dan keluarga atas keputusan tersebut
 - c. Alternatif perawatan dan pengobatan yang ada
 - d. Harus menandatangani surat penolakan (*informed consent penolakan*)

52. Pasien yang indikasi rawat tapi menolak maka harus menandatangani form penolakan tindakan pengobatan dan semua alat kesehatan yang terpasang harus dilepaskan di rumah sakit;
53. Pasien dirujuk ke Rumah Sakit lain oleh DPJP, bila :
 - a. Sarana, petugas, atau alat habis pakai yang dibutuhkan pasien tidak tersedia atau dalam perbaikan.
 - b. Pasien yang memerlukan rawat inap tetapi kamar rawat inap di RSUD Pesanggrahan tidak tersedia (penuh).
 - c. Pasien dengan gangguan kejiwaan psikotik
 - d. Pasien pandemik akut (SARS, Flu burung)
 - e. Atas permintaan pasien atau keluarga.
54. Jika pasien memerlukan pengkajian khusus dari konsultan yang tidak tersedia di Rumah Sakit maka Pasien dirujuk untuk mendapatkan fasilitas sesuai dengan indikasi penyakitnya ;
55. Pasien yang akan ditransfer *internal* maupun *eksternal* (rujukan) harus didampingi oleh dokter dan atau perawat yang sudah mengikuti pelatihan *ACLS* atau *BHD* (Bantuan Hidup Dasar) sesuai dengan kondisi pasien (berdasarkan kriteria pasien *critical care/non critical care*). Melalui Sisrute /SPGDT Rumah Sakit;
56. Dalam proses rujuk ini Rumah Sakit membantu mencari Rumah Sakit lain dan dipastikan bahwa rumah sakit yang dituju memiliki fasilitas yang dibutuhkan dengan mengkonfirmasi terlebih dahulu ke rumah sakit tersebut;
57. Pasien yang sedang dirujuk berada di bawah tanggung jawab DPJP. Selama proses transfer tetap menjadi tanggung jawab DPJP. Dokter pengantar berkoordinasi dengan DPJP apabila terjadi sesuatu hal selama proses transfer;
58. Dokter dan atau perawat yang mengantar pasien untuk dirujuk harus mendokumentasikan hasil monitoring sebelum, selama, dan sesudah proses transfer.
59. Rumah Sakit menyediakan pelayanan transportasi rujukan berupa *ambulance* untuk kepentingan pasien atau bisa bekerjasama dengan PK3D, namun tidak menyediakan transportasi umum (bus, angkutan kota, taksi, dsb). Rumah Sakit berkoordinasi dengan Dinas Pemakaman dan Pertamanan terkait kebutuhan akan ambulance Jenazah untuk membawa Jenazah dari Rumah Sakit;
60. Kriteria pasien diperbolehkan pulang, yaitu :
 - a. Keadaan umum baik
 - b. Dapat memenuhi kebutuhan nutrisi secara mandiri (baik personal maupun dengan bantuan keluarga)
 - c. Dapat meminum obat yang diberikan secara mandiri (baik personal maupun dengan bantuan keluarga)

- d. Secara klinis dapat dilakukan perawatan di rumah sesuai instruksi DPJP
61. Visum dilakukan atas permintaan pihak kepolisian dengan surat permintaan visum resmi dari kepolisian;
62. Apabila pada pemeriksaan fisik ditemukan adanya tanda-tanda kekerasan, maka pemeriksaan fisik harus dilakukan secara rinci, jelas, terdokumentasi dan diinformasikan ke pihak manajemen rumah sakit;
63. Status *DNR* secara medis hanya diperbolehkan pada pasien – pasien dengan keadaan mati batang otak (MBO))/*brain death* atau pasien dengan penyakit terminal (*end stage*);
64. Pasien, keluarga inti, atau orang yang berhak (orang terdekat yang bertanggung jawab) meminta dan menyetujui status *DNR*. Pasien yang sedang menggunakan *ventilator* maka status *DNR* hanya berlaku untuk resusitasi jantung saja, pemakaian *ventilator* tidak boleh dihentikan;
65. Pasien *DNR* yang memakai *ventilator* dan ingin di bawa pulang oleh keluarganya, maka keluarga akan menandatangani *informed consent* pencabutan *ventilator* setelah terlebih dahulu di jelaskan oleh dokter yang merawat lalu *ventilator* akan dilepas, dan di ganti dengan manual yang akan di baging oleh perawat senior/ dokter sampai pasien diantar ke rumah dengan menggunakan *ambulance*, ETT akan di lepas oleh keluarga di rumah;
66. Pemesanan obat yang harus disertai informasi berat badan adalah :
 - a. Pasien bayi
 - b. Pasien anak
 - c. Pasien yang mempunyai berat badan “ekstrim”
67. Apabila pemeriksaan penunjang di Rumah Sakit mengalami kerusakan/tidak tersedia maka pasien akan dirujuk ke Rumah Sakit/Pusat Layanan Kesehatan/Laboratorium yang telah ditentukan oleh manajemen Rumah Sakit. DPJP/dokter jaga wajib memberitahu pasien/keluarga apabila ada penundaan pemeriksaan penunjang disertai alasannya dan semua keterangan wajib didokumentasikan di Rekam Medis;
68. Kriteria Rumah Sakit /Pusat layanan kesehatan/Laboratorium rujukan :
 - a. Terakreditasi secara nasional
 - b. Mempunyai Ijin Operasional yang legal
69. Rumah Sakit rujukan adalah Rumah sakit yang sudah mempunyai *MOU* dengan Rumah Sakit Umum Daerah Pesanggrahan;
70. Dalam keadaan bencana (*disaster*) seluruh staf dan personil yang terkait melakukan penanggulangan bencana sesuai prosedur bencana di Rumah sakit.

BAB I

KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS INSTALASI GAWAT DARURAT

1. Pada prinsipnya, pelayanan di Instalasi gawat darurat ditujukan bagi pasien gawat dan atau darurat serta mempertimbangkan kepuasan pasien;
2. *Triage* dilakukan dengan memakai parameter *Emergency Severity Index* (ESI), yang terdiri dari 5 (lima) kategori, yaitu :
 - a. ESI 1 (pasien kritis/sekarat, memerlukan resusitasi) masuk *triage* Merah
 - b. ESI 2 (pasien yang memerlukan pertolongan segera/ tidak dapat ditunda/ berisiko tinggi/ mengancam organ/ penurunan kesadaran/ nyeri hebat skala nyeri lebih dari 6) masuk *triage* Merah
 - c. ESI 3 (memerlukan sumber daya lebih dari 1) masuk *triage* Kuning
 - d. ESI 4 (memerlukan 1 sumber daya) masuk *triage* Hijau
 - e. ESI 5 (tidak memerlukan sumber daya) masuk *triage* Hijau
3. Pasien dengan ESI 4 dan ESI 5 yang datang ke IGD :
 - a. Pada jam pelayanan poliklinik, maka pasien dianjurkan berobat ke poliklinik spesialis yang terkait
 - b. Pelayanan pasien yang tidak tergolong gawat dan atau darurat di IGD dilakukan berdasarkan urutan kedatangan pasien ke IGD
4. Semua pasien yang datang ke IGD dilakukan *Triage* oleh perawat dan dokter jaga IGD;
5. Pasien IGD yang dikonsulkan *Emergency* dan perlu penanganan secepatnya :
 - a. Pada jam praktek : Dalam waktu 30 menit harus sudah ditangani / mendapat instruksi Dokter spesialis.
 - b. Di luar jam praktek :
 - o Dalam waktu 30 menit dokter spesialis *on call* harus sudah terhubung.
 - o Jika tidak terhubung, maka dokter jaga UGD wajib mengalihkan kepada dokter spesialis *on call* selanjutnya.
6. Semua tindakan gawat darurat untuk *life saving* dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD sesuai standar yang berlaku sesuai kewenangan klinisnya;
7. Kasus *Life Saving* pasien tidak mampu dan tidak ada identitas :
 - a. Ditangani sesuai dengan kondisi pasien

- b. Pasien tanpa identitas dilaporkan ke pihak polisi dan Dinas Sosial oleh humas Rumah Sakit untuk membantu identifikasi keluarga pasien dan dokumentasi
 - c. Apabila memerlukan tindakan medis, untuk mengatasi kegawatdaruratannya maka persetujuan tindakan dilakukan oleh dokter jaga IGD
8. Pasien yang memerlukan tindakan operasi segera dapat mengancam nyawa maka pasien diijinkan langsung dapat dibawa ke kamar operasi tanpa melalui proses administrasi dahulu;
 9. Untuk pasien yang belum memungkinkan untuk dirujuk/ pindah kamar dan membutuhkan observasi lanjut, termasuk *Emergency Observation* dapat ditempatkan di ruang observasi UGD/ ruang transit , namun tidak lebih dari 4 jam. Setelah 4 jam, DPJP harus menentukan apakah pasien perlu rawat inap, pulang atau rujuk;
 10. Jika memerlukan observasi lebih dari 4 jam maka didaftarkan menjadi pasien rawat inap atau dirujuk.
 11. Pasien yang akan dikirim ke ruang rawat inap harus dalam keadaan stabil dan *transpotable*;
 12. Setiap pasien yang akan dirawat di ruang intensif harus didampingi dokter jaga Rawat Inap selama proses transfer;
 13. Apabila di UGD kedatangan 2 pasien sekaligus / lebih, dengan kasus kegawatan yang harus ditangani segera, maka dokter jaga IGD dapat meminta bantuan dari dokter jaga unit lain.
 14. Penanggung jawab operasional *Ambulance* adalah Penanggung jawab IGD berkoordinasi dengan Koordinator *Driver*;
 15. Perawat yang mengantar ke rumah sakit rujukan melakukan serah terima dengan petugas di rumah sakit rujukan. Nama petugas dan stempel rumah sakit rujukan harus dicap di form rujukan. Setiap tindakan medis dan kejadian yang terjadi selama proses rujukan harus dicatat dalam form rujukan pasien dan disimpan dalam resume pasien. Sesampainya di Rumah Sakit semua yang dicatat, ditulis kembali di rekam medis pasien.

BAB II

KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS RAWAT INAP

1. Pelayanan Rawat inap merupakan pelayanan yang terintegrasi yang dilakukan oleh semua praktisi kesehatan yang merawat pasien untuk mencapai hasil yang optimal;
2. Kriteria pasien yang dirawat di ruang perawatan Non Intensif adalah sebagai berikut:
 - a. Pasien yang tidak gawat darurat
 - b. Pasien yang tidak memerlukan alat bantu kehidupan
 - c. Pasien yang tidak memerlukan observasi secara ketat
 - d. Pasien yang menolak perawatan intensif
 - e. Pasien dalam fase terminal atau stadium akhir
 - f. Tidak termasuk dalam kriteria rawat unit pelayanan *intensive*.
3. Ketentuan kebutuhan pasien dalam perawatan ditentukan oleh Dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) dalam 24 jam sejak pasien masuk rawat inap, meliputi : jenis ruang perawatan yang dibutuhkan pasien, rencana pelayanan, pengobatan dan tindakan yang dibutuhkan pasien;
4. Pasien yang memerlukan pengawasan ketat dengan menggunakan monitor tidak boleh dirawat di ruang rawat biasa;
5. Pasien koma tanpa alat bantu nafas dan DNR dapat dirawat di ruang rawat biasa;
6. Pengkajian awal pasien rawat inap harus selesai dan terdokumentasikan dalam waktu maksimal 1 x 24 jam setelah pasien terdaftar sebagai pasien rawat inap;
7. Semua pasien baru rawat inap akan mendapat pengkajian awal gizi dan program diet maksimal dalam waktu 1 x 24 jam oleh ahli gizi sesuai format Gizi;
8. Semua pasien rawat inap dapat dikonsulkan kepada dokter spesialis lain atau dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dengan disetujui pasien/keluarga pasien;
9. Semua pasien baru rawat inap sudah mendapatkan pemeriksaan dokter jaga yang berdinis dalam waktu 1 – 2 jam setelah pasien berada di ruang rawat inap;
10. Jika kondisi pasien rawat inap memburuk dan DPJP utama tidak dapat dihubungi maka pasien dipindahkan ke ruang rawat intensif atas persetujuan DPJP ruang intensif, pasien/keluarga dan dokter lain yang ikut merawatnya dan serta diketahui Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan;

11. Pasien yang dirawat inap harus mendapat obat dari rumah sakit, tidak diperkenankan memakai obat dari luar rumah sakit, kecuali obat rutin yang disetujui DPJP dan sudah diverifikasi oleh farmasi;
12. Kasus *Life Saving* pasien tidak mampu dan tidak ada identitas apabila pasien membutuhkan perawatan rawat inap yang akan menjadi wali sementara pasien adalah manajemen Rumah Sakit yang diwakilkan kepada MOD / dokter Jaga ruangan;
13. Pasien rawat inap yang membutuhkan resusitasi maka akan ditolong oleh dokter jaga bangsal dan perawat yang terlatih. Urutan wewenang yang memimpin tim resusitasi, sebagai berikut :
 - a. Dokter Jaga Ruangan yang terlatih *ACLS*
 - b. Perawat yang terlatih *BHD* yang tergabung dalam Tim *Code Blue*, yang diatur dalam kebijakan pelayanan resusitasi
14. Semua pasien yang akan dilakukan pemeriksaan penunjang dan atau pemeriksaan medis di unit/rumah sakit lain, harus didampingi oleh dokter rawat inap atau perawat sesuai tingkat kegawatannya;
15. Jika terjadi penundaan pelayanan, maka harus diinformasikan kepada pasien pasien atau keluarga dan didokumentasikan dalam rekam rekam medis;
16. Pasien rawat inap diperkenankan cuti perawatan/ijin keluar sementara dibatasi waktu maksimal 6 jam dengan didampingi petugas dan *ambulance* Rumah Sakit;
17. Semua pasien yang akan pulang harus seijin DPJP dan terdokumentasikan dalam rekam medis;
18. Semua pasien yang akan dipulangkan dan memerlukan penanganan paska rawat inap (seperti : rehabilitasi medik, dll) maka DPJP wajib menulis tatalaksana selanjutnya, indikasi mencari pertolongan segera dan waktu kontrol berikutnya;
19. Rumah Sakit akan memfasilitasi kelanjutan perawatan pasien di rumah dengan cara memberikan edukasi kepada tenaga yang akan merawat pasien di rumah (keluarga dan atau pembantu pasien di rumah);
20. Resume medis dibuat oleh DPJP. Dalam kondisi dibutuhkan, resume medis dapat didelegasikan kepada dokter jaga atas persetujuan DPJP;
21. Resume Medis wajib diisi lengkap oleh DPJP utama termasuk seluruh diagnosa dan prosedur yang dilakukan oleh DPJP yang lain apabila terdapat rawat bersama, resume medis dibuat untuk setiap pasien yang pulang perawatan dan diberikan kepada pasien saat pulang.

BAB III

KEBIJAKAN MEDIS UNIT PELAYANAN INTENSIF DAN RUANG KHUSUS DAN KAMAR BEDAH

1. Unit Pelayanan Ruang Khusus Rumah Sakit terdiri dari Perina dan Kamar Bedah. Unit Pelayanan Intensif Rumah Sakit terdiri dari ICU, PICU dan NICU;
2. Unit pelayanan Intensif RSUD Pesanggrahan merupakan pelayanan *intensif tersier* yang mampu memberikan tunjangan ventilasi mekanik lama serta mampu memberikan dukungan atau bantuan hidup yang lainnya;
3. ICU di kepalai oleh dokter spesialis anastesi yang bekerja purna waktu, sedangkan Perina, PICU dan NICU dikepalai oleh dokter spesialis Anak (*perinatologi*) yang bekerja purna waktu; Kamar Bedah dikepalai oleh dokter spesialis bedah yang bekerja purna waktu
4. Ketetapan pasien masuk rawat ruang Intensif dan Perina harus memenuhi kriteria medis masuk, keluar serta rujukan kriteria medis yang ditetapkan oleh Rumah Sakit;
5. Batasan Kriteria Perawatan :
 - a. ICU diperuntukkan pasien Isolasi dan pasien non isolasi
 - b. PICU diperuntukkan untuk pasien umur 28 hari – 18 tahun.
 - c. NICU diperuntukkan untuk pasien umum 0 – 28 hari.
 - d. Ruang Perawatan Perina diperuntukkan pasien bayi umur 0-28 hari
 - e. Kamar Bedah dapat melakukan tindakan operasi sesuai jenis spesialisasi Ilmu Penyakit Bedah, Obstetri Ginekologi, Ilmu Penyakit Mata, dan Ilmu Penyakit THT dengan memperhatikan kemampuan rumah sakit. Layanan Kamar Bedah sudah melayani pelayanan 24 jam dengan pembagian kerja tim Pagi , Siang dan on Call (hanya untuk tindakan *cito*).
6. Penetapan DPJP utama untuk pelayanan intensif adalah sebagai berikut :
 - a. Perina, PICU, NICU: dokter spesialis anak (*perinatologi*)
 - b. ICU : dokter spesialis anastesi yang merawat.
7. DPJP utama berkolaborasi dengan DPJP lain dalam hal penatalaksanaan pasien yang dirawat di pelayanan intensif dengan cara konsultasi ataupun rawat bersama;
8. Pasien kondisi MBO (Mati Batang Otak) harus dinyatakan minimal oleh 3 Dokter (anastesi, neuro dan DPJP utama);
9. Pasien koma dengan alat bantu nafas dirawat di ICU.

BAB IV

KEBIJAKAN PELAYANAN MEDIS RAWAT JALAN

1. Pelayanan Rawat jalan merupakan pelayanan yang terintegrasi yang dilakukan oleh semua praktisi kesehatan yang merawat pasien untuk mencapai hasil yang optimal tanpa harus mendapat perawatan inap di rumah sakit;
2. Hari pelayanan poliklinik Senin – Sabtu. Jam operasional Senin – Jumat adalah Jam 07.30 – 18.00 WIB sedangkan di hari Sabtu pukul 07.30 – 13.00 WIB;
3. Semua pasien klinik harus melakukan pendaftaran di admission rawat jalan;
4. Kriteria pasien yang dapat berobat rawat jalan adalah sebagai berikut :
 - a. Pasien dengan kesadaran yang baik atau *composmentis*.
 - b. Pasien dengan kondisi kesehatan yang stabil, mampu berkomunikasi dengan baik.
 - c. Tidak ada kegawat daruratan seperti gangguan kesadaran, gangguan pernafasan dan sirkulasi / *shock*.
 - d. Kriteria ESI 4-5 (pasien yang diarahkan ke poliklinik dari Instalasi Gawat Darurat)
5. Pasien Poliklinik rawat jalan yang akan dirawat inap, namun masih menunggu untuk proses perawatan, maka pasien ditempatkan di ruang tindakan poliklinik dengan pengawasan perawat.

BAB V

KEBIJAKAN PELAYANAN *MEDICAL CHECK UP* (MCU), HAJI & KLINIK
IMUNISASI DEWASA

1. Jam Operasional *Medical Check Up* (MCU) :
 - a. Senin – Jumat : 08.00 – 14.00 WIB
 - b. Sabtu : 08.00 – 12.00 WIB
2. Operasional pelayanan haji menyesuaikan dengan kondisi kebutuhan jamaah sesuai dengan penunjukkan dari Dinas Kesehatan, dengan waktu pelayanan :
 - a. Senin – Jumat : 08.00 – 14.00 WIB
3. Jam Operasional Klinik Imunisasi Dewasa :
 - a. Senin – Jumat : 08.00 – 14.00 WIB
4. Pelayanan *Medical Check Up* (MCU) terdiri dari :
 - a. Surat kesehatan
 - b. Tes narkoba
 - c. Tes buta warna
 - d. Surat keterangan bebas TBC, bebas HIV, Hepatitis
 - e. Pemeriksaan Penunjang laboratorium, Radiologi dan EKG
5. Pelayanan MCU melayani peserta pribadi atau perusahaan;
6. Peserta MCU dapat langsung melakukan pemeriksaan MCU pada hari yang sama jika sudah melakukan persiapan MCU, kecuali untuk pemeriksaan USG (ultrasonografi) peserta harus mendaftar terlebih dahulu ke bagian pendaftaran MCU paling lambat satu hari sebelum pemeriksaan pada jam operasional;
7. Untuk peserta MCU dalam jumlah >10 orang, harus melakukan reservasi selambat-lambatnya 2 hari sebelum melakukan pemeriksaan MCU;
8. Pengambilan hasil MCU dapat dilakukan pada setiap hari kerja sesuai jam operasional;
9. Bila peserta MCU ditemukan kelainan, maka akan dianjurkan untuk konsul ke dokter spesialis terkait dengan cara mendaftar sebagai pasien rawat jalan;
10. Pasien dengan permintaan pemeriksaan anti HIV harus disertai *informed consent*.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH PESANGGRAHAN,


DIDIET DAMAYANTI