



KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA

NOMOR : HK.01.07/XXVI.3/2289/2022

TENTANG

PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

DI RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT Jiwa Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG,

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pelayanan rawat inap yang bermutu dan meningkatkan keselamatan pasien, maka diperlukan pedoman pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a perlu ditetapkan Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan Keputusan Direktur Utama.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;

2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;

4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;

5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;

6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

7. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;

8. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan;

9. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja;

10. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah No 74 tahun 2012 tentang Perubahan Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;

11. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan;

12. Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko;

13. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
14. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Pedoman Analisis Jabatan Dan Analisis Beban Kerja;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan tindakan kedokteran;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana Rumah Sakit;
20. Keputusan Menteri Keuangan Nomor 278/KMK.05/2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang pada Departemen Kesehatan Sebagai Instansi pemerintah yang menerapkan PPK BLU;
21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 756/Men.Kes/SK/VI/2007 tentang penetapan 15 (Lima Belas) Rumah Sakit Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
22. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor KP.03.03/Menkes/4832/2021 tentang Pemberhentian dan Pengangkatan Dari Dan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Kementerian Kesehatan RI.

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN : KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA TENTANG PEDOMAN PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT JIWA Prof. Dr. SOEROJO MAGELANG

KESATU : Memberlakukan Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini.

- KEDUA** : Pedoman sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU agar digunakan sebagai acuan dalam memberikan pelayanan yang bermutu di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
- KETIGA** : Keputusan ini akan dievaluasi maksimal 2 (dua) tahun sejak tanggal ditetapkan.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku terhitung tanggal ditetapkan. Apabila di dalam keputusan ini dikemudian hari terdapat kekeliruan, maka akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Magelang
pada tanggal 31 Agustus 2022

DIREKTUR UTAMA,



RUKMONO SISWISHANTO

Lampiran : Keputusan Direktur Utama Tentang Pedoman
Pelayanan Instalasi Rawat Inap di Rumah
Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.
Nomor : HK.01.07/XXVI.3/2289/2022
Tanggal : 31 Agustus 2022

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang didirikan pada tahun 1916 dan diresmikan sebagai Rumah Sakit Jiwa pada tahun 1923 oleh pemerintah Hindia Belanda. Pada perjalanannya Rumah Sakit Jiwa mengalami beberapa kali perubahan nama dan akhirnya Pada tanggal 6 April 2001 secara resmi nama Rumah Sakit Jiwa Magelang telah berubah menjadi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No.1684/MENKES-KESSOS/SK/XI/2000.

Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang merupakan rumah sakit dengan pelayanan kekhususan di bidang Kesehatan jiwa, namun pada tahun 2009 adanya tuntutan dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang komprehensif direspon oleh Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang dengan membuka pelayanan kesehatan non psikiatri. Hal ini diperkuat oleh Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI, No.HK.03.05/I/441/09 Tentang Ijin Melaksanakan Pelayanan Kesehatan Umum di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Pelaksanaan pelayanan kesehatan umum pada rumah sakit jiwa diperkuat dengan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021, tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian yang menentukan bahwa rumah sakit jiwa dapat membuka pelayanan kesehatan di luar kekhususannya sejumlah 40% dari kapasitas rumah sakit yang tersedia 400 tempat tidur.

Pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang telah dilengkapi dengan tenaga medik spesialis dan sub spesialis meliputi: Dokter Sub Spesialis Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja, Dokter Sub Spesialis Psikiatri Forensik, Dokter Sub Spesialis Endokrinologi, Metabolik, dan Diabetikum, Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa, Dokter Spesialis Bedah, Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Spesialis Anak, Spesialis Kebidanan dan Kandungan, Spesialis Saraf, Spesialis Radiologi, Spesialis Bedah Tulang, Spesialis THTKL, Spesialis Kulit Dan Kelamin, Spesialis Anestesi, Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah, Spesialis Urologi, dan lain-lain.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

2. Untuk meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup kegiatan pelayanan rawat inap terdiri dari:

1. Pelayanan rawat inap Intensif Psikiatri
2. Pelayanan rawat inap Psikogeriatric
3. Pelayanan rawat inap Rehabilitasi NAPZA
4. Pelayanan rawat inap Psikiatri Dewasa
5. Pelayanan rawat inap penyakit dalam
6. Pelayanan rawat inap penyakit saraf
7. Pelayanan rawat inap penyakit bedah
8. Pelayanan rawat inap penyakit anak
9. Pelayanan kebidanan dan kandungan
10. Pelayanan peristri
11. Pelayanan ICU
12. Pelayanan HCU
13. Pelayanan PICU
14. Pelayanan NICU
15. Pelayanan Geriatric
16. Pelayanan Psikiatri Fisik (UPJF)
17. Pelayanan Covid-19
18. Pelayanan Stroke Ready
19. Pelayanan Privilege VIP

D. BATASAN OPERASIONAL

Dalam Pedoman ini, yang dimaksud dengan:

1. Pelayanan Rawat Inap Intensif Psikiatri merupakan suatu pelayanan rawat inap di Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang merawat pasien dalam kondisi akut atau gaduh gelisah. Pelayanan di Rawat Inap Psikiatri ini melayani pasien dengan kelas I baik pasien anak remaja, psikogeriatric maupun dewasa. Pelayanan Rawat Inap Intensif Psikiatri dibagi menjadi dua yaitu Rawat Inap Intensif Psikiatri Putra dan Rawat Inap Intensif Psikiatri Putri.

Pasien rawat inap intensif bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD atau pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri (UPJF) ataupun Anak Remaja.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap intensif :

- a. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit psikiatri atau psikiatri dengan PANSS-EC > 25 atau < 25 tetapi ada skor PANSS-EC 5.
- b. Pasien yang dalam pengelolaannya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.KJ (spesialis penyakit psikiatri)

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap intensif psikiatri :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan kondisi ditandai dengan penurunan skor PANSS-EC < 15.
 - b. Pasien yang mengalami peningkatan GAF skor > 60
2. Pelayanan rawat inap psikogeriatric merupakan suatu pelayanan rawat inap di Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien yang berumur ≥ 60 tahun.

Pasien rawat inap psikiatri psikogeriatric bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap non Psikiatri UPJF.

Ruang rawat inap untuk pasien psikogeriatric disediakan di Wisma Abiyasa / Dewi Kunthi dan memberikan pelayanan pasien kelas I, II, dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap psikogeriatric :

- a. Pasien berumur ≥ 60 tahun, atau kurang dari 60 th dan ada temuan penurunan kognitif yang signifikan dan skor PANSS-EC < 15 ,
- b. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit psikogeriatric.
- c. Pasien yang dalam pengelolaannya DPJP utamanya/ clinical leadernya SPKJ dengan kekhususan psikogeriatric

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap psikogeriatric :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
 - b. Pasien dengan skor PANSS-EC < 14 dan skor GAF > 70
3. Pelayanan rawat inap rehabilitasi NAPZA merupakan suatu pelayanan rawat inap di Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien yang terdiagnosa masalah ketergantungan NAPZA.

Pasien rawat inap rehabilitasi NAPZA bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari ruang pelayanan rawat inap intensif psikiatri dan psikiatri dewasa. Ruang rawat inap untuk rehabilitasi NAPZA disediakan di Wisma Baladewa NAPZA, untuk kelas III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap rehabilitasi NAPZA :

- a. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi rehabilitasi NAPZA berdasarkan kondisi klinis dan hasil laboratorium urine.
- b. Pasien dengan skor URICA < 6.
- c. Pasien yang dalam pengelolaannya DPJP utamanya/ clinical leadernya Psikiater atau SPKJ

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit bedah :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
- b. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang Intensif psikiatri.
- c. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan atau dengan skor URICA > 10.

4. Pelayanan rawat inap psikiatri dewasa merupakan suatu pelayanan rawat inap di Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit psikiatri atau psikiatri (usia 18 th 1 bulan sd 59 tahun tapi tanpa ada penurunan kognitif).

Pasien rawat inap psikiatri dewasa bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap non Psikiatri (UPJF) dan ruang rawat inap dewasa. Ruang rawat inap psikiatri dewasa terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap psikiatri dewasa :

- a. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit psikiatri dengan PANSS-EC <15 atau skor <18 tetapi tidak gaduh gelisah, impulsive dan tidak bermusuhan.
- b. Pasien yang dalam pengelolaannya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.KJ

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap psikiatri dewasa :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
- b. Pasien yang mengalami perbaikan status mental dengan PANSS-EC <14
- c. Pasien yang mempunyai GAF > 65

5. Pelayanan penyakit dalam merupakan suatu pelayanan rawat inap di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit dalam.

Pasien rawat inap penyakit dalam bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri ataupun Anak Remaja. Ruang rawat inap penyakit dalam terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit dalam :

- a. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit dalam, Dokter Sub Spesialis Endokrinologi, Metabolik, dan Diabetikum
- b. Pasien penyakit syaraf atau penyakit bedah disertai penyakit dalam, dengan sumber penanganan terbesarnya penyakit dalam
- c. Pasien yang dalam pengelolaannya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.PD (spesialis penyakit dalam) atau Konsultan

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit dalam :

- c. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
- d. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
- e. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit dalam atau Dokter Sub Spesialis Endokrinologi, Metabolik, dan Diabetikum dan harus dipindahkan ke bangsal rawat inap penyakit lain (mis: bedah, syaraf, psikiatri, obsgyne).

6. Pelayanan penyakit syaraf merupakan suatu pelayanan rawat inap di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit syaraf.

Pasien rawat inap penyakit syaraf bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri ataupun Anak Remaja. Ruang rawat inap penyakit syaraf terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit syaraf :

- d. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit syaraf.
- e. Pasien penyakit syaraf atau penyakit bedah disertai penyakit dalam, dengan sumber penanganan terbesarnya penyakit syaraf
- f. Pasien yang dalam pengelolaanya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.N/ Sp.S (spesialis penyakit syaraf)

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit syaraf :

- c. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
- d. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
- e. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit syaraf dan harus dipindahkan ke bangsal rawat inap penyakit lain (mis: bedah, dalam, psikiatri, obsgyn).

7. Pelayanan penyakit bedah merupakan suatu pelayanan rawat inap di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit bedah.

Pasien rawat inap penyakit bedah bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri ataupun Anak Remaja. Ruang rawat inap bedah terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit bedah :

- d. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit bedah.
- e. Pasien penyakit syaraf atau penyakit dalam disertai penyakit bedah, dengan sumber penanganan terbesarnya penyakit bedah.
- f. Pasien yang dalam pengelolaanya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.PB/ Sp.OT (spesialis penyakit bedah/ spesialis orthopedi)

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit bedah :

- d. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
- e. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
- f. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit bedah atau harus dipindahkan ke bangsal rawat inap penyakit lain (mis: dalam, dalam, psikiatri, obsgyne).

8. Pelayanan penyakit anak merupakan suatu pelayanan rawat inap di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit anak (usia 1 bulan sd 18 tahun). Pasien rawat inap penyakit anak bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri ataupun Anak Remaja. Ruang rawat inap anak terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit anak :

- c. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit anak.
- d. Pasien yang dalam pengelolaanya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.A (spesialis penyakit anak)

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit anak :

- d. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diizinkan pulang oleh DPJP.
- e. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
- f. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit anak atau harus dipindahkan ke bangsal rawat inap penyakit psikiatri.

9. Pelayanan kebidanan dan kandungan merupakan suatu pelayanan rawat inap di Instalasi Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa masalah penyakit obstetrik dan gynekologi (Obsgyne)

Pasien rawat inap penyakit obsgyne bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri ataupun Anak Remaja. Ruang rawat inap obsgyn terdapat ruang perawatan kelas VIP, kelas I, II dan III.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit obsgyne :

- a. Pasien yang didiagnosis dengan domain spesialisasi penyakit obsgyne.
- b. Pasien yang dalam pengelolaanya DPJP utamanya/ clinical leadernya Sp.OG (spesialis obstetrik dan gynekologi)

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit obsgyne :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diizinkan pulang oleh DPJP.
- b. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
- c. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit obsgyne atau harus dipindahkan ke bangsal rawat inap penyakit lain.

10. Pelayanan Perawatan Neonatus Risiko Tinggi (Peristi)

Definisi: Adalah suatu bagian pelayanan kebidanan di Rumah Sakit yang memberikan pelayanan terhadap neonatus dengan kondisi yang mengancam nyawa atau risiko mengancam nyawa dengan staf dan perlengkapan khusus. Pasien rawat inap penyakit Peristi bisa masuk melalui Instalasi Rawat Jalan, Instalasi IGD ataupun pindahan dari pasien neonatus yang mengalami perburukan.

Kriteria pasien masuk ruang rawat inap penyakit Peristi :

- a. Prematur/berat badan lahir rendah (BB < 1750 –2000 gr).
- b. Umur kehamilan 32-36 minggu.
- c. Bayi dari ibu Diabetes Mililitus.
- d. Bayi dengan riwayat apnae.
- e. Bayi dengan kejang berulang.
- f. Sepsis.
- g. Asfiksia berat.
- h. Bayi dengan gangguan pendarahan.
- i. Bayi dengan gangguan nafas (respiratory distress).

Kriteria pasien keluar ruang rawat inap penyakit obsgyne :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang atau pindah bangsal perina (bayi sehat) oleh DPJP.
- b. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang *Neonatus Intensive Care Unit* (NICU).

11. Pelayanan ICU (*Intensive Care Unit*) adalah suatu bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan terhadap pasien dengan kondisi yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan staf dan perlengkapan khusus

Kriteria masuk

- a. Pasien prioritas 1 (satu)

Kelompok ini merupakan pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi, seperti: dukungan/bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ/sistem yang lain, infus obat-obat vasoaktif kontinyu, obat anti aritmia kontinyu, pengobatan kontinyu tertitrasi, dan lain-lainnya. Contoh pasien kelompok ini antara lain, pasca bedah kardiotoraksik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan asam basa dan elektrolit yang mengancam nyawa. Institusi setempat dapat membuat kriteria spesifik untuk masuk ICU, seperti derajat hipoksemia, hipotensi dibawah tekanan darah tertentu. Terapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak mempunyai batas.

- b. Pasien prioritas 2 (dua)

Pasien ini memerlukan pelayanan pemantauan canggih di ICU, sebab sangatberisiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan *pulmonary arterial catheter*. Contoh pasien seperti ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung-paru, gagal ginjal akutdan berat atau yang telah mengalami pembedahan

major. Terapi pada pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas, karena kondisi mediknya senantiasa berubah.

c. Pasien prioritas 3 (tiga)

Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasarinya, atau penyakit akutnya, secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan/atau manfaat terapi di ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien ini antara lain pasien dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial tamponade, sumbatan jalan napas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertaikomplikasi penyakit akut berat.

Pengelolaan pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru.

Pengecualian

Dengan pertimbangan luar biasa, dan atas persetujuan Koordinator Pelayanan ICU, indikasi masuk pada beberapa golongan pasien bisa dikecualikan, dengan catatan bahwa pasien-pasien golongan demikian sewaktu waktu harus bisa dikeluarkan dari ICU agar fasilitas ICU yang terbatas tersebut dapat digunakan untuk pasien prioritas 1, 2, 3 (satu, dua, tiga). Pasien yang tergolong demikian antara lain:

- a. Pasien yang memenuhi kriteria masuk tetapi menolak terapi tunjangan hidup yang agresif dan hanya demi "perawatan yang aman" saja. Ini tidak menyingkirkan pasien dengan perintah "DNR (*Do Not Resuscitate*)". Sebenarnya pasien-pasien ini mungkin mendapat manfaat dari tunjangan canggih yang tersedia di ICU untuk meningkatkan kemungkinan survivalnya.
- b. Pasien dalam keadaan vegetatif permanen.
- c. Pasien yang telah dipastikan mengalami mati batang otak. Pasien-pasien seperti itu dapat dimasukkan ke ICU untuk menunjang fungsi organ hanya untuk kepentingan donor organ.

Penerimaan pasien di ICU baik dari IGD, Poliklinik, ruang perawatan lain melalui persetujuan dari koordinator pelayanan ICU. Apabila koordinator pelayanan ICU tidak dapat dihubungi maka dokter penanggung jawab utama dan dokter jaga berhak untuk menyetujui pasien masuk ICU.

Pengiriman pasien ke ICU menjadi tanggung jawab perawat ruang/unit sebelumnya. Dan setelah masuk ICU maka Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) tetap DPJP utama sesuai ketentuan penetapan DPJP.

Kriteria keluar

- a. Pemulangan pasien dari ICU atas permintaan pasien/keluarga yang kondisinya masih dalam kekritisan dan masih memerlukan perawatan intensif, melalui persetujuan atau inform consent penolakan perawatan di ICU, yang sebelumnya sudah diberikan penjelasan oleh tim kesehatan yang meliputi diagnose, prognosa

pasien. Penanda tangan dilakukan oleh keluarga inti (misalnya: suami/istri/anak/orang tua).

Sebelum keluar dari ICU maka semua peralatan invasive yang terpasang pada pasien harus dilepas, seperti; infus, naso gastric tube, Kateter dower, endotrakeal tube, water seal drainage, oro/nasopharyngeal airway.

Dan bila pasien menggunakan ventilasi mekanik, ET dilepas diatas ambulan dan selama transport dari ICU ke ambulan diberikan bantuan nafas dengan FiO₂ 21 %.

Selanjutnya pasien menjadi tanggung jawab keluarga sepenuhnya.

- b. Pasien yang mengalami perbaikan kondisi yang dinyatakan oleh Koordinator Pelayanan ICU atau DPJP bisa pindah bangsal.
 - c. Pasien yang dinyatakan meninggal dunia.
12. Pelayanan HCU (*High Care Unit*) adalah unit pelayanan di rumah sakit bagi pasien dengan kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun masih memerlukan pengobatan, perawatan, dan pemantauan secara ketat
 13. Pelayanan NICU (*Neonatal Intensive Care Unit*) adalah suatu bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan terhadap pasien pediatrik dengan batas umur lebih dari 0 hari sampai dengan 28 hari dengan kondisi yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan staf dan perlengkapan khusus
 14. Pelayanan PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*) adalah suatu bagian dari Rumah Sakit yang memberikan pelayanan terhadap pasien pediatrik dengan batas umur lebih dari 28 hari sampai dengan 18 tahun dengan kondisi yang mengancam nyawa atau potensial mengancam nyawa dengan staf dan perlengkapan khusus
 15. Pelayanan Geriatri adalah suatu bagian pelayanan geriatri di rumah sakit yang memberikan pelayanan terhadap pasien usia 60 tahun yang memiliki lebih dari satu diagnosis penyakit fisik dan /atau psikis serta usia 70 tahun keatas yang memiliki satu diagnosis penyakit fisik dan /atau psikis.
Ruang perawatan pasien geriatri saat ini dipusatkan di Wisma Indraloka, apabila keterisian pasien > 70% atau atas pertimbangan keterisian kamar maka sebagian pasien geriatri masuk ke Wisma Pringgondani 1 atau Wisma Pringgondani 2 sesuai dengan dasar diagnosisnya.
 16. Unit Pelayanan Psikiatri Fisik (UPJF) adalah unit rawat inap yang memberikan pelayanan rawat inap pada pasien gangguan psikiatri yang mempunyai penyakit fisik, ataupun pasien rawat inap fisik yang mempunyai tanda dan gejala gangguan psikiatri yang membahayakan diri dan lingkungan serta berisiko penyebab keluhan pasien lain terkait tanda dan gejala gangguan psikiatri yang dialaminya.
Pendaftaran Pasien: Setelah dilakukan triage dari IGD, Instalasi Rawat Jalan, atau bangsal lain, sebelum pasien dimasukkan ke UPJF, pasien dan/atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di UPJF, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di UPJF. Penjelasan tersebut diberikan oleh dokter yang bertugas serta bisa didelegasikan ke perawat yang bertugas (PJ Shift). Atas penjelasan tersebut pasien dan/atau keluarganya dapat

menerima/menyatakan persetujuan untuk dirawat di UPJF. Persetujuan dinyatakan dengan menandatangani formulir informed consent.

Dalam keadaan darurat yang keluarga/ penanggungjawab pasien tidak dapat segera hadir maka penjelasan dan persetujuan dapat dilakukan melalui telpon dan lembar inform consent bisa ditandatangani pada kemudian hari.

Apabila dalam keadaan darurat pasien harus segera dipindahkan ke UPJF sedangkan keluarga/ penanggungjawab tidak bisa dihubungi maka DPJP dapat segera memindahkan pasien ke UPJF untuk mendapat pengelolaan penyakit sesuai kondisi pasien.

Kriteria pasien masuk UPJF :

- a. Pasien gangguan psikiatri Fase Akut, maintenance, atau Rehabilitasi yang terindikasi mengalami penyakit fisik, yang atas perintah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Psikiatri atau konsulen DPJP spesialis lainnya harus dilakukan perawatan di UPJF.
- b. Pasien gangguan psikiatri anak remaja, dewasa atau geriatri psikiatri yang terindikasi mengalami penyakit fisik, yang atas perintah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) Psikiatri atau konsulen DPJP spesialis lainnya harus dilakukan perawatan di UPJF.
- c. Pasien dengan penyakit fisik yang ditemukan gangguan psikiatri dalam fase rawat inap dan yang atas perintah Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) atau konsulen DPJP spesialis psikiatri harus dilakukan perawatan di UPJF.

Kriteria pasien keluar UPJF :

- a. Pasien yang mengalami perbaikan atau sembuh dan diijinkan pulang oleh DPJP.
 - b. Pasien yang mengalami perburukan kondisi fisik dan harus dipindahkan ke ruang HCU atau ICU.
 - c. Pasien yang mengalami perbaikan, sembuh atau sudah tidak membutuhkan perawatan penyakit fisiknya dan harus dipindahkan ke bangsal rawat inap psikiatri.
17. Pelayanan Covid-19 dan ruang penyakit infeksius adalah merupakan suatu pelayanan dari Rumah Sakit yang dikelompokkan bagi pasien-pasien yang terdiagnosa Covid-19, Suspect Covid-19 serta penyakit infeksius lainnya, termasuk pasien yang membutuhkan ruangan dengan tekanan positif atau negatif (pasien imunokompromise). Ruangan yang disediakan di Wisma Dewi Ratih, yang memiliki 2 sayap terdiri 15 kamar dengan kapasitas 18 TT (1 kamar bertekanan positif, 2 kamar bertekanan negatif, lainnya 12 kamar room air)
18. Pelayanan Stroke Ready adalah penanganan stroke secepatnya dengan rentang golden periode 4,5 jam sejak gejala dirasakan. Pelayanan dirawat inap dengan terapi trombolisis dialokasikan di ruang HCU. Dan apabila pasien mengalami perbaikan dipindahkan sesuai kelas jaminan ke Wisma Pringgondani 1 atau Wisma Indraloka.
19. Pelayanan Privilege VIP yang dimaksud adalah pelayanan tambahan yang diberikan kepada semua pasien VIP pada selama dirawat (minimal 1 x

- teleconference care plan*) dan paska rawat hari ke 3 dilakukan sapa pelanggan untuk mengingatkan kontrol dan menawarkan layanan *telemedicine*.
20. Dokter Penanggung Jawab Pasien / DPJP adalah dokter yang membuat keputusan Medis dan menjadi penanggung jawab Medis pasien
21. Case Manager adalah Profesional dalam Rumah Sakit yang bekerja secara kolaboratif dengan para pemberi asuhan

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
6. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
7. Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2019 tentang Kebidanan;
8. Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/Menkes/Per/III/2008 Tentang Rekam Medis.
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 Tentang Persetujuan tindakan kedokteran.
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2016 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan Dan Prasarana Rumah Sakit.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

Dalam upaya memberikan pelayanan prima pada pasien diperlukan tenaga kesehatan yang kompetan dan trampil, maka perlu kiranya rumah sakit menyediakan dan mempertahankan sumber daya manusia yang tepat untuk mencapai tujuan tersebut.

Atas dasar tujuan diatas perlunya melakukan perencanaan sumber daya manusia yang tepat guna, tujuannya untuk dapat mengantisipasi dan menyiapkan sumber daya manusia sesuai dengan kewenangan klinisnya. Sehingga rumah sakit mampu mendayagunakan tenaga kesehatan seefektif mungkin dan pada waktu yang tepat dapat disediakan sejumlah tenaga kesehatan dengan persyaratan yang terstandar sesuai dengan jabatannya.

Perencanaan sumber daya manusia juga bertujuan untuk mempertahankan serta meningkatkan kompetensi dan ketrampilan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien,sehingga menghasilkan pelayanan prima sesuai dengan tujuan awal.

Adapun kualifikasi sumber daya manusia di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang adalah sebagai berikut :

Tabel Kualifikasi SDM Instalasi Rawat Inap RSJ Prof. Dr. Soerojo Magelang

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI FORMAL & INFORMAL	TENAGA YANG DIBUTUHKAN
Ka. Instalasi Rawat Inap	Dokter/ S1 Keperawatan + Ners (Pengalaman Kerja minimal 2 tahun)	1
Ka Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri	Ners Kesehatan (Pengalaman minimal 2 tahun)	1
Ka Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri	Ners Kesehatan (Pengalaman minimal 2 tahun)	1
Ka Ruang	Ners / DIV/ DIII Keperawatan / Kebidanan (Pengalaman minimal 5 tahun)	18
PN	Ners/ DIV Keperawatan / Kebidanan (Pengalaman minimal 2 tahun)	40
Dokter Spesialis dasar	Profesi Dokter Spesialis Bedah, Anak, Dalam, Obsgyn, Saraf	Masing- masing 1

NAMA JABATAN	KUALIFIKASI FORMAL & INFORMAL	TENAGA YANG DIBUTUHKAN
Dokter spesialis Penunjang	Profesi dokter spesialis Patologi Klinik, Patologi Anatomi, Radiologi, Anestesi, Rehabilitasi Medik, THTKL, Kulit dan Kelamin	Masing-masing 1
Dokter Spesialis Kedokteran Jiwa	Profesi dokter spesialis kedokteran jiwa	12
Dokter Sub Spesialis	KEMD, Sub Spesialis Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja, Sub Spesialis Psikiatri Forensik, dan lain-lain	4
Dokter umum	Profesi Dokter Umum	10
Dokter Gigi	Profesi Dokter Gigi	2
Perawat Spesialis	Perawat Spesialis Kep Psikiatri	2
Perawat	Ners	81
Perawat	DIV Keperawatan	21
Perawat	DIII Keperawatan	160
Bidan	DIII Kebidanan	14
Pengadministrasi umum	DIII Adminkes (Pengalaman minimal 5 tahun)	2
Administrasi Ruangan	SLTA	9
Cleaning Service	SLTP	38

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

1. Kepala Instalasi Rawat Inap

- a. Nama Jabatan : Kepala Instalasi Rawat Inap
- b. Ikhtisar Jabatan : Penanggungjawab teknis non struktural yang mengelola, membina dan mengendalikan pelaksanaan teknis kegiatan Instalasi Rawat Inap berdasarkan kebijakan Direktur Utama.
- c. Syarat Jabatan :
 - 1) Pendidikan Formal : D-IV atau S-1 bidang Kedokteran/ Kedokteran Gigi, Bidang Kesehatan.
 - 2) Pendidikan dan Pelatihan : Manajemen pelayanan.
 - 3) Pengalaman Kerja : Minimal bekerja 1 tahun di rumah sakit.
- d. Uraian Tugas :
 - 1) melakukan pengelolaan pelayanan dan pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa.

- 2) melakukan penyiapan bahan rencana pelaksanaan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa.
 - 3) melakukan penyiapan bahan untuk penyusunan rencana penatalaksanaan fasilitas, alat penunjang medik dan alat penunjang nonmedik di lingkup instalasi.
 - 4) melakukan penyiapan bahan untuk koordinasi pelaksanaan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa.
 - 5) melakukan penyiapan bahan untuk kebutuhan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa.
 - 6) melakukan penyiapan bahan untuk pemantauan dan evaluasi dalam bentuk laporan instalasi.
 - 7) melakukan pengembangan dan inovasi pelayanan di lingkup instalasi.
 - 8) menyusun Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit dalam lingkup instalasi.
 - 9) menyusun rancangan regulasi dalam lingkup instalasi dan menerapkan, serta menjaga terlaksananya regulasi di instalasi.
 - 10) mengevaluasi kinerja pegawai terkait.
 - 11) melaksanakan tugas kedinasan lainnya.
- e. Tanggung Jawab :

No	Uraian
1.	Ketepatan dan kelancaran pengelolaan pelayanan dan pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
2.	Ketepatan penyiapan bahan rencana pelaksanaan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
3.	Ketepatan penyiapan bahan untuk penyusunan rencana penatalaksanaan fasilitas, alat penunjang medik dan alat penunjang nonmedik di lingkup instalasi.
4.	Ketepatan penyiapan bahan untuk koordinasi pelaksanaan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
5.	Ketepatan penyiapan bahan untuk kebutuhan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
6.	Ketepatan penyiapan bahan untuk pemantauan dan evaluasi dalam bentuk laporan instalasi.
7.	Ketepatan pengembangan dan inovasi pelayanan di lingkup instalasi.
8.	Ketepatan Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit dalam lingkup instalasi.
9.	Ketepatan rancangan regulasi dalam lingkup instalasi dan menerapkan, serta menjaga terlaksananya regulasi di instalasi
10.	Kesesuaian pembinaan bawahan dan hubungan kerja di instalasi
11.	Kesesuaian pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan

f. Wewenang :

No	Uraian
1.	Menentukan substansi pengelolaan pelayanan dan pelaksanaan kendali mutu, kendali biaya, dan keselamatan pasien pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
2.	Menentukan substansi penyiapan bahan rencana pelaksanaan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
3.	Menentukan substansi penyiapan bahan untuk penyusunan rencana penatalaksanaan fasilitas, alat penunjang medik dan alat penunjang nonmedik di lingkup instalasi.
4.	Menentukan substansi penyiapan bahan untuk koordinasi pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
5.	Menentukan substansi penyiapan bahan untuk kebutuhan pelayanan rawat inap jiwa dan rawat inap non jiwa
6.	Menentukan substansi penyiapan bahan untuk pemantauan dan evaluasi dalam bentuk laporan instalasi.
7.	Menentukan substansi pengembangan dan inovasi pelayanan di lingkup instalasi.
8.	Menentukan substansi Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit dalam lingkup instalasi.
9.	Menentukan substansi rancangan regulasi dalam lingkup instalasi dan menerapkan, serta menjaga terlaksananya regulasi di instalasi
10.	Menentukan metode pembinaan bawahan dan hubungan kerja di instalasi.
11.	Menentukan metode dan substansi pelaksanaan tugas kedinasan lain yang diberikan oleh pimpinan

2. Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri.

a. Uraian Tugas

- 1) Menyusun Usulan SPO pelayanan Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri..
- 2) Menyusun Hasil Pantauan & pelaksanaan kegiatan pelayanan di Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri yang optimal
- 3) Menyusun Hasil pemantauan efektifitas penggunaan aset dan barang sediaan Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri.
- 4) Menyusun Hasil pemantauan & Evaluasi kinerja.
- 5) Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dalam rangka kelancaran tugas rumah sakit.

b. Tanggung Jawab

- 1) Melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas kepada Kepala Instalasi.
- 2) Menjamin kelancaran operasional dalam pelayanan rawat inap.
- 3) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

c. Wewenang

Mengkoordinir hubungan pelayanan di Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri dengan pelanggan baik internal maupun eksternal.

d. Kualifikasi Jabatan

S1 Keperawatan + Ners

Sekurang-kurangnya S1 Keperawatan + Ners dengan pelatihan manajemen Rawat Inap dan bekerja di Rumah Sakit JiwaProf. Dr. Soerojo Magelang minimal 2 tahun.

3. Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri.

a. Uraian Tugas

- 1) Menyusun Usulan SPO pelayanan Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri..
- 2) Menyusun Hasil Pantauan & pelaksanaan kegiatan pelayanan di Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri yang optimal
- 3) Menyusun Hasil pemantauan efektifitas penggunaan aset dan barang sediaan Instalasi Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri.
- 4) Menyusun Hasil pemantauan & Evaluasi kinerja.
- 5) Melaksanakan tugas kedinasan lainnya yang ditugaskan oleh atasan dalam rangka kelancaran tugas rumah sakit.

b. Tanggung Jawab

- 1) Melaporkan dan mempertanggungjawabkan pelaksanaan tugas kepada Kepala Instalasi.
- 2) Menjamin kelancaran operasional dalam pelayanan rawat inap.
- 3) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh atasan.

c. Wewenang

Mengkoordinir hubungan pelayanan di Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri dengan pelanggan baik internal maupun eksternal.

d. Kualifikasi Jabatan

S1 Keperawatan + Ners

Sekurang-kurangnya S1 Keperawatan + Ners dengan pelatihan manajemen Rawat Inap dan bekerja di Rumah Sakit JiwaProf. Dr. Soerojo Magelang minimal 2 tahun.

C. PENGATURAN JAM KERJA DAN JAGA

JABATAN	PENGATURAN JAGA	
	HARI	WAKTU
Kepala Instalasi Rawat Inap	Senin - Jumat	07.30 - 16.00
Kepala Sub Instalasi Rawat Inap Psikiatri.	Senin – Jumat	07.30 - 16.00
Kepala Sub Instalasi Rawat Inap Non Psikiatri.	Senin – Jumat	07.30 - 16.00

D. SWING WORKER

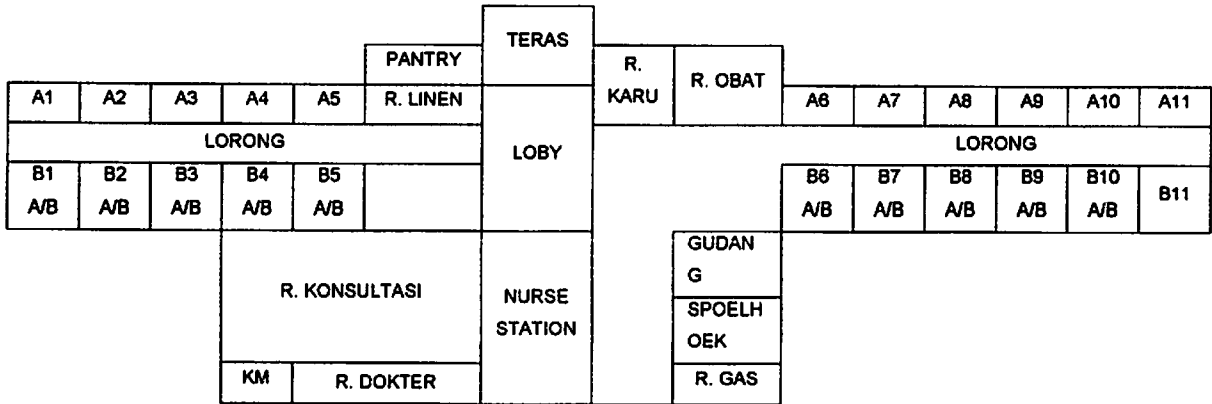
Swing worker adalah cara pemenuhan kebutuhan SDM dalam waktu singkat, dengan memindahkan sdm dari suatu unit/ ruang dengan volume pekerjaan sedikit ke unit/ ruang lain yang mempunyai volume pekerjaan yang lebih banyak, swing worker terdiri dari 3 macam:

1. Definitif: swing worker dalam waktu tetap yang penjadwalanya mengikuti unit penerima swing
2. Full ship: swing worker 1 ship penuh
3. Parsial: swing worker hanya untuk memenuhi ketika dalam suatu kegiatan saja

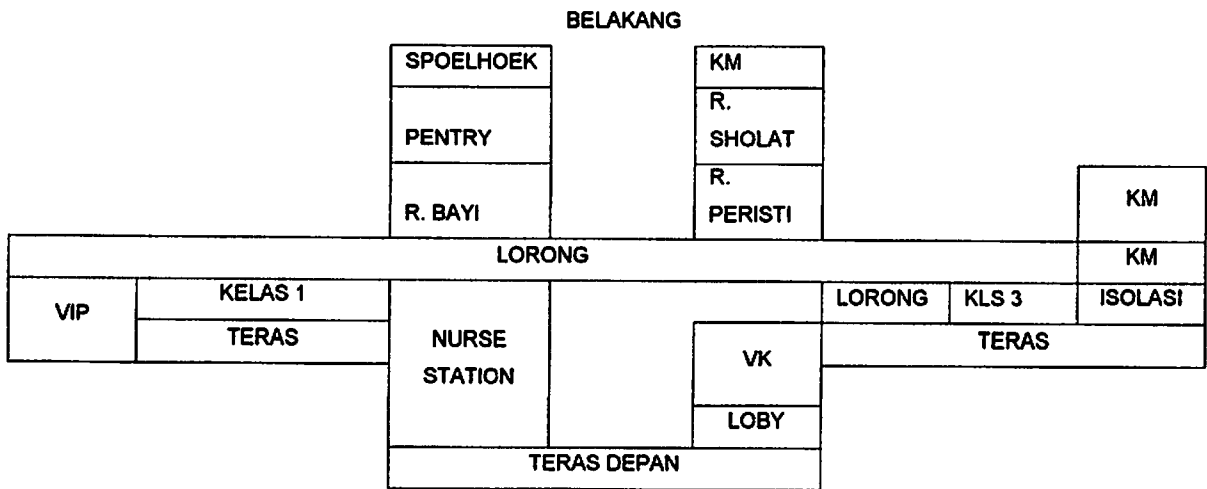
BAB III
STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANG

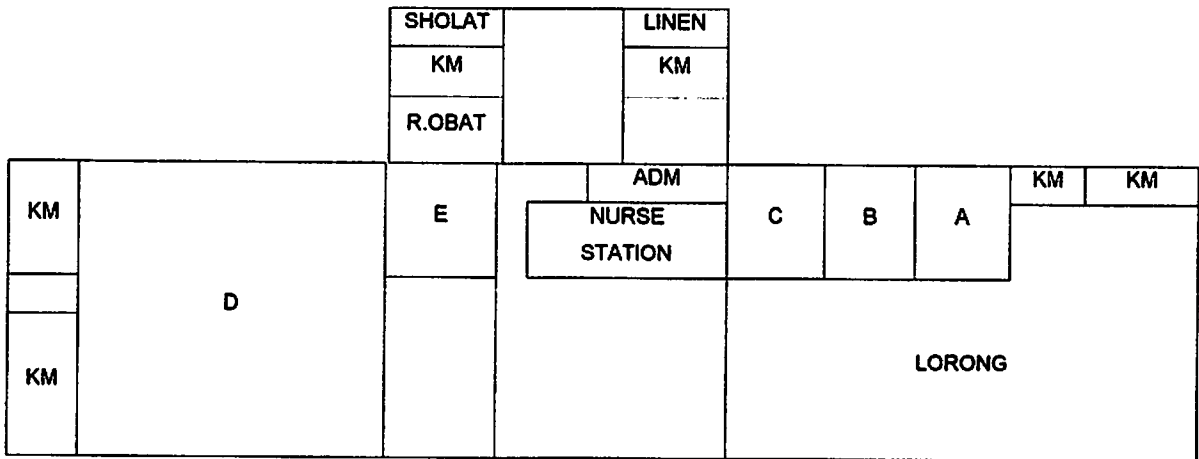
1. Wisma Ruang Vip dan Kelas 1



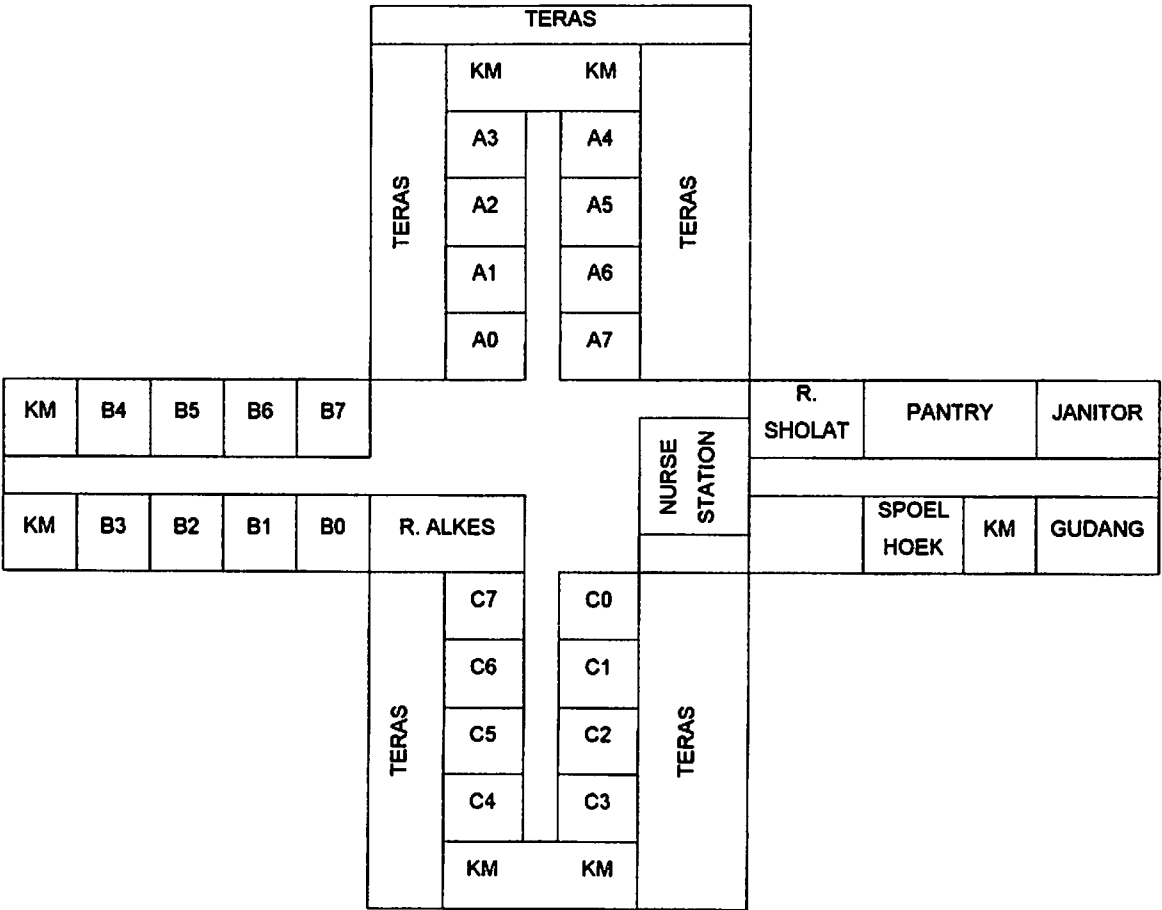
2. Wisma Ruang Obsgyne



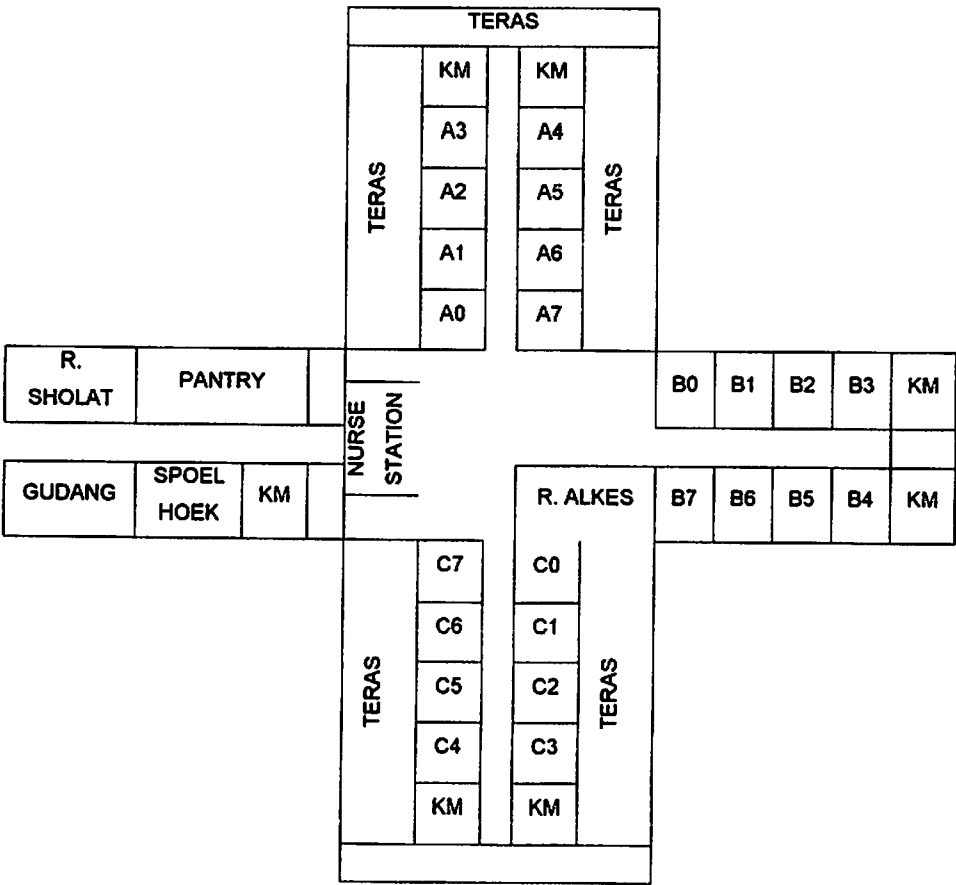
3. Wisma Ruang UPJF



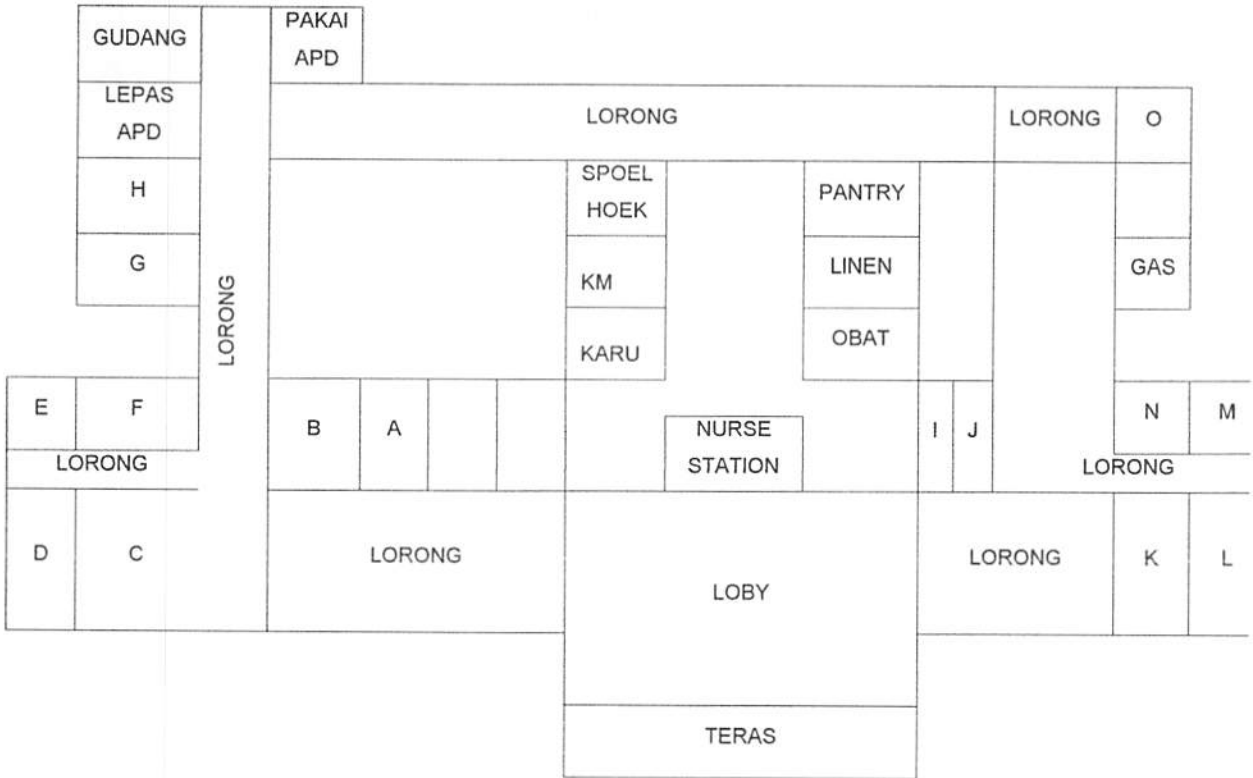
4. Wisma Ruang Bedah, Syaraf dan Anak



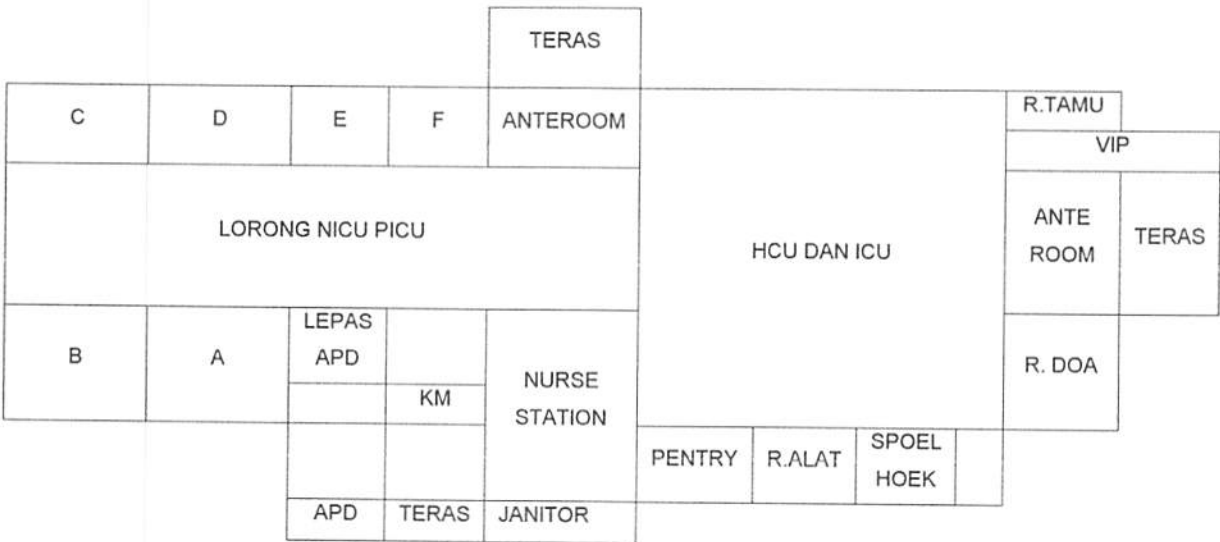
5. Wisma Ruang Penyakit Dalam



6. Wisma Ruang Isolasi



7. HCU ICU PICU NICU



B. Standar Fasilitas

1. Gedung

a. Jenis ruangan dan ukuran luas

No	Nama Ruang	Luas(minimal)	Satuan
1	Ruang perawatan		
	VIP	18	M ² / TT
	Kelas Standar PBI (JKN A)	7,2	M ² / TT
	Kelas Standar Non PBI (JKN B)	10	M ² / TT
	UPI	18	M ² / TT
	Kelas 1	12	M ² / TT
	Kelas 2	10	M ² / TT
	Kelas 3	7,2	M ² / TT
2	R. Jaga perawat	20	M ²

No	Nama Ruang	Luas(minimal)	Satuan
3	R. Konsultasi	12	M ²
4	R. Tindakan	24	M ²
5	R. Administrasi	9	M ²
6	R. Dokter	20	M ²
7	R. GANTI/LOKER	9	M ²
8	R. Kepala Ruang	12	M ²
9	R. LINEN bersih	18	M ²
10	R. Linen kotor	9	M ²
11	R. Spoelhook	9	M ²
12	Kamar mandi	25	M ²
13	Pantry	9	M ²
14	Janitor	9	M ²
15	Gudang bersih	18	M ²
16	Gudang kotor	18	M ²

b. Persyaratan gedung lainnya

- 1) Ruang rawat inap 1 tempat tidur setiap kamar (VIP).
- 2) Jarak (as) antar tempat tidur 2,4 m
- 3) Jarak antar tepi tempat tidur 1,5 m
- 4) Ventilasi udara minimal 6 ACH
- 5) Pencahayaan mengoptimalkan pencahayaan alami.
- 6) Setiap tempat tidur dilengkapi dengan minimal 2 kotan kontak listrik, outlet oksigen sentral dan nurse call yang terhubung dengan nurse station.
- 7) Ruangan terpisah berdasarkan jenis kelamin, usia, jenis penyakit (Infeksius, non infeksius, bersalin)
- 8) Jumlah maksiamal tempat tidur per ruangan kelas standar PBI JKN (A): 6 tempat tidur, Kelas Standar Non PBI JKN (B): 4 tempat tidur.
- 9) Nakas per tempat tidur 1 buah.
- 10) Tirai/ partisi antar tempat tidur rel dibenamkan atau menempel di plafon dan bahan non porosif.
- 11) Suhu ruangan 20-26°C.
- 12) Ruang ISOLASI untuk merawat pasien penyakit menular/ yang menimbulkan bau/ gaduh gelisah.

2. Fasilitas Ruangan

No	Nama Ruangan	Fasilitas
1	R. Perawatan	Tempat tidur pasien, lemari, nurse call, meja, kursi, televisi, tirai pemisah bila ada, (sofa untuk ruang perawatan VIP)
2	Nurse station	Meja, Kursi, lemari arsip, lemari obat, telepon/intercom, alat monitoring untuk pemantauan terus menerus fungsi2 vital pasien.
3	R. Konsultasi	Meja, Kursi, lemari arsip, telepon/intercom, peralatan kantor

No	Nama Ruangan	Fasilitas
		lainnya
4	R. Tindakan	Lemari alat periksa & obat, tempat tidur periksa, tangga roolstool, wastafel, lampu periksa, tiang infus dan kelengkapan lainnya.
5	R. Administrasi	Meja, Kursi, lemari arsip, telepon/ intercom, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya
6	R. dokter jaga	Tempat tidur, sofa, lemari, meja/kursi, wastafel.
7	R. Perawat	Sofa, lemari, meja/kursi, wastafe
8	R. Kepala ruang	Lemari, meja/kursi, sofa, komputer, printer dan peralatan kantor lainnya.
9	R. ganti	Loker, dilengkapi toilet (KM/WC)
10	R linen bersih	lemari
11	R. Linen kotor	Bak penampungan linen kotor
12	Spoelhook	Kloset leher angsa, keran air bersih (Sink) Ket : tinggi bibir kloset + 80-100 m dari permukaan lantai
13	Toilet	Kloset, wastafel, bak air
14	Pantry	Kursi+meja untuk makan, sink, dan perlengkapan dapur lainnya.
15	R. ISOLASI	Tempat tidur pasien, lemari, nurse call
16	Gudang bersih	lemari
17	Janitor	Lemari/ rak

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. PENDAFTARAN

Pendaftaran pasien rawat inap baru dilaksanakan melalui IGD atau rawat jalan. Instalasi Rawat Inap juga melayani pasien pindahan dari Instalasi rawat inap lain (psikiatri dan Keswar). Kelas pelayanan yang ditawarkan: VIP dan kelas standar A dan kelas standar B. Perpindahan kelas / naik kelas perawatan dilayani oleh Instalasi verifikasi dan klaim.

B. SERAH TERIMA PASIEN

Serah terima pasien antara perawat IGD/ Rawat Jalan/ Instalasi Rawat Inap lain dilaksanakan di bangsal perawatan Instalasi Rawat Inap dengan metode SBAR (*Situation-Background-Asesmen-Recomendation*) langsung di depan pasien.

C. PELAYANAN RAWAT INAP

1. Asesmen Awal

Setiap pasien baru yang dirawat di Instalasi Rawat Inap dilakukan asesmen awal dalam waktu 1x24 jam. Form asesmen awal medis diisi oleh DPJP atau dokter jaga bangsal di luar jam kerja, form lain diisi oleh perawat bangsal dan diverifikasi oleh DPJP. Pasien pindahan dari bangsal lain tidak dilakukan asesmen awal bila sebelumnya sudah dilakukan asesmen awal.

2. Asesmen Ulang

Asesmen ulang dilakukan pada pasien yang telah menjalani asesmen awal > 30 hari.

3. Asesmen Khusus

Asesmen khusus diberikan pada pasien yang memerlukan sesuai dengan penyakit yang dideritanya.

4. *Follow up* terintegrasi

Pasien yang dirawat di Instalasi Rawat Inap diberikan *follow up* terintegrasi setiap hari oleh DPJP, perawat, petugas gizi dan pemberi asuhan lainnya. *Follow up* dicatat dalam lembaran catatan pasien terintegrasi.

5. Pemeriksaan diagnostik/ penunjang

a. Pemeriksaan radiologi

Pasien didaftarkan oleh petugas bangsal, dilakukan persiapan pemeriksaan bila diperlukan kemudian diantar ke radiologi untuk pemeriksaan

b. Pemeriksaan laboratorium

Untuk pemeriksaan elektif, pengambilan sampel dilakukan oleh petugas laboratorium pada jam keliling, sedangkan untuk pemeriksaan cito, sampel diambil perawat bangsal dan diantar langsung ke laboratorium

c. Lainnya

Pasien didaftarkan dahulu, dipersiapkan dan diantar oleh perawat bangsal.

6. Asesmen pasien akhir hayat

Kepada pasien yang akan meninggal dan keluarganya, dilakukan asesmen dan asesmen ulang sesuai kebutuhan individual mereka. Asesmen dan asesmen ulang perlu dilaksanakan secara individual untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga apabila pasien mendekati kematian.

7. Tindakan yang memerlukan inform consent

Tindakan kedokteran yang invasif dan berisiko tinggi diberikan kepada pasien setelah mendapat persetujuan dari keluarga pasien dengan mengisi form inform consent. Untuk tindakan operatif maka inform consent diberikan oleh dokter yang akan melaksanakan tindakan/ operator. Tindakan transfusi darah maka inform consent dapat diberikan oleh dokter bangsal di luar jam dinas.

8. Persiapan ECT

Pasien yang akan dilakukan tindakan ECT elektif di Sub Instalasi Rawat Inap Jiwa dipersiapkan di bangsal oleh perawat. Persiapan dilakukan dengan melakukan pemeriksaan fisi pasien, melakukan pemeriksaan laboratorium (khususnya elektrolit darah) dan pemeriksaan ECG. Hasil pemeriksaan dikonsulkan ke dokter Anestesi. Pasien dipuasakan minimal 4 jam.

9. Pasien post ECT

Pasien post ECT yang dilakukan monitoring kondisi pasien selama kurang lebih 1 jam 30 menit.

10. Persiapan operasi

Pasien yang akan dilakukan tindakan operasi baik cito ataupun elektif di Instalasi Rawat Inap dipersiapkan di bangsal oleh perawat. Untuk pasien cito maka operasi dapat dilaksanakan segera sedangkan untuk operasi elektif, operasi didaftarkan oleh perawat bangsal ke kamar operasi satu hari sebelumnya.

11. Pasien post operasi

Pasien post operasi yang dikembalikan ke bangsal perawatan maka diberikan pelayanan balance cairan selama minimal 1x 24 jam untuk mengobservasi kestabilan hemodinamik nya atau sesuai instruksi DPJP.

12. Pasien rencana pulang

Persiapan pasien pulang di Instalasi Rawat Inap dengan memberikan edukasi discharge planning dan surat perintah rawat jalan.

13. Pasien yang akan dirujuk ke rumah sakit lain

Pasien diasesmen berdasarkan level kebutuhan perawatan pasien kritis oleh dokter, kemudian ditentukan jenis petugas transfer dan peralatan medis yang diperlukan. Sebelum melakukan rujukan maka petugas bangsal memastikan dahulu fasilitas kesehatan rujukan yang akan dituju.

14. Pasien yang akan ditransfer ke bangsal lain

Pasien diasesmen berdasarkan level kebutuhan perawatan pasien kritis oleh dokter, kemudian ditentukan jenis petugas transfer dan peralatan medis yang diperlukan. Perawat bangsal memastikan kesiapan perawat bangsal yang akan dituju sebelum transfer dilakukan.

15. Pasien meninggal

Pasien yang meninggal dipastikan kematiannya oleh dokter. Keluarga diberikan informasi oleh dokter/ perawat bangsal dengan cara berempati.

Pengelolaan jenazah bisa dilakukan pemulasaraan di rumah sakit atau di bawa pulang setelah 2 jam post mortem, apabila keluarga menghendaki jenazah dilakukan pemulasaraan di rumah sakit atau dibawa pulang, maka wali/ keluarga menandatangani surat penolakan.

16. Pasien yang pulang paksa atau menolak tindakan medis

Pasien yang pulang paksa atau menolak tindakan medis diminta mengisi penolakannya di form yang sudah disediakan. Sebelum dipulangkan maka pasien dilepas semua alat medis yang melekat. Pasien dapat dipulangkan atau dirujuk sesuai permintaan keluarga dengan menggunakan fasilitas rumah sakit.

17. Pasien yang dicurigai Covid-19 (suspec)

Pasien suspec Covid-19 adalah:

- a. Pasien dari IGD dengan hasil swab Ag Negatif tapi ada tanda klinis mengarah Covid-19 yang dinyatakan oleh dokter.
- b. Pasien bayi persalinan dari pasien ibu dengan Ag Positif, dan bayi menunggu untuk pemeriksaan swab PCR (24 jam setelah lahir).
- c. Pasien dari rawat inap baik psikiatri maupun non psikiatri yang secara klinis mengarah ke Covid-19 namun belum dilakukan pemeriksaan PCR atau akan dilakukan pemeriksaan PCR.

D. PELAYANAN ADMINISTRASI

Pelayanan administrasi untuk pasien jaminan dilayani oleh petugas administrasi bangsal.

E. LAYANAN TRANSFUSI DARAH

Pelayanan darah dilayani dengan cara mendapatkan darah dari Instalasi Laboratorium setempat. Dilakukan monitoring selama transfusi terhadap reaksi transfusi oleh perawat.

F. PELAYANAN UPIP (UNIT PERAWATAN INTENSIF PSIKIATRI)

Pasien kritis atau gaduh gelisah di ruang tenang atau yang berasal dari IGD atau rawat jalan yang mengalami gaduh gelisah dengan memenuhi kriteria masuk rawat inap maka akan dirawat di ruang UPI selama 2-3 hari. Monitoring secara ketat dilakukan pada semua pasien , khususnya yang sedang dalam Tindakan restrain dan Tindakan seklusi. Untuk meminimalkan Tindakan restrain dan seklusi, penggunaan obat tambahan metode pengelolaan ruangan menggunakan Safewards intervention. Pelayanan pasien selama dirawat juga dijamin pemenuhan WHO-QR atau hak-hak pasien gangguan jiwa. Pasien juga mendapatkan pelayanan gizi dan farmasi. UPI juga memberikan pelayanan pasien forensic

G. PELAYANAN PASIEN DI RUANG TENANG

Pelayanan pasien dengan kondisi stabil dari status mental dilakukan di ruang tenang atau maintenance. Pelayanan pasien dilakukan dengan pendekatan farmakologik dan non farmakologik. Untuk menjamin kenyamanan dan keamanan pasien selama ada di ruangan dilakukan implementasi Safewards dan WHO-QR. Di ruang tenang pasien juga mendapatkan pelayanan gizi, psikologi dan pelayanan farmasi. Setelah kondisi stabil dan dilakukan seleksi, pasien akan mengikuti kegiatan di rehabilitasi sosial. Pelayanan di ruang tenang selain menggunakan Safewards intervention juga menggunakan Tindakan non farmakologik terapi aktivitas kelompok dan terapi individu.

H. PELAYANAN ICU

Pasien kritis diberikan pelayanan intensif di ICU berdasarkan kriteria masuk yang telah ditetapkan. Monitoring secara ketat dengan monitor pasien, pengobatan secara titrasi diberikan dan bila perlu pasien diberikan alat bantu nafas dengan ventilator. Kriteria keluar dari ICU sesuai kriteria yang sudah ditetapkan di Pedoman Pelayanan ICU.

I. PELAYANAN HCU

Pelayanan pasien dengan kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun masih memerlukan pengobatan, perawatan, dan pemantauan secara ketat

J. PELAYANAN PICU (*PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT*)

Adalah pelayanan yang diberikan pada anak usia 29 hari sampai dengan 18 tahun yang mengalami kondisi kritis. Monitoring secara ketat dengan monitor pasien, pengobatan secara titrasi diberikan dan bila perlu pasien diberikan alat bantu nafas dengan ventilator.

K. PELAYANAN NICU (*NEONATUS INTENSIVE CARE UNIT*)

Adalah pelayanan yang diberikan pada pasien bayi usia 0 hari sampai dengan 28 hari yang mengalami kondisi kritis. Monitoring secara ketat dengan monitor pasien, pengobatan secara titrasi diberikan dan bila perlu pasien diberikan alat bantu nafas dengan ventilator.

L. PELAYANAN NRT (*NEONATUS RISIKO TINGGI*) ATAU PERISTI.

Pelayanan pasien bayi usia 0 hari sampai dengan 28 hari dengan kondisi stabil dari fungsi respirasi, hemodinamik, dan kesadaran namun masih memerlukan pengobatan, perawatan, dan pemantauan secara ketat.

M. PELAYANAN PSIKIATRI FISIK.

Adalah pelayanan rawat inap yang diberikan pada pasien psikiatri yang mengalami gangguan fisiknya, pasien bisa dari rawat jalan, IGD atau rawat inap lain.

N. PELAYANAN PONEK DI RAWAT INAP

Pelayanan diberikan di ruang bersalin dan ruang perinatal risiko tinggi (PERISTI). Kriteria masuk dan keluar serta standar pelayanan yang diberikan dapat dilihat di Pedoman PONEK.

O. PENGELOLAAN LIMBAH DAN BAHAN BERBAHAYA

Pembuangan limbah di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang di koordinir oleh Instalasi Kesehatan Lingkungan bekerjasama dengan Tim PPI dan Tim K3RS. Untuk limbah cair dibuang melalui saluran pembuangan khusus yang langsung masuk ke IPAL, sedangkan untuk limbah padat dibagi dua yang infeksius dan yang non infeksius. Limbah padat infeksius dimasukkan dalam tempat sampah limbah non infeksius dengan plastic berwarna hitam dan limbah padat infeksius (selain jarum) dimasukkan dalam tempat sampah infeksius dengan plastic berwarna kuning, sedangkan limbah jarum suntik dimasukkan dalam wadah khusus limbah jarum suntik. Yang kemudian limbah-limbah tersebut diambil oleh petugas kebersihan untuk dibawa ketempat pembuangan limbah akhir.

P. PEMELIHARAAN DAN KALIBRASI ALAT

Pemeliharaan dan kalibrasi dilakukan untuk memperoleh kondisi alat yang optimal dalam pemakaiannya, sehingga diperoleh kualitas produksi pemeriksaan yang terpercaya serta adanya keamanan dalam bekerja. Pemeliharaan alat secara harian menjadi tanggung jawab perawat bangsal, terutama yang sedang bertugas. Frekuensi pemeliharaan alat tergantung keadaan dan kebutuhan alat, yang dapat dilakukan setiap hari, setiap minggu sekali maupun setiap bulan sekali. Sedangkan untuk kalibrasi alat mengikuti program kalibrasi alat dari IPSRS .

Q. CUTI PASIEN RAWAT INAP

Rumah sakit mengizinkan pasien yang sedang dalam perawatan untuk keluar rumah sakit dalam jangka waktu tertentu untuk alasan penting yang kemudian disebut cuti pasien, dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pasien dan atau penanggung jawab pasien mengajukan permohonan permohonan cuti pasien kepada DPJP
- b. DPJP berhak tidak mengizinkan cuti
- c. Menandatangani *informed consent* (ic)
- d. Ic mencantumkan identitas pasien, identitas penanggung jawab pasien, tanggal dan jam mulai dan berakhirnya cuti, lokasi pasien dalam masa cuti, telepon yang bisa dihubungi.
- e. Bersedia mematuhi program terapi
- f. Keselamatan pasien menjadi tanggung jawab pasien dan penanggung jawab pasien

- g. Apabila pasien meninggal dalam masa cuti menjadi tanggung jawab penanggung jawab pasien dan surat kematian dari Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo hanya bisa dikeluarkan apabila sudah dilakukan pemeriksaan pasien.
- h. Apabila dalam kondisi kritis dan yang membahayakan pasien segera mengakhiri cuti dan datang ke rumah sakit untuk melanjutkan perawatan
- i. Biaya perawatan dalam masa cuti ditanggung pasien dan penanggung jawab pasien
- j. Perpanjangan waktu cuti harus dengan izin dari DPJP

BAB V

LOGISTIK

A. JENIS LOGISTIK

1. Alat Tulis Kantor

Alat tulis kantor merupakan salah satu logistik yang diperlukan dalam menjalankan kegiatan di Instalasi Rawat Inap RSJ Prof Dr Soerojo Magelang. Yang termasuk alat tulis kantor adalah kertas, tinta printer, bolpoint, pensil, dll

2. Alat Rumah Tangga

Alat rumah tangga meliputi kebutuhan bangsal seperti selimut, bantal, sprei maupun sarana kebersihan seperti cairan pembersih, kain pel, sabun, pasta gigi dan lain-lain.

3. Bahan Medis Habis Pakai (Apotek)

Bahan medis habis pakai terdiri dari bahan medis yang digunakan sebagai penunjang keperluan dalam pelayanan pasien seperti Alkohol, betadin, Gliserin, Aqua, kasa dan lain-lain.

B. PEMILIHAN

Untuk pemilihan logistik ATK, ART dilakukan oleh Sub Substansi Umum Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. BMHP Apotek dipilihkan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

C. PERENCANAAN/PENGADAAN

Seluruh perencanaan Logistik di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang selama satu tahun telah direncanakan dalam RBA Instalasi di tahun sebelumnya. Untuk pengadaan ATK dan ART setiap tiga bulannya Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang mengajukan permintaan sesuai kebutuhan ke Sub Substansi Umum Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang. Untuk pengadaan BMHP apotek juga diajukan setiap tiga bulannya ke Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang tiap bulannya sesuai kebutuhan perbulannya.

D. PENERIMAAN DAN PENYIMPANAN

Penerimaan ART dan ATK dilakukan dengan cara mencocokkan data permintaan yang diajukan untuk bulan tersebut (jumlah dan jenis) dengan barang yang diberikan oleh Sub Substansi Umum. Kemudian disimpan di lemari dan gudang penyimpanan ART dan ATK di Instalasi Rawat Inap. Kemudian barang akan didistribusikan ke ruangan-ruangan yang membutuhkan setiap bulannya.

Penerimaan BMHP Apotek dilakukan dengan mencocokkan data permintaan yang diajukan untuk bulan tersebut (jumlah, jenis dan tanggal kadaluarsa) dengan barang yang diberikan oleh Instalasi Farmasi Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, kemudian disimpan di gudang reagen Instalasi Rawat Inap. Kemudian barang akan didistribusikan ke ruangan-ruangan yang membutuhkan setiap bulannya.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. PENGERTIAN

Keselamatan pasien (patient safety) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assesment resiko, identifikasi dan pengelolaan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi meminimalkan resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

Program keselamatan pasien dirancang untuk mencegah insiden keselamatan pasien, diantaranya :

1. KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) : insiden yang mengakibatkan pasien cedera
2. KNC (Kejadian Nyaris Cedera) : terjadinya insiden yg belum sampai terpapar ke pasien (→ pasien tidak cedera)
3. KTC (Kejadian Tidak Cedera) : insiden sudah terpapar ke pasien, tetapi pasien tidak timbul cedera
4. KPC (Kondisi Potensial Cedera) = *Reportable circumstance*: kondisi / situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
Contoh :Alat defibrilator yg standby tetapi kmd diketahui rusak ; ICU yg under staff
5. Sentinel Event : suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cidera yang serius. Pemilihan kata "sentinel" terkait dengan keseriusan cidera yang terjadi sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku

B. TUJUAN

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

C. TATA LAKSANA

Pelaksanaan keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap meliputi enam sasaran keselamatan pasien antara lain :

1. Identifikasi pasien
 - a. Untuk identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan, pemberian obat, pengambilan atau pemberian specimen misalnya darah dan lainnya, Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya, transfer pasien, konfirmasi kematian dan prosedur pemeriksaan radiologi untuk menggunakan minimal dua identifikasi yaitu nama dan nomor rekam medis atau tanggal lahir.

- b. Pasien dengan disabilitas (anak-anak, lansia, bisu tuli, tidak sadar, gangguan psikiatri) yang ditanya adalah penanggung jawab pasien.
- c. Pemasangan gelang identitas untuk pasien dengan ketiadaan ekstremitas dipasang di ekstremitas yang ada atau ketiadaan ekstremitas disemua bagian tubuh maka dipasang di berkas rekam medis dan tempat tidur pasien.
- d. Pasien tanpa identitas menggunakan Foto dan gelang identitas baik psikiatri dan non psikiatri (dimana pasien non psikiatri jika kondisi pasien tidak sadar dan tidak beridentitas)
- e. Khusus pasien psikiatri menggunakan Foto untuk tambahan identitas.
- f. Identitas bayi menggunakan nama ibunya. Jika bayi kembar adalah dengan menggunakan nama ibunya ditambahkan angka 1 atau 2 atau 3.

CONTOH By. Ny. Aaaaa 1

By. Ny. Aaaaa 2

- g. Pasien yang datang dengan tanpa diketahui identitasnya maka menggunakan :
 - 1) Kode Mr. X untuk pasien laki-laki
 - 2) Kode Mrs. Y untuk pasien perempuan
 - 3) Ditambahkan angka 1, 2 dan seterusnya kemudian ditambah tanggal kedatangan.
 - 4) Jika berganti hari maka penomoran dimulai dari angka 1 (satu).
 - 5) Misalnya :
 - Mr X1(01022015)
 - Mr X2(01022015)
 - 6) Jika sudah dibangsal perawatan kemudian sudah diketahui identitasnya maka dirubah di berkas rekam medis dengan cara dicorek satu kali dan dibenarkan kemudian dilaporkan ke Instalasi Rekam Medis untuk dilakukan perubahan data di SIRS.
- h. Setiap pasien dipasangkan gelang pasien dimana gelang pasien tersebut dibedakan menjadi enam warna dengan ketentuan sebagai berikut :
 - 1) Biru : laki-laki
 - 2) Pink : perempuan
 - 3) Merah : alergi
 - 4) Kuning : risiko jatuh
 - 5) Ungu : larangan diresusitasi
 - 6) Putih : Risiko bunuh diri, Risiko Melarikan diri, Risiko perilaku kekerasan
- i. Setelah pasien diperbolehkan pulang oleh dokter maka segala identitas pasien dilepas.

2. Komunikasi yang efektif

- a. Pelapor menuliskan dan melaporkan kondisi pasien dengan metode SBAR (Situation, Background, Assesment, Recommendation)
- b. Penerima perintah menulis lengkap perintahnya, membaca ulang dan melakukan konfirmasi (TBAK = Tulis, Baca ulang dan konfirmasi)

- c. Tulisan disebut lengkap bila terdiri dari jam/tanggal, isi perintah, nama penerima perintah dan tanda tangan, nama pemberi perintah dan tanda tangan (pada kesempatan berikutnya).
 - d. Baca ulang dengan jelas, bila perintah mengandung nama obat LASA, maka nama obat LASA harus dieja satu persatu hurufnya dengan fonetik alphabet
 - e. Di unit pelayanan harus tersedia daftar obat look alike dan sound alike.
 - f. Konfirmasi lisan dan tertulis, konfirmasi lisan sesaat setelah pemberi perintah mendengar pembacaan dan memberikan pernyataan kebenaran pembacaan secara lisan misal "ya sudah benar". konfirmasi tertulis dengan tanda tangan pemberi perintah yang harus diminta pada kesempatan kunjungan berikutnya.
 - g. Ada kolom keterangan yang dapat dipakai mencatat hal-hal yang perlu dicatat, misal pemberi perintah tak mau tanda tangan.
3. Kewaspadaan terhadap obat high alert
- a. Obat *high alert* harus disimpan di tempat terpisah, akses terbatas, diberi label yang jelas untuk menghindari penggunaan yang tidak disengaja
 - b. Pencampuran elektrolit konsentrat dilakukan di ruang perawatan dan dilakukan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan oleh farmasis
 - c. Pemberian obat high alert di ruangan harus selalu dilakukan double cek.
4. Penandaan Lokasi Operasi
- a. Penandaan lokasi operasi untuk mencegah operasi salah sisi
 - b. Diberikan pada lokasi operasi yang terdapat sisi kanan atau kiri
 - c. Penandaan dengan alat penanda yang tidak mudah hilang
 - d. Penandaan lokasi operasi dilakukan oleh dokter operator operasi dengan memberikan informasi sebelumnya kepada pasien dan keluarga tentang tujuan penandaan.
5. Pencegahan risiko infeksi
- a. Pencegahan risiko infeksi di bangsal perawatan dilakukan dengan hand hygiene pada 5 moment :
 - 1) Sebelum kontak dengan pasien
 - 2) Sebelum melakukan tindakan aseptis
 - 3) Setelah kontak dengan pasien
 - 4) Setelah terpapar cairan tubuh pasien
 - 5) Setelah terpapar lingkungan pasien
 - b. Pencegahan risiko infeksi juga dilakukan dengan penggunaan alat pelindung diri (APD) yang tepat. Antara lain :
 - 1) sarung tangan periksa atau serbaguna bersih harus digunakan oleh semua petugas ketika :
 - a) Ada kemungkinan kontak tangan dengan darah atau cairan tubuh lain, membran mukosa atau kulit yang terlepas
 - b) Melakukan prosedur medis yang bersifat invasive misalnya memasukkan sesuatu ke dalam pembuluh darah, seperti memasang infus

- c) Menangani bahan – bahan bekas pakai yang telah terkontaminasi atau menyentuh permukaan yang tercemar
- d) Menerapkan **Kewaspadaan Berdasarkan Penularan Melalui Kontak** (yang diperlukan pada kasus penyakit menular melalui kontak yang telah diketahui atau dicurigai), yang mengharuskan petugas kesehatan **menggunakan sarung tangan bersih, tidak steril ketika memasuki ruangan pasien**. Petugas kesehatan harus melepas sarung tangan tersebut sebelum meninggalkan ruangan pasien dan mencuci tangan dengan air dan sabun atau dengan handrub berbasis alkohol.

2) Masker

Masker harus cukup besar untuk menutupi hidung, mulut, bagian bawah dagu, dan rambut pada wajah (jenggot). Masker dipakai untuk menahan cipratan yang keluar sewaktu petugas kesehatan berbicara, batuk atau bersin serta untuk mencegah percikan darah atau cairan tubuh lainnya memasuki hidung atau mulut petugas kesehatan. Bila masker tidak terbuat dari bahan tahan cairan, maka masker tersebut tidak efektif untuk mencegah kedua hal tersebut.

3) APRON

Apron yang terbuat dari karet atau plastik, merupakan penghalang tahan air untuk sepanjang bagian depan tubuh petugas kesehatan. Petugas kesehatan harus mengenakan apron di bawah gaun penutup ketika melakukan perawatan langsung pada pasien, membersihkan pasien, atau melakukan prosedur dimana ada resiko tumpahan darah, cairan tubuh atau sekresi. Hal ini penting jika gaun pelindung tidak tahan air. Apron akan mencegah cairan tubuh pasien mengenai baju dan kulit petugas kesehatan.

6. Pencegahan risiko jatuh

- a. Semua pasien rawat inap dinilai risiko jatuhnya dan dilakukan penilaian ulang jika diindikasikan terjadi perubahan kondisi pasien atau pengobatan.
- b. Penilaian risiko jatuh pada pasien dewasa dengan skala jatuh Morse
- c. Penilaian risiko jatuh pada pasien anak dengan skala Humpty Dumpty (12-18
- d. Penilaian risiko jatuh pada pasien psikiatri dengan skala Edmonson
- e. Penilaian ulang dilakukan pada perubahan kondisi atau pengobatan :
 - 1) Pasien pasca operasi.
 - 2) Pasien pasca sedasi.
 - 3) Pasien pasca tindakan invasif resiko tinggi
 - 4) Penambahan obat- obat sedasi (kecuali pasien ICU yang menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, laksan/ diuretik, narkotik.
 - 5) Obat obat beresiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, vasodilator, antiaritmia, antihipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID, hipnotik, barbiturat, fenotiazin.
 - 6) Penurunan kesadaran.

- 7) Pasien pasca jatuh.
- f. Pencatatan dan pelaporan pencegahan risiko jatuh dilakukan setiap bulan

D. PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Di Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang, prosedur pelaporan insiden adalah sebagai berikut

Siapa pun yang mengetahui/melihat terjadinya Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dapat melaporkan melalui

1. Link data yang bisa diakses melalui jaringan website melalui telepon genggam atau gadget lainya yaitu: <http://smartapp.rsjsorojo.co.id/insiden>
2. Link yang ada di reciever internal rumah sakit yang bisa diakses melalui jaringan wifi rumah sakit <http://sididik.rsjsorojo.co.id/insiden/login> atau di komputer ruangan dengan alamat 192.168.0.50/insiden/login

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. KEAMANAN, KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Beberapa hal yang harus diperhatikan untuk mewujudkan keamanan, keselamatan dan kesehatan kerja adalah :

1. Keamanan pengunjung
 - a. Ruang tunggu pengunjung terpisah
 - b. Lantai ruangan dibuat rata, kering dan tidak licin
 - c. Sirkulasi udara di dalam ruangan harus lancar
2. Keamanan petugas di bangsal perawatan
 - a. Seluruh ruangan harus mudah dibersihkan
 - b. Permukaan meja rata, dan tahan terhadap bahan yang bersifat asam dan korosif
 - c. Penerangan di dalam ruangan harus cukup terang, adanya pemisahan tempat sampah antara bahan dari kaca, botol, sarung tangan
 - d. Pakaian petugas dan APD harus mampu melindungi dari bahan infeksius
 - e. Cuci tangan merupakan tindakan yang efektif dalam mengurangi paparan
3. Penanganan limbah
 - a. Disediakan wadah pengumpul :
 - 1) Untuk benda tajam dengan safety box
 - 2) Kantong plastik sebagai pembungkus
 - 3) Tempat/bak sampah
 - 4) Tempat pengumpulan sampah sementara apabila jumlahnya besar
 - b. Limbah sebaiknya dipisahkan berdasarkan kategori/jenis limbah dan dimasukkan ke dalam tempat/kantong sampah
 - c. Limbah yang bersifat infeksius dilakukan penanganan limbah secara khusus
 - d. Limbah kimia yang bukan termasuk dalam bahan berbahaya dapat dibuang bersama-sama limbah domestik bila dalam bentuk padat dan ke saluran air limbah bila bentuk cair. Tetapi bila berasal dari bahan beracun berbahaya (B3) perlu ditampung dalam wadah khusus dan dimasukkan ke dalam IPAL.
 - e. Sampah umum/domestik :
 - 1) Dimasukkan dalam kantong plastik warna tertentu
 - 2) Dibawa ke TPS (tempat pembuangan sampah sementara) oleh petugas kebersihan untuk selanjutnya dibuang ke TPA (tempat pembuangan akhir).

B. PENCEGAHAN BAHAYA/KECELAKAAN FISIK, KIMIA DAN BIOLOGIS

1. Tata ruang dan alat penunjang pencegahan dan penanggulangan kecelakaan
 - a. Seluruh ruangan perawatan mudah dibersihkan dan tahan terhadap reaksi disinfektan
 - b. Pada tempat yang rawan kecelakaan diberi tanda peringatan .
 - c. Koridor / gang harus bebas halangan
 - d. Lantai ruangan harus bersih, kering dan tidak licin

- e. Sistem ventilasi harus cukup dan udara dalam ruangan dibuat mengalir searah
 - f. AC / pendingin ruangan harus cukup, bisa menstabilkan suhu ruangan antara 20° C - 25° C (ruangan tertentu)
 - g. Penerangan cukup
 - h. Tersedianya APAR yang sesuai dengan kebutuhan dan diletakan pada tempat yang strategis
 - i. Penempatan alat- alat kesehatan harus sedemikian rupa sehingga tidak membahayakan petugas
2. Penanganan dan penyimpanan bahan-bahan kimia
- Syarat- syarat penyimpanan
- a. Bahan beracun
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari bahan yang mudah terbakar
 - 3) jauhkan dari bahan yang mungkin mudah bereaksi
 - 4) beri tanda bahan beracun
 - b. Bahan korosif
 - 1) tempat kan pada ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari bahan beracun
 - 3) beri tanda bahan korosif
 - c. Bahan mudah terbakar
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari sumber api atau panas
 - 3) jauhkan dari bahan oksidator
 - 4) beri tanda bahan mudah terbakar
 - d. Bahan mudah meledak
 - 1) ruangan dingin dan berventilasi
 - 2) jauhkan dari panas dan api
 - 3) jauhkan dari bahan yang mudah terbakar
 - 4) hindarkan dari gesekan / tumbukan mekanik
3. Pencegahan infeksi bagi petugas
- a. Cuci tangan dengan sabun / disinfektan pada lima moment
 - b. Gunakan sarung tangan dan masker sesuai indikasi
 - c. Jangan menyentuh mulut, mata, lubang hidung atau menggaruk-garuk bagian tubuh manapun
 - d. Sputum setelah dipakai jarumnya harus dalam keadaan tertutup
4. Sarana dan prasarana K3 yang perlu disiapkan :
- a. Sarung tangan
 - b. Masker
 - c. Apron
5. Pengamanan pada keadaan darurat :
- a. Sistem tanda bahaya

- b. Sistem evakuasi
- c. Perlengkapan P3K
- d. Alat komunikasi darurat baik di dalam atau ke luar ruangan
- e. Sistem informasi darurat
- f. Pelatihan khusus berkala tentang penanganan keadaan darurat
- g. Alat pemadam kebakaran, masker, pasir, dan sumber air terletak pada lokasi yang mudah dicapai
- h. Alat seperti kampak, palu, obeng, tangga dan tali
- i. Nomor telepon ambulan, polisi, dan pemadam kebakaran di setiap ruangan

C. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA (K3)

Pembuatan program pemeliharaan dan keselamatan kerja pegawai

- 1. Pemeriksaan general check-up untuk pegawai
- 2. Pemeriksaan skrining HbSAg untuk pegawai
- 3. Vaksinasi Hepatitis B bagi pegawai yang hasil pemeriksaan skriningnya menunjukkan HbSAg negatif dan titer anti HbS < 100
- 4. Foto thoraks setahun sekali terutama petugas di pelayanan penyakit infeksi
- 5. Pemberian makanan tambahan
- 6. Pendidikan dan pelatihan K3 untuk pegawai

BAB VIII

PENGENDALIAN MUTU

Pengendalian mutu pelayanan di Instalasi Rawat Inap berdasarkan enam indikator pelayanan rawat inap dan indikator mutu yang tercantum dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang.

A. Enam Indikator pelayanan rawat inap antara lain :

1. BOR (Bed Occupancy Rate)
2. AvLOS (Average Length of Stay)
3. BTO (Bed Turn Over)
4. TOI (Turn Over Interval)
5. GDR (Gross Death Rate)
6. NDR (Nett Death Rate)

B. Indikator mutu dalam Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Jiwa Prof. Dr. Soerojo Magelang

- 1 Angka kejadian infeksi saluran kencing nosokomial
- 2 Angka pemindahan pasien dengan PANSS-EC <15
- 3 Angka plebitis
- 4 Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
- 5 Implementasi Safewards dan WHO-QR
- 6 Jam visite dokter spesialis
- 7 Jam visite dokter spesialis
- 8 Kamar mandi dengan pengaman
- 9 Kejadian Cedera pasca Tindakan restrain
- 10 Kejadian ECT Premedikasi
- 11 Kejadian infeksi luka operasi
- 12 Kejadian kematian ibu karena persalinan
- 13 Kejadian pasien bunuh diri
- 14 Kejadian pasien melarikan diri
- 15 Kejadian pulang sebelum dinyatakan sembuh
- 16 Kejadian reaksi transfusi
- 17 Kemampuan menangani bayi baru lahir dengan asfiksia
- 18 Kemampuan menangani BBLR 1500 - 2500 gram
- 19 Kematian pasien $\geq$ 48 jam
- 20 Kematian pasien $\leq$ 48 jam
- 21 Kepatuhan dalam assesmen risiko jatuh
- 22 Kepatuhan dalam melakukan pengkajian awal medis
- 23 Kepatuhan pasien menggunakan APD (masker)
- 24 Kepatuhan pengisian Clinical Pathways
- 25 Kepatuhan terhadap *hand hygiene*
- 26 Kepatuhan terhadap *hand hygiene*

- 27 Kepatuhan visit dokter
- 28 Kepuasan pelanggan rawat inap
- 29 Ketersediaan fasilitas dan peralatan di ruang HCU
- 30 Ketersediaan fasilitas dan peralatan di ruang ICU
- 31 Ketersediaan pelayanan rawat inap
- 32 Ketersediaan tempat tidur dengan monitoring dan ventilator
- 33 Pasien dilakukan restrain setelah 24 jam pelayanan
- 34 Pasien rawat inap dengan Tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
- 35 Pelayanan konseling pada akseptor kontrasepsi mantap
- 36 Pelayanan kontrasepsi mantap yang dilakukan oleh tenaga kompeten
- 37 Pemberi pelayanan di rawat inap
- 38 Pemberi pelayanan intensif
- 39 Pemberi pelayanan persalinan dengan penyulit
- 40 Pemberi pelayanan persalinan dengan tindakan operasi
- 41 Pemberi pelayanan persalinan normal
- 42 Pemenuhan kebutuhan darah bagi setiap pelayanan tranfusi
- 43 Pencatatan dan pelaporan TB di Rumah Sakit
- 44 Pengembalian pasien ke UPI akibat perburukan kondisi
- 45 Pertolongan persalinan melalui seksio cesaria
Rata - rata pasien yang kembali ke perawatan intensif dengan kasus yang sama ≤ 72
- 46 jam
- 47 Tempat tidur dengan pengaman
- 48 Tidak adanya kejadian pasien jatuh

C. Pencatatan dan Pelaporan indikator Mutu

Pencatatan indikator mutu dilakukan sesuai dengan kamus indikator dengan penanggungjawab masing-masing ruangan oleh PIC data. Data dilaporkan tiap bulan kepada Instalasi untuk dilaporkan kepada Direktorat Pelayanan Medik, Keperawatan dan Penunjang. setiap semester.

BAB IX

PENUTUP

Demikian pedoman pelayanan Instalasi Rawat Inap ini dapat dipergunakan sebagai acuan bagi staf Instalasi dalam melaksanakan tugasnya. Dalam pelaksanaannya banyak kendala yang dihadapi antara lain kemampuan tenaga di rumah sakit, terbatasnya SDM rumah sakit, kebijakan manajemen rumah sakit dan terbatasnya sarana dan prasarana.

Untuk keberhasilan pelaksanaan pedoman pelayanan Instalasi Rawat Inap ini perlu kerja sama yang baik dengan pihak-pihak terkait.

Direktur Utama,



RUKMONO SISWISHANTO