



PEMERINTAH KABUPATEN KUDUS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI
Jl. dr. Lukmonohadi No. 19 Telp. (0291) 444001 (Hunting) Fax. (0291) 438195
email : rumahsakit@rsudkudus.com, rsudkudus@yahoo.co.id
web site : www.rsudkudus.com Kudus 59348

PERATURAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI
NOMOR : 03 Tahun 2017

TENTANG

PERUBAHAN PERATURAN DIREKTUR NOMOR: 440/901/23.02.01/2015
TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. LOEKMONO HADI

- Menimbang : a. bahwa Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus nomor: 440/901/23.02.01/2015 tentang kebijakan pelayanan disesuaikan dengan perkembangan dan kebutuhan hukum;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Perubahan Peraturan Direktur tentang Perubahan Atas Peraturan Direktur nomor: 440/901/23.02.01/2015 tentang Kebijakan Pelayanan;

- Mengingat :
1. Undang – undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112);
 2. Undang – undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144);
 3. Undang – undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153);
 4. Undang–undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116);
 5. Undang-undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 185);
 6. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
 7. Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 307);

8. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587). Sebagaimana telah diubah dengan Pemeraturan Pemerintahan Pengganti Undang-Undang Tahun 2014 tentang Perubahan atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 246);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 tentang Organisasi Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 89, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4741);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan;
11. Peraturan Presiden Nomor 111 Th 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden No. 12 Th 2003 tentang Jaminan Kesehatan;
12. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
13. Keputusan Presiden Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2010 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 363/Menkes/Per/IV/1998 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 269/Menkes/PER/III /2008 tentang Rekam Medis;
16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/ Menkes/ PER/IV/2008 tentang penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/Menkes/PER/2010 tentang Laboratorium Klinik;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519 / Menkes / PER / III / 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/ Menkes/ PER/V/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 2013 tentang Pedoman Manajemen Terpadu Pengendalian Tuberkulosis Resisten Obat;

22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis;
23. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pemeriksaan laboratorium untuk Ibu Hamil, bersalin, dan Nifas;
24. Peraturan Menteri Lingkungan Hidup Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 tentang Baku Mutu Air Limbah;
25. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial;
26. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Rumah Sakit;
27. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien;
28. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Konseling dan Tes HIV;
29. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
30. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
31. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 496/Menkes/SK/IV/2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit;
32. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;
33. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 423/Menkes/SK/IV/2007 tentang Kebijakan Peningkatan Kualitas dan Akses Pelayanan Darah;
34. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 370 tahun 2007 tentang standar profesi ahli teknologi laboratorium kesehatan;
35. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 432/MENKES/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit;
36. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

37. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit;
38. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/Menkes/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit;
39. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 364/Menkes /SK/ V/2009 tentang Pedoman Penanggulangan TB;
40. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/II/2009 tentang Standar Instalasi Gawat Darurat;
41. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1087/MENKES/SK/VIII/2010 tentang Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit;
42. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Gigi;
43. Surat Edaran Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Nomor Yan.02.08/III/673/07 tentang Penatalaksanaan TB di Rumah Sakit;
44. Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 6 Tahun 2014 tentang perubahan atas peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 15 Tahun 2008, tentang Organisasi dan Tata Kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Kudus.
45. Peraturan Daerah Kabupaten Kudus Nomor 3 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Kudus;
46. Peraturan Bupati Kudus No.25 Tahun 2009 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata kerja Inspektorat, Badan Perencanaan Pembangunan Daerah, Lembaga Teknis Daerah, Satuan Polisi Pamong Praja dan Kantor Pelayanan Perijinan Terpadu Kabupaten Kudus;
47. Peraturan Bupati Kudus No.7 Tahun 2013 tentang Perubahan Tata Peraturan Bupati Kudus Nomor 32 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Daerah Kabupaten Kudus;
48. Peraturan Bupati Kudus No.7 Tahun 2015 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus;
49. Peraturan Bupati Kudus No.9 Tahun 2015 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah RSUD dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN DIREKTUR TENTANG PERUBAHAN
PERATURAN DIREKTUR NOMOR:
440/901/23.02.01/2015 TENTANG KEBIJAKAN
PELAYANAN

BAB I

Beberapa ketentuan dalam Peraturan Direktur Tentang Perubahan Peraturan Direktur Nomor: 440/901/23.02.01/2015 Tentang Kebijakan Pelayanan diubah sebagai berikut:

1. Ketentuan ayat (15), ayat (16), ayat(22) pasal 1 diubah sehingga pasal 1 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 1
KETENTUAN UMUM

Dalam Peraturan Direktur ini, yang dimaksud dengan :

- (1) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus yang selanjutnya disebut RSUD dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Tipe B Non Pendidikan di Kabupaten Kudus.
- (2) Pelayanan di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- (3) Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus yang selanjutnya disebut BLUD adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
- (4) Direktur adalah Direktur RSUD dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus.
- (5) Wakil Direktur adalah Wakil Direktur Umum dan Keuangan serta Wakil Direktur Pelayanan pada RSUD dr. Loekmono Hadi

- (6) Pelayanan Instalasi adalah suatu unit pelayanan yang merupakan tempat atau fasilitas penyelenggaraan yang bertanggung jawab atas seluruh pekerjaan serta pelayanan yang terkait ditujukan untuk keperluan rumah sakit.
- (7) Komunikasi adalah suatu proses dalam mana seseorang atau beberapa orang, kelompok, organisasi, dan masyarakat menciptakan, dan menggunakan informasi agar terhubung dengan lingkungan dan orang lain.
- (8) Komunikasi Efektif adalah: komunikasi yang tepat waktu, akurat, jelas dan mudah dipahami oleh penerima, sehingga dapat mengurangi tingkat kesalahan (kesalah pahaman).
- (9) Obat *High Alert* adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki risiko tinggi menyebabkan bahaya yang besar pada pasien jika tidak digunakan secara tepat.
- (10) *Hand Hygiene* adalah salah satu cara untuk mengurangi infeksi yang berkaitan dengan perawatan kesehatan dengan cara 6 (enam) langkah mencuci tangan dengan benar menurut WHO.
- (11) Risiko Jatuh adalah pasien yang berisiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera.
- (12) Transfer adalah hal yang terjadi ketika seseorang mengaplikasikan pengalaman dan pengetahuan yang dimilikinya untuk mempelajari atau memecahkan problem dalam situasi baru.
- (13) Transportasi adalah perpindahan manusia atau barang dari satu tempat ke tempat lainnya dengan menggunakan sebuah kendaraan yang digerakkan oleh manusia atau mesin.
- (14) Pendidikan Pasien dan Keluarga adalah pengetahuan yang diperlukan oleh pasien dan keluarga selama proses asuhan maupun pengetahuan yang dibutuhkan setelah pasien dipulangkan ke pelayanan kesehatan lain atau ke

rumah. Pendidikan pasien dapat mencakup informasi sumber-sumber di komunitas untuk tambahan pelayanan dan tindak lanjut pelayanan apabila diperlukan, serta bagaimana akses ke pelayanan emergensi bila dibutuhkan.

- (15) Hak Pasien dan Keluarga adalah pasien berhak memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di rumah sakit, pasien dan keluarga berhak memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien, pasien berhak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi.
- (16) Pasien Tahap Terminal adalah pasien yang mengalami sakit atau penyakit yang tidak mempunyai harapan untuk sembuh dan menuju pada proses kematian diprediksi menuju proses kematian dalam kurun 6 (enam) bulan atau kurang.
- (17) Assesmen Pasien adalah tahapan dari proses dimana dokter, perawat, dietisien, mengevaluasi data pasien baik subyektif, maupun obyektif untuk membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan perawatan, intervensi dan evaluasi.
- (18) Manajemen Obat adalah komponen yang penting dalam pengobatan paliatif, simptomatik, preventif dan kuratif terhadap penyakit dan berbagai kondisi.
- (19) Manajemen Pelayanan Gizi adalah pelayanan gizi yang disesuaikan dengan keadaan pasien dan berdasarkan keadaan klinis, status gizi, dan status metabolisme tubuhnya. Keadaan gizi pasien sangat berpengaruh pada proses penyembuhan penyakit, sebaliknya proses perjalanan penyakit dapat berpengaruh terhadap keadaan gizi pasien.
- (20) Manajemen Nyeri adalah salah satu bagian dari disiplin ilmu medis yang berkaitan dengan upaya-upaya menghilangkan nyeri atau pain relief.
- (21) Manajer Pelayanan Pasien (MPP) merupakan tenaga ahli yang memberikan dukungan dan keahlian yang berkesinambungan dalam mengkoordinasikan

kontinuitas layanan melalui *assessment* yang komprehensif meliputi : perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi menyeluruh mengenai kebutuhan individu sejak pasien datang hingga perencanaan pulang.

- (22) Keselamatan dan Kesehatan Kerja adalah suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan jasmani maupun rohani tenaga kerja khususnya dan manusia pada umumnya serta hasil karya dan budaya menuju masyarakat adil dan makmur.
- (23) Kredensial adalah suatu proses menjamin tenaga kesehatan yang kompeten dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan standar profesi dan peraturan yang berlaku.
- (24) Tenaga kesehatan dan/ atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau ketrampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
- (25) Asuhan Pasien adalah tindakan kegiatan atau proses dalam praktik pengobatan yang diberikan secara langsung kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan objektif dan tatanan pelayanan kesehatan pasien sehingga pasien dapat mengatasi masalah yang dihadapinya.
- (26) Rekam Medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- (27) Pasien Risiko Tinggi adalah Pasien yang dalam pengobatan penyakit yang mengancam jiwa atau efek toksik dari obat berisiko tinggi.
- (28) Pelayanan Anestesi adalah suatu tindakan kedokteran yang pada awalnya dibutuhkan untuk

memungkinkan suatu tindakan operasi oleh ahli bedah dapat dilakukan. Oleh karenanya tindakan pemberian anestesi termasuk sebagai salah satu tindakan kedokteran yang berisiko tinggi, karena tujuannya adalah pasien dapat bebas dari rasa nyeri dan stres psikis serta pasien dapat pulih kembali pasca-operasi sesuai dengan derajat berat ringannya kerusakan yang dialami pasien.

- (29) Pelayanan Bedah adalah tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana.
- (30) Penyehatan Lingkungan Rumah Sakit adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan lingkungan rumah sakit melalui upaya sanitasi dasar, pengawasan mutu lingkungan dan tempat umum, termasuk pengendalian pencemaran lingkungan dengan meningkatkan peran serta masyarakat dan keterpaduan pengelolaan lingkungan melalui analisis dampak lingkungan.
- (31) Pencegahan dan Penanggulangan Infeksi adalah bagian esensial dari asuhan lengkap yang yang di berikan kepada klien untuk melindungi petugas kesehatan itu sendiri dan melindungi klien dan petugas pelayanan dari akibat tertularnya penyakit infeksi.

- 2. Ketentuan ayat (5) pasal 2 diubah sehingga pasal 2 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 2
PELAYANAN INSTALASI

Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Anestesiologi dan Perawatan Intensif, Instalasi Laboratorium, Instalasi Radiologi, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Rawat Inap dilaksanakan dalam 24 jam, dimana dalam pelayanan bedah sentral terdapat pelayanan operasi elektif dan pelayanan operasi segera (*cito*).

- (1) Pelayanan harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
- (2) Seluruh staf RS harus bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman/panduan dan standar prosedur operasional yang berlaku, serta sesuai dengan etika profesi, etika RS dan etiket RS yang berlaku.
- (3) Semua petugas Instalasi wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- (4) Seluruh staf RS dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3), termasuk dalam penggunaan alat pelindung diri (APD).
- (5) Rumah sakit melakukan kredensial dan rekredensial untuk profesi kesehatan meliputi: dokter, perawat serta tenaga kesehatan lainnya.
- (6) Penyediaan tenaga harus mengacu kepada pola ketenagaan.
- (7) Melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali.
- (8) Setiap bulan wajib membuat laporan.
- (9) Peralatan di Instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku, untuk menjamin semua sediaan farmasi tetap dalam kondisi yang baik.
- (10) Pelayanan penunjang yang tidak dapat dilakukan oleh Rumah Sakit akan di pihak ketigakan dalam bentuk kontrak klinis. Jika terjadi pemutusan kontrak klinis jaminan keberlanjutan layanan di tuangkan dalam kontrak.

3. Ketentuan ayat (1), ayat (2), ayat(2), ayat (4) pasal 3 diubah sehingga pasal 3 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 3

JENIS PELAYANAN

- (1) Pelayanan diberikan oleh Petugas Kesehatan dan/atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) meliputi :
 - a. Petugas Medis
 - b. Petugas Keperawatan
 - c. Petugas Kesehatan Lainnya.
 - (2) Semua Pelaksanaan Asuhan Pasien berdasarkan Standar Prosedur Operasional sesuai dengan kewenangan Petugas Pemberi Asuhan terkait dan dilaksanakan konsisten.
 - (3) Jenis Pelayanan Rawat Jalan di RSUD dr. Loekmono Hadi meliputi :

Klinik Umum, Poliklinik Spesialisasi (Bedah, Dalam, Anak, Kandungan dan Kebidanan, Syaraf, Mata, THT, Paru, Jiwa, Ortopedi, Jantung, Urologi, Kulit dan Kelamin, Gizi Klinik), Klinik Gigi, Klinik Asuhan Gizi, Klinik Psikologi, Klinik Gardenia (Pelayanan HIV/AIDS), Klinik TB-DOTS, Klinik Rehabilitasi Medik, Klinik Napza, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Haemodialisa.
 - (4) Jenis Pelayanan Rawat Inap di RSUD dr. Loekmono Hadi meliputi : kelas III, kelas II, kelas I, VIP dan VVIP dengan klasifikasi pelayanan: Perawatan Kesehatan dan Perawatan Kesehatan Jiwa, Pelayanan PONEK.
4. Ketentuan ayat (1), ayat (2), ayat(8), ayat (14), ayat (15), ayat (16), pasal 4 diubah sehingga pasal 4 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 4

PELAYANAN REKAM MEDIS

- (1) Sesuai dengan Permenkes nomor: 269/MENKES/PER/III /2008 tentang Rekam Medis serta Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis maka tenaga yang berhak mengisi rekam medis di RSUD dr. Loekmono Hadi adalah:
 - a. Dokter Spesialis
 - b. Dokter Umum
 - c. Dokter Gigi
 - d. Psikolog Klinis
 - e. Tenaga keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat langsung dalam pelayanan antara lain: Perawat, Perawat Gigi, Tenaga Laboratorium Klinik, Nutrisionis / Dietisien, Anestesi, Penata Rontgen, Tenaga Rehabilitasi Medis, Perekam Medis, dan lain sebagainya.
- (2) Semua pasien di RSUD dr. Loekmono Hadi mempunyai catatan klinis tentang perawatan di rumah sakit yang di simpan di Instalasi Rekam Medis dan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS).
- (3) Setiap tindakan dan hasil tindakan harus ditulis dalam Rekam Medis.
- (4) Pencatatan Rekam Medis sesuai standar isi rekam medis yang spesifik baik format dan lokasi entri dalam catatan klinis pasien.
- (5) Semua formulir rekam medis pasien diberlakukan dengan keputusan Direktur RSUD dr. Loekmono Hadi.
- (6) Setiap pencatatan (entry) ke dalam rekam medis harus di bubuhi nama, waktu (tanggal dan jam) dan tanda tangan dokter dan atau tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien secara langsung.

- (7) Jika terjadi kesalahan pencatatan pada rekam medis, maka tenaga/praktisi kesehatan yang bertanggung jawab melakukan pembetulan/koreksi terhadap pencatatan yang salah.
- (8) Pihak yang berhak mengakses rekam medis adalah:
 - a. Dokter yang merawat.
 - b. Dokter gigi.
 - c. Psikolog Klinis.
 - d. Keperawatan (perawat dan Bidan)
 - e. Tenaga kesehatan lainnya yang memberikan perawatan langsung.
 - f. Ahli Gizi
 - g. Radiografer / Radioterapis
 - h. Analis Kesehatan / Laborat
 - i. Apoteker / Farmasi Klinis
 - j. Fisioterapis
 - k. Okupasi Terapi
 - l. Terapi Wicara
 - m. Peneliti yang sudah disumpah.
 - n. Petugas Verifikator Internal, verifikator Independen, dan petugas administrasi klaim yang telah disumpah menurut peraturan sebelum menjalankan tugas.
 - o. Petugas rekam medis.
 - p. Penegak hukum untuk keperluan Negara.
- (9) Penulisan berkas rekam medis yang dilakukan perawat/bidan dan tenaga kesehatan lainnya harus dilakukan verifikasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) serta harus dibaca dan ditandatangani oleh DPJP yang bersangkutan dalam waktu 1x 24 jam.
- (10) Dalam penulisan rekam medis, tulisan harus jelas sehingga bisa dibaca oleh semua orang yang mampu baca tulis.
- (11) Penulisan di dalam berkas rekam medis tidak diperkenankan memakai tinta merah.
- (12) Penggunaan Kode, Simbol dan Singkatan

- a. Rumah sakit menentukan kode diagnosis, kode prosedur, definisi, symbol, dan singkatan yang terstandar dan penggunaannya di monitor.
- b. Rumah sakit tidak mengizinkan penggunaan kode diagnosis, kode prosedur, definisi, simbol dan singkatan diluar yang sudah ditentukan dan diberlakukan dengan Keputusan Direktur.

(13) Kerahasiaan Informasi Medis

- a. Rumah sakit menjaga kerahasiaan berkas rekam medis dan informasi yang terkandung di dalamnya dari pihak-pihak yang tidak berwenang dalam mengakses berkas rekam medis.
- b. Rumah sakit mewajibkan setiap petugas yang memiliki hak entry dan hak akses rekam medis untuk menjaga informasi yang terkandung di dalamnya.
- c. Informasi medis pasien dapat dibuka untuk kepentingan kesehatan pasien, penegak hukum, kepentingan penelitian / pendidikan, permintaan pihak ketiga (asuransi atau institusi lain) sesuai perundang-undangan yang berlaku.
- d. Penjelasan tentang isi rekam medis dalam hal pembukaan informasi medis pasien (*Informed Consent*) hanya boleh dilakukan oleh dokter atau dokter gigi atau petugas kesehatan lain yang merawat pasien dengan ijin tertulis pasien atau berdasarkan peraturan perundang-undangan
- e. Pimpinan rumah sakit dapat menjelaskan isi rekam medis secara tertulis atau langsung kepada pihak ketiga (asuransi atau institusi lain) tanpa ijin pasien berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

(14) Penyimpanan dan pemusnahan Berkas rekam Medis

- a. Berkas rekam medis disimpan pada tempat yang telah ditentukan dan selain petugas rekam medis tidak diperbolehkan memasuki ruang penyimpanan rekam medis.

- b. Sistem penyimpanan rekam medis yang diterapkan RSUD dr. Loekmono Hadi adalah sistem Sentralisasi.
- c. Sistem penjajaran rekam medis menggunakan sistem Terminal Digit Filling (TDF) yaitu penjajaran rekam medsi berdasarkan angka akhir dari nomor rekam medis.
- d. Masa penyimpanan rekam medis yaitu sekurang-kurangnya 5 tahun, sesuai dengan peraturan yang berlaku. Setelah melewati masa tersebut berkas rekam medis dilakukan retensi, dan dilanjutkan dengan proses pemusnahan.

(15) Isi Rekam Medis Pasien

- a. Rekam medis pasien berisi informasi yang cukup, untuk proses identifikasi, pasien diidentifikasi dengan 2 (dua) identitas utama pasien (nama pasien dan tanggal lahir pasien) dan dapat juga ditambah dengan beberapa identitas tambahan seperti nomor register, alamat, ruang perawatan, jenis kelamin dan lain-lain.
- b. Apabila dalam pengisian rekam medis ada hal yang tidak diisi karena alasan tertentu atau tidak dilakukan pengkajian, maka form rekam medis tidak boleh dikosongkan tetapi diberi tanda silang penuh.
- c. Rekam Medis pasien berisi informasi yang cukup untuk mendukung diagnosis.
- d. Rekam Medis berisi informasi yang cukup untuk menentukan perawatan dan terapi yang akan diberikan.
- e. Rekam Medis pasien berisi informasi yang cukup untuk mendokumentasikan program dan hasil pengobatan.
- f. Rekam Medis pasien Gawat Darurat memuat waktu kedatangan dan keluar dari ruang Gawat Darurat.

- g. Rekam Medis Kepulangan Pasien Gawat darurat (resume akhir pasien Gawat Darurat), memuat :
 1. Waktu Kedatangan
 2. Diagnosis
 3. Kondisi pada saat keluar
 4. Tindak lanjut pengobatan dan terapi
 5. Obat yang di bawa pulang
 6. Edukasi ke pasien dan keluarga.
 7. Waktu selesai pelayanan gawat darurat.

(16) Telaah Rekam Medis

- a. Pemeriksaan kelengkapan dan keterisian dokumen rekam medis baik rawat jalan maupun rawat inap dilakukan setiap Tri Wulan dalam satu tahunnya, dengan menggunakan metode *sampling*.
- b. Telaah rekam medis dilakukan oleh petugas rekam medis, meliputi :
 1. Telaah medis pasien yang masih dirawat.
 2. Telaah Medis pasien pulang dilakukan di Instalasi Rekam Medis.
- c. Hasil dari telaah rekam medis disampaikan dalam bentuk laporan tertulis dan ditujukan kepada pihak yang memiliki kewenangan untuk mengisi catatan medis, yang terdiri dari:
 1. Staf Medis
 2. Tenaga keperawatan
 3. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dan tenaga kesehatan yang terkait dengan pelayanan pasien.
- d. Alat Telaah menggunakan “Lembar Review Rekam Medis” yang menilai :
 1. Ketepatan waktu
 2. Kelengkapan
 3. Keterbacaan
 4. Proses penilaian pada isi catatan klinis yang diwajibkan undang undang atau peraturan.
- e. Hasil proses telaah dimasukkan ke dalam mekanisme pengawasan mutu rumah sakit.

5. Ketentuan ayat (3), ayat (5), pasal 6 diubah sehingga pasal 6 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 6

SKRINING

- (1) Skrining dilakukan pada kontak pertama didalam atau diluar rumah sakit
- (2) Sebelum pasien diterima, Rumah Sakit melakukan skrining terhadap pasien tersebut :
 - a. Dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh Rumah Sakit.
 - b. Dilaksanakan melalui kriteria triase, visual atau pengamatan,, pemeriksaan fisik, psikologik dan atau laboratorium klinik atau diagnostik sebelumnya.
 - c. Bila perlu disertai hasil tes diagnosis standar (laboratorium dan radiologi) yang sesuai dengan Pedoman Praktik Klinis masing-masing kasus.
 - d. Dilakukan identifikasi ada tidaknya kendala fisik, bahasa dan atau budaya serta penghalang lainnya dalam memberikan pelayanan.
- (3)
 - a. Skrining luar diterima oleh petugas informasi atau call center di teruskan ke layanan gawat darurat untuk dilakukan identifikasi awal lalu diteruskan ke akses layanan yang dibutuhkan sesuai kriteria kasus dengan berkoordinasi dengan DPJP dan Perawat Penanggung Jawab Pasien.
 - b. Koordinasi dengan kepala Instalasi untuk melaporkan adanya bencana dan jumlah korban untuk kebutuhan layanan di Instalasi Gawat Darurat.
- (4) Pelaksana skrining pasien dilakukan oleh Satuan Petugas Keamanan (Satpam), dan atau petugas resepsionis yang sudah dilatih dan mempunyai

kemampuan pemilahan dan akses layanan yang dibutuhkan oleh pasien.

- (5) Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
 - (6) Skrining HIV dilakukan untuk pasien yang akan dirawat/pelayanan di ICU/PICU-NICU/HCU, Kamar Bedah, Ruang Persalinan, dan Hemodialisa.
6. Nomenklatur pasal 20 yang semula bernama Manajemen Nutrisi diganti Manajemen Pelayanan Gizi.
 7. Ketentuan ayat pada pasal 20 diubah sehingga pasal 20 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 20

MANAJEMEN PELAYANAN GIZI

- (1) Pelayanan gizi di rumah sakit meliputi 4 kegiatan yaitu penyelenggaraan/produksi makanan, asuhan gizi terstandar pasien rawat inap/rawat jalan, litbang gizi terapan dan pelayanan gizi pegawai/tamu.
- (2) Semua pasien rawat jalan dan rawat inap dilakukan asesmen awal (skrining) risiko malnutrisi oleh perawat dalam waktu 1 x 24 jam.
- (3) Pasien rawat jalan yang berisiko malnutrisi dan atau diagnosis khusus akan mendapat asuhan gizi terstandar dimulai dengan kegiatan asesmen gizi lanjut oleh Dietisien/Nutrisisionis dalam waktu paling lambat pada saat kontrol pemeriksaan ke - 2.
- (4) Pasien rawat inap yang berisiko *malnutrisi* dan atau diagnosis khusus (DM/Stroke/Jantung/CKD/bedah mayor/kanker/infeksi kronis/gizi buruk/sindroma nefrotik/ gangguan fungsi tiroid/preeklamsi) akan mendapat asuhan gizi terstandar, dimulai dengan kegiatan asesmen gizi lanjut oleh

Dietisien/Nutrisisionis dalam waktu maksimal 2 x 24 jam.

- (5) Jika pasien rawat inap tidak berisiko malnutrisi akan dilakukan asesmen ulang paling lambat pada hari ke - 7 perawatan.
- (6) Asuhan gizi terstandar meliputi ;
 - a. Asesmen gizi lanjut (data riwayat personal, data riwayat gizi, data antropometri, data fisik/klinis dan data biokimia).
 - b. Penentuan diagnosis gizi (masalah, sebab dan gejala/tanda).
 - c. Intervensi gizi meliputi :
 - Tujuan diet
 - Preskripsi diet definitif meliputi kebutuhan energi dan zat gizi, jenis diet dan bentuk makanan.
 - Implementasi gizi meliputi pemberian makanan/diet, standar porsi, jenis formula oral/enteral, suplemen gizi, frekuensi dan jalur pemberian diet sesuai preskripsi diet definitif.
 - Edukasi/konseling gizi.
 - Pelayanan gizi terintegrasi dilakukan oleh Dietisien/Nutrisisionis dengan DPJP, Dokter Konsulen, Perawat dan profesi lain yang melakukan asuhan klinis kepada pasien.
 - d. Monitoring dan evaluasi gizi meliputi pengetahuan dan kepatuhan diet pasien, tingkat asupan zat gizi, perubahan jenis diet/bentuk makanan, status gizi, perubahan dan penilaian data fisik/klinis dan biokimia.
- (7) Asuhan gizi terstandar didokumentasikan di rekam medis pasien dalam bentuk form asuhan gizi terstandar, form catatan perkembangan pasien terintegrasi dan form pendidikan pasien dan keluarga terintegrasi.
- (8) Dokumentasi asuhan gizi terstandar di rekam medis menggunakan format ADIME (Asesmen lanjut,

Diagnosis gizi, Intervensi gizi dan Monitoring Evaluasi).

- (9) Dietisien/Nutrisisionis mengkonsulkan pasien dengan malnutrisi berat, *criticall ill* di ICU, PICU, NICU dan HCU, luka bakar berat atau pasien dengan Terapi Total *Parenteral Nutrition* (TPN) ke DPJP untuk selanjutnya dikonsulkan ke Dokter Spesialis Gizi Klinik untuk mendapatkan terapi gizi.
- (10) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP) dapat mengkonsulkan pasien dengan malnutrisi berat, *criticall ill* di ICU, PICU, NICU, HCU, luka bakar berat atau pasien dengan Total Parenteral Nutrition (TPN) ke Dokter Spesialis Gizi Klinik untuk mendapat terapi gizi klinik /medika mentosa gizi.
- (11) Keluarga pasien yang menyediakan makanan dari luar rumah sakit harus seijin DPJP/Dokter Konsulen atau Dietisien/Nutrisisionis untuk mendapat edukasi gizi.
- (12) Distribusi makanan pasien yaitu makan pagi jam 07.00– 09.00 WIB, snack pagi jam 10.00–11.00 WIB, makan siang jam 12.00–1400 WIB, snack sore jam 15.00– 16.00 WIB dan makan malam jam 17.00 – 19.00 WIB.
- (13) Produksi dan penyajian makanan menggunakan prinsip higiene dan sanitasi makanan serta *food safety*.
- (14) Penyimpanan bahan makanan/makanan di tempat yang aman dan terhindar dari binatang pengerat/tikus, kucing, kecoa, lalat dan semut.
- (15) Kualitas bahan makanan yang bermutu berdasarkan spesifikasi bahan makanan yang telah ditetapkan.
- (16) Kegiatan penyelenggaraan/produksi makanan meliputi perencanaan menu, pemesanan bahan makanan, pengadan bahan makanan, persiapan, produksi makanan, distrisbusi/penataan porsi makanan, pelabelan dan penyajian makanan sesuai jenis diet dan bentuk makanan pasien di masing – masing kelas perawatan.

- (17) Kegiatan litbang gizi terapan (survei kepuasan, tingkat konsumsi, survei standar pelayanan minimal, modifikasi resep dan pengembangan menu) dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi.
 - (18) Pelayanan makanan pegawai terdiri dari penyediaan bahan makanan rutin dan konsumsi rapat/tamu.
8. Ketentuan ayat (2) pasal 23 diubah sehingga pasal 23 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 23

RESUME PASIEN PULANG

- (1) Resume asuhan pasien dibuat oleh Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) sebelum pasien pulang dari rumah sakit.
 - (2) Resume pasien pulang yang asli ditempatkan dalam rekam medis dan salinan diberikan kepada pasien atau keluarganya, asuransi penjamin (BPJS), dan rumah sakit/dokter perujuk.
9. Ketentuan penambahan ayat (8) pasal 26 diubah sehingga pasal 26 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 26

DOKTER PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN

- (1) Penetapan Dokter Penanggungjawab Pelayanan (DPJP) berpedoman pada panduan DPJP dan peraturan tentang DPJP yang berlaku di RSUD dr.Loekmono Hadi.
- (2) DPJP bertanggungjawab terhadap semua pelayanan kepada pasien.
- (3) DPJP wajib melengkapi berkas rekam medis pasien.
- (4) DPJP wajib memenuhi hak pasien dan keluarga, sesuai peraturan yang berlaku.
- (5) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dalam asuhan pasien menggunakan pola IAR (Informasi

dikumpulkan, Analisis Informasi dan Rencana Pelayanan) serta wajib mengisi rekam medis pasien dengan metoda SOAP dan ADIME (untuk Gizi) sesuai peraturan, pedoman, panduan dan prosedur yang berlaku.

- (6) DPJP di Intensive Care Unit (ICU), PICU-NICU dan High Care Unit (HCU) adalah DPJP utama yang merawat pasien yang ditunjuk, apabila terjadi kegawat daruratan atau *critical* maka pasien bisa dilakukan tindakan darurat oleh dokter anestesi sebagai konsultan ICU, PICU-NICU dan HCU dan atau dokter umum atas *advice* DPJP/ konsultan terkait.
- (7) Bilamana DPJP berhalangan maka pengelolaan pasien bisa dialihkan pada DPJP lain yang seprofesi dengan pengaturan tentang alih tanggung jawab, menganut azas kontinuitas pelayanan, profesionalisme, efektifitas dan efesiensi pelayanan yang tidak merugikan pasien (berfokus pada pasien).
- (8) Penunjukan DPJP untuk mengelola pasien berdasarkan :
 - a. Kiriman dokter DPJP RSUD dr. Loekmono Hadi yang bersangkutan;
 - b. Semua pasien berhak memilih DPJP;
 - c. Bila pasien tidak memilih DPJP, maka DPJP untuk pasien tersebut sesuai jadwal piket dokter;Dalam penunjukan DPJP, pasien serta keluarga dijelaskan dan menandatangani blangko persetujuan.

10. Ketentuan ayat (3) pasal 34 diubah sehingga pasal 34 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 34

PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH

- (1) Pelayanan Anestesi
Pelaksanaan Pelayanan Anestesi dan Sedasi adalah dokter anestesi serta didampingi perawat yang

terlatih. Pelayanan anestesi dan sedasi yang dilakukan merupakan pelayanan perioperatif yang mencakup :

- a. Layanan anestesi
- b. Layanan Sedasi
- c. Layanan Resusitasi
- d. Layanan Terapi intensif
- e. Layanan Nyeri Akut (*Acute Pain Service*)

(2) Pelayanan Sedasi Sedang dan Dalam

Tersedianya pelayanan anestesi (termasuk sedasi moderat dan dalam) untuk memenuhi kebutuhan pasien dan harus dikerjakan dalam kerja sama tim.

(3) Pelayanan Anestesi Pada Kedaruratan

Layanan Anestesi kedaruratan yang terjadi diluar jam kerja dilakukan oleh dokter anestesi dan didampingi perawat terlatih sebagai pelaksana anestesi, mencakup layanan anestesi dikamar bedah dan luar kamar bedah termasuk ruang perawatan intensif, ruang rawat jalan dan rawat inap. Pasien kedaruratan harus mendapatkan prioritas utama dari layanan anestesi serta layanan-layanan lain yang berhubungan dengan tindakan anestesi tersebut dengan tujuan untuk menyelamatkan nyawa pasien.

(4) Persiapan Anestesi

Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi dan sedasi harus melalui proses kunjungan pra anestesi dan proses penilaian pra induksi.

(5) Pemantauan Selama Sedasi dan Anestesi

Selama pemberian anestesi harus dibuat evaluasi pemantauan tanda vital dan fungsi fisiologis pasien. Hasil pemantauan selama anestesi dapat menjadi dasar untuk pengelolaan pasca anestesi dan juga menjadi panduan untuk perencanaan asuhan keperawatan, tindakan medis dan kebutuhan pemeriksaan diagnostik serta penunjang lainnya.

(6) Pemulihan Pasca Sedasi dan Anestesi

Setelah pasien dinyatakan selesai menjalani sedasi atau anestesi oleh pelaksana anestesi, pasien dipindahkan ke ruang pemulihan, apabila dokter anestesi menilai pasien perlu dirawat di ruang perawatan intensif pasien dapat langsung dikirim ke ruang perawatan intensif. Selama di ruang pemulihan pasien diobservasi oleh perawat terlatih, untuk pasien pasca anestesi umum tetap diberikan bantuan oksigenasi sampai dinyatakan layak pindah ke ruangan.

(7) Perencanaan Pembedahan

Setiap pasien yang akan menjalani pembedahan, baik elektif maupun emergensi harus dilakukan penilaian dan perencanaan. Untuk kasus kedaruratan, proses penilaian dan perencanaan pembedahan dilakukan sesingkat mungkin sesuai urgensi pembedahan. Proses penilaian harus dapat memberikan informasi yang diperlukan untuk memilih dan memutuskan prosedur bedah yang sesuai serta waktu pembedahan yang optimal, dapat melakukan pembedahan secara aman, dan menginterpretasi hasil temuan dari pemantauan pasien. Dokter yang bertanggung jawab harus mendokumentasikan setiap informasi yang didapat dari hasil penilaian yang dilakukan untuk mengarahkan dan mendukung prosedur pembedahan.

(8) Asuhan Pasca Pembedahan

Asuhan medis dan keperawatan pasca bedah setiap pasien harus direncanakan sesuai kebutuhan pasien. Asuhan tersebut termasuk tingkatan asuhan serta tempat asuhan, pemantauan tindak lanjut atau pengobatan dan kebutuhan obat. Perencanaan asuhan pasca bedah dimulai sebelum pembedahan berdasarkan asesmen kondisi dan kebutuhan pasien. Asuhan yang direncanakan didokumentasikan di Catatan Integrasi dan rencana

asuhan keperawatan pasca bedah didokumentasikan pada catatan perioperatif.

(9) Pemantauan Selama Pembedahan Dengan Anestesi Lokal

Setiap pasien yang menjalani pembedahan dengan anestesi lokal harus dilakukan pemantauan kondisi fisiologis pasien secara kontinyu selama pembedahan dan segera setelah pembedahan. Pemantauan kondisi fisiologis pasien dilakukan oleh tim bedah.

11. Ketentuan pasal 35 diubah sehingga pasal 35 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 35

PELAYANAN PENYEHATAN LINGKUNGAN RUMAH SAKIT

- (1) Pelayanan pengelolaan air limbah dan air bersih.
- (2) Pelayanan pengelolaan sampah infeksius, sampah non infeksius serta limbah bahan berbahaya dan beracun (B3).
- (3) Pelayanan pengelolaan sampah makanan dan minuman serta alat makanan dan minuman.
- (4) Pelayanan pengendalian serangga dan binatang pengganggu.
- (5) Pelayanan pengelolaan sanitasi ruang dan bangunan.
- (6) Pelayanan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) Rumah Sakit sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

12. Nomenklatur pasal 36 berubah nama menjadi Pelayanan Anestesiologi dan perawatan intensive.

13. Ketentuan pasal 36 diubah sehingga pasal 36 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 36

PELAYANAN ANESTESIOLOGI DAN PERAWATAN INTENSIVE

- (1) Instalasi Anestesiologi dan Perawatan Intensive meliputi pelayanan ICU / PICU-NICU/HCU, perinatal resiko tinggi.
 - (2) Kriteria / indikasi pasien masuk dan keluar di Instalasi Anestesiologi dan Perawatan Intensive sesuai dengan pedoman, panduan dan SPO pelayanan di Ruang ICU / PICU-NICU/HCU.
 - (3) Ketenagaan dan uraian tugas sesuai dengan pedoman pengorganisasian instalasi.
 - (4) Sarana dan prasarana di Instalasi Anestesiologi dan Perawatan Intensive RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus klasifikasi sekunder RS tipe B.
14. Nomenklatur pasal 37 berubah nama menjadi Case Manager atau Manager pelayanan Pasien (MPP).
15. Ketentuan pasal 37 diubah sehingga pasal 37 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 37

CASE MANAGER ATAU MANAJER PELAYANAN PASIEN

- (1) Manajemen Pelayanan Pasien adalah proses kolaboratif untuk asesmen, perencanaan, fasilitator, koordinasi pelayanan, evaluasi dan advokasi untuk pelayanan, pemenuhan kebutuhan komprehensif pasien dan keluarga melalui komunikasi dan sumber daya yang tersedia, sehingga memberi hasil asuhan yang bermutu.
- (2) Proses layanan Manajer Pelayanan Pasien (MPP) terkordinasi dengan Profesional Pemberi Asuhan (PPA), pimpinan unit dan staf lain sesuai dengan regulasi pasien.
- (3) Ruang lingkup MPP meliputi pelayanan darurat/penerimaan rawat inap, pelayanan

diagnostic/tindakan, pelayanan bedah dan non bedah, pelayanan rawat jalan.

- (4) MPP melaksanakan pelayanan dengan langkah-langkah sebagai berikut:
 - a. Identifikasi, seleksi/skrining pasien untuk manajemen pelayanan pasien.
 - b. Asesmen untuk manajemen pelayanan pasien.
 - c. Identifikasi masalah dan kesempatan.
 - d. Perencanaan manajemen pelayanan pasien.
 - e. Monitoring.
 - f. Fasilitasi, koordinasi, komunikasi dan kolaborasi.
 - g. Advokasi.
 - h. Hasil Pelayanan.
 - i. Terminasi manajemen untuk manajemen pelayanan pasien.
- (5) Perangkat pendukung disesuaikan dengan fasilitas yang ada di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus.

16. Ketentuan ayat pada pasal 39 diubah sehingga pasal 39 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 39

PELAYANAN HIV/AIDS

- (1) Pelayanan HIV/AIDS dikelola di klinik Gardenia untuk pasien rawat jalan dan pasien rawat inap meliputi layanan: KTS (Konseling Testing Sukarela), Layanan PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan), Layanan PPIA (Pencegahan Penularan Ibu ke Anak), KDS (Kelompok Dukungan Sebaya), layanan KTIP (Konseling Testing Inisiatif Petugas), Rujukan Pasien HIV/AIDS, Pemeriksaan Laboratorium, Penata Laksanaan dan Pengobatan, Edukasi Pada Pasien dan Keluarga termasuk bilamana Pasien Meninggal, Koordinasi Dengan Pihak Terkait Dalam Ranah Pengelolaan Pasien HIV/AIDS;

- (2) Pelayanan PDP (Perawatan Dukungan dan Pengobatan) meliputi :
 - a. *Primary Prevention*, untuk mengendalikan kejadian HIV/AIDS
 - b. *Secondary Prevention*, untuk mengidentifikasi orang yang terinfeksi HIV /AIDS
 - c. *Tertiary Prevention*, untuk meminimalkan komplikasi dan mengoptimalkan kualitas hidup.
- (3) Pelayanan Layanan PPIA (Pencegahan Penularan Ibu ke Anak), merupakan konseling dan tata laksana ibu yang positif HIV/AIDS.
- (4) Kolaborasi TB-HIV yaitu :
 - a. Penderita TB berisiko HIV positif dikonsulkan ke klinik Gardenia.
 - b. Penderita HIV positif *discreening* TB dan atau dikonsulkan ke klinik TB-DOTS.
- (5) Pelayanan Diagnostik meliputi pemeriksaan laboratorium, Radiologi.
- (6) Program dukungan Gizi pada ODHA meliputi penyuluhan tentang tatalaksana nutrisi pada pasien HIV/AIDS.
- (7) Setiap petugas wajib menggunakan Alat Pelindung diri (APD) untuk mengurangi dampak penularan;
- (8) Pasien yang akan melakukan Pembedahan (Tindakan Bedah), Hemodialisa, Pasien masuk ICU/PICU-NICU/HCU, Pasien Persalinan, Pasien Rawat Jalan di Klinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan, Pasien klinik paru suspect TB (yang belum dilakukan penapisan oleh puskesmas) wajib *discreening/* penapisan dan dilakukan tes HIV, bila hasil *tes reaktif* maka pasien dilaporkan ke klinik gardenia untuk tata laksana lanjutan;
- (9) Pasien HIV/AIDS yang meninggal di RSUD dr.Loekmono Hadi Kabupaten Kudus jenazah wajib *dipulasara* di RSUD dr.Loekmono Hadi, sesuai pedoman, panduan dan peraturan yang berlaku;

17. Ketentuan ayat (3) pada pasal 43 diubah sehingga pasal 43 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 43

MEDICAL CHECK UP

- (1) *Medical check up* atau pemeriksaan kesehatan adalah upaya preventif bertujuan untuk mengetahui status kesehatan seseorang bukan untuk mendiagnosa gejala atau mengobati suatu penyakit.
- (2) *Medical check up* mencakup serangkaian wawancara dan pemeriksaan kesehatan. Jenis-jenis dan lingkup pemeriksaan kesehatan dalam *medical check up* bervariasi, tergantung keperluan dan permintaannya.
- (3) *Medical Check Up* diselenggarakan untuk melayani permintaan dari luar rumah sakit dan atau bagi pasien/ tenaga kerja yang akan bepergian ke luar negeri.

BAB II

Penambahan pasal dalam Peraturan Direktur Tentang Perubahan Peraturan Direktur Nomor: 440/901/23.02.01/2015 Tentang Kebijakan Pelayanan ditambah sebagai berikut:

18. Penambahan pasal 44 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 44

PENINGKATAN MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN

- (1) Indikator mutu :

Indikator merupakan variabel yang digunakan untuk menilai suatu perubahan. Setiap petugas harus memahami dan menghayati konsep dasar dan prinsip mutu pelayanan RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus Provinsi Jawa Tengah sehingga dapat

menerapkan langkah – langkah upaya peningkatan mutu di masing – masing unit kerjanya.

- (2) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus mempunyai indikator yang terdiri dari :
 - a) Indikator Mutu Klinis
 - b) Indikator Mutu Manajemen
 - c) Indikator Keselamatan Pasien (*Patient Safety Goals*)
- (3) Pelaporan Indikator Mutu dari masing - masing unit dilaporkan secara rutin setiap bulan kepada Direktur melalui Sub.Bag. Perencanaan, Penelitian dan Pengembangan, evaluasi dan pelaporan.
- (4) Pelaporan Indikator Mutu Utama yang terdiri dari Indikator Mutu Klinis, Indikator Mutu Manajemen, Indikator Sasaran Keselamatan Pasien dari masing-masing unit dilaporkan secara rutin setiap bulan kepada Sub Komite Mutu.
- (5) Setiap Insiden Keselamatan Pasien harus dilaporkan kepada Sub Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kabupaten Kudus dalam waktu 2 x 24 jam menggunakan form pelaporan insiden keselamatan pasien.
- (6) *Clinical Pathway*
 - a. Merupakan sebuah rencana yang menyediakan secara detail setiap tahap penting dari pelayanan kesehatan, bagi sebagian besar pasien dengan masalah klinis (diagnosis atau prosedur) tertentu, berikut dengan hasil yang diharapkan.
 - b. Tujuan Implementasi *Clinical Pathway* adalah untuk :
 1. Menstandarisasi proses perawatan klinis.
 2. Mengurangi risiko yang muncul dalam proses perawatan, klinis secara tepat waktu dan efektif dengan sumber daya yang muncul dalam proses perawatan.

3. Menyediakan perawatan klinis secara tepat waktu dan efektif dengan sumber daya yang ada secara efisien.
 4. Menyediakan perawatan bermutu dengan menggunakan praktik – praktik yang sudah terbukti.
 - c. Setiap tahun rumah sakit menetapkan setidaknya 5 (lima) area prioritas.
- (7) Rumah sakit memfasilitasi ketersediaan pelatihan tentang mutu dan keselamatan pasien bagi pimpinan / pengelola dan staff Rumah Sakit.
19. Penambahan pasal 45 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 45

PERENCANAAN PEMULANGAN PASIEN (*Discharge Planning*)

- (1) Perencanaan pasien pulang (*Discharge Planning*) dilakukan pada saat assesmen awal.
 - (2) Kriteria pasien yang dilakukan perencanaan pemulangan (*Discharge Planning*) :
 - a. Pasien lanjut usia > 60 tahun
 - b. Pasien dengan gangguan anggota gerak
 - c. Pasien dengan kebutuhan pelayanan kesehatan medis dan keperawatan yang berkelanjutan/ panjang (misalnya: penyakit kronis, pasien dengan rawat luka yang lama dll)
 - d. Pasien yang dinilai akan memerlukan bantuan dalam aktifitas sehari-hari di rumah.
20. Penambahan pasal 46 berbunyi sebagai berikut:

Pasal 46

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

- (1) Direktur membentuk Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) serta Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (TPPI) agar pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi terkoordinasi dengan baik. Komite PPI Rumah Sakit Umum

Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus bertanggung jawab langsung kepada Direktur. Tim PPI bertanggung jawab langsung kepada Komite PPI.

- (2) Komite dan Tim PPI mempunyai tugas, fungsi dan kewenangan yang jelas sesuai dengan Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2011.
- (3) Pelaksanaan PPI dikelola dan diintegrasikan antara struktural dan fungsional di semua unit dan menjadi tanggung jawab seluruh staf.
- (4) Agar kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi berjalan dengan baik, maka Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus memiliki IPCN (*Infection Prevention and Control Nurse*) yang bertugas mengawasi seluruh kegiatan pencegahan pengendalian infeksi yang meliputi unit perawatan, IGD, IBS, ICU, PICU-NICU, Hemodialisa, IPL, IPSRS, Farmasi, Gizi, Radiologi, CSSD, Laundry, Laboratorium, dan Administrasi.
- (5) Dalam melaksanakan tugasnya IPCN dibantu oleh IPCLN (*Infection Prevention and Control Link Nurse*) sebagai pelaksana harian / penghubung di unit masing-masing.
- (6) Kebijakan Penerapan Kewaspadaan Isolasi
 - a. Kewaspadaan isolasi diterapkan untuk mengurangi risiko infeksi penyakit menular pada pasien dan petugas kesehatan baik dari sumber infeksi yang diketahui maupun yang tidak diketahui.
 - b. Dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit setiap petugas harus menerapkan kewaspadaan *isolasi* yang terdiri dari dua lapis yaitu kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi.
 - c. Kewaspadaan standar diterapkan secara menyeluruh di semua area Rumah Sakit Umum

Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus dengan mengukur risiko yang dihadapi pada setiap situasi dan aktivitas pelayanan sesuai Panduan PPI Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus. Ditujukan kepada semua pasien tanpa memandang infeksi atau tidak infeksi. Kewaspadaan standar meliputi:

1. Kebersihan tangan
2. Penggunaan Alat Pelindung Diri
3. Pengelolaan limbah dan benda tajam
4. Pengendalian lingkungan
5. Penyuntikan aman
6. Kebersihan nafas dan etika batuk
7. Praktek lumbal pungsi
8. Penanganan peralatan perawatan pasien
9. Penatalaksanaan linen
10. Kesehatan karyawan
11. Penempatan pasien

- d. Kewaspadaan berdasarkan transmisi diterapkan sebagai tambahan kewaspadaan standar pada kasus – kasus yang mempunyai risiko penularan melalui kontak, *droplet*, *airborne*.

(7) Kebijakan Kebersihan Tangan

- a. Kebersihan tangan dilakukan oleh seluruh petugas klinis maupun non klinis di seluruh lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus.
- b. Metode kebersihan tangan dilakukan menurut WHO tahun 2009 dengan 6 langkah yang konsisten pada 5 momen, yaitu:
 1. Momen 1 : sebelum kontak dengan pasien
 2. Momen 2 : sebelum tindakan *asepsis*
 3. Momen 3 : setelah terkena cairan tubuh pasien
 4. Momen 4 : setelah kontak dengan pasien
 5. Momen 5 : setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien

- c. Terdapat 2 jenis kebersihan tangan, yaitu :
 - 1. *Handwash* : Kebersihan tangan dengan air mengalir dan sabun antiseptik *chlorhexidine* 2% (kecuali untuk cuci tangan bedah, menggunakan *chlorhexidine* 4 % berbahan sabun)
 - 2. *Handrub* : Kebersihan tangan tanpa air mengalir dengan larutan berbahan dasar alkohol atau *chlorhexidine* 0,2%

(8) Kebijakan Penggunaan Alat Pelindung Diri

- a. APD digunakan sesuai indikasi berdasarkan prinsip kewaspadaan standar dengan selalu mengukur potensi risiko spesifik pada setiap aktifitas pelayanan/tindakan medik sehingga tepat, efektif dan efisien.
- b. APD sekali pakai disediakan melalui Instalasi Farmasi atau subbag Rumah Tangga.
- c. APD yang lain disediakan melalui unit K3RS.
- d. Urutan penggunaan dan pelepasan APD harus konsisten untuk mencegah transmisi mikroorganisme.
- e. Tim PPI melakukan monitoring dan audit ketepatan penggunaan APD sebagai bahan dalam evaluasi dan rekomendasi peningkatan efektifitasnya.
- f. Setiap ruangan/unit melalui Subbag Rumah Tangga harus menyediakan fasilitas untuk menyimpan APD secara aman.

(9) Kebijakan Penatalaksanaan Limbah dan Benda Tajam

- a. Pengelolaan limbah cair, B3 (Bahan Beracun dan Berbahaya), padat infeksius/non infeksius dikelola oleh Instalasi Penyehatan Lingkungan (IPL) dan Sub Bagian Rumah Tangga bekerjasama dengan pihak ketiga, berkoordinasi dengan Komite PPI, sehingga aman bagi lingkungan.

- b. Pengelolaan limbah harus memperhatikan prinsip sebagai berikut :
1. Petugas yang menangani limbah harus menggunakan APD seperti sarung tangan khusus, masker, sepatu boot, apron, pelindung mata, dan bila perlu helm.
 2. Semua limbah yang beresiko tinggi harus diberi label/ tanda yang jelas.
 3. Wadah/*container* diberi alas kantong plastik dengan warna : kuning untuk limbah infeksius & B3, merah untuk limbah radioaktif, ungu untuk limbah sitostika, hitam untuk limbah non infeksius.
 4. Limbah tidak boleh dibiarkan atau disimpan lebih dari 24 jam
 5. Kantong plastik tempat limbah dan tempat sampah tidak boleh diisi terlalu penuh (maksimal 3/4)
 6. Wadah/*container* harus tertutup, tahan bocor, tidak berkarat, mudah dikosongkan atau diangkat, mudah dibersihkan dan berada di tempat yang terlindungi binatang atau serangga.
 7. Limbah benda tajam dan jarum harus dimasukkan ke dalam wadah anti bocor dan tahan tusukan (*safety box*), tanpa memperhatikan terkontaminasi atau tidak.
 8. *Syringe* atau spuit dimasukkan ke dalam plastik sampah warna kuning.
 - a. Pengangkutan limbah harus menggunakan troli yang tertutup. Pengangkutan dilakukan 3 kali dalam sehari. Apabila harus menggunakan lift harus sesuai dengan jam pemakaian lift untuk pengangkutan sampah agar tidak bersamaan dengan pengiriman makanan dan linen bersih pasien.

- b. Limbah cair rumah sakit adalah semua air buangan termasuk limbah darah dan feces yang berasal dari kegiatan rumah sakit yang kemungkinan mengandung mikroorganisme, bahan kimia beracun dan radioaktif yang berbahaya bagi kesehatan.
- c. Air yang keluar dari *Polishing Tank* harus diuji memenuhi syarat yang ditentukan oleh pihak KPPL, Sucofindo atau Laboratorium rujukan, seperti parameter BOD, COD, TSS, dll agar layak/dapat dibuang ke saluran umum.
- d. Limbah padat infeksius hasil proses pencetakan film di unit Radiologi mengandung bahan kimia berbahaya dan beracun (*Fixer & Developer*), limbah padat (Film) tersebut dilabelisasi dikirim ke instansi pengolahan limbah B3 RSUD dr. Loekmono Hadi setiap Lima (5) tahun sekali. Dari IPL, B3 limbah padat infeksius ini diangkut oleh pihak ketiga yaitu PT. ARAH dan dimusnahkan oleh PT. TENANG.
- e. Subbag Rumah Tangga harus menyediakan fasilitas untuk pengelolaan limbah secara konsisten dan sesuai kebutuhan, antara lain :
 - 1. tempat sampah injak
 - 2. kantong plastik kuning untuk sampah infeksius
 - 3. kantong plastik hitam untuk sampah non infeksius
 - 4. kantong plastik transparan untuk sampah daur ulang
 - 5. kantong plastik ungu untuk limbah sitotoksik

6. kantong plastik merah untuk limbah radioaktif

7. *safety box* untuk jarum, ampul dan benda tajam.

(10) Kebijakan Kebersihan Nafas, Etika Batuk dan Bersin

a. Etika batuk dan bersin adalah tata cara batuk yang baik untuk mencegah penularan mikroorganisme dan mengendalikan infeksi.

b. Semua individu yang ada di lingkungan RSUD dr. Loekmono Hadi wajib mematuhi etika dan bersin, yang meliputi:

1. Gunakan masker bedah bila sedang batuk dan bersin

2. Tutup hidung dan mulut dengan tissue / sapu tangan atau lengan atas bagian dalam

3. Segera buang tissue ke dalam tempat sampah

4. Cuci tangan dengan *handrub* atau *handwash*

(11) Kebijakan Penanganan Peralatan Perawatan Pasien

a. Di RS dilakukan dengan 2 cara yaitu secara fisika atau kimia, melalui tahapan pencucian (termasuk perendaman dan pembilasan), pengeringan, pengemasan, labeling, indikatorisasi, sterilisasi, penyimpanan, distribusi diikuti dengan pemantauan dan evaluasi proses serta kualitas/mutu hasil sterilisasi secara terpusat melalui Instalasi Pusat Pelayanan Sterilisasi (CSSD).

b. Proses pengiriman peralatan kotor dan pengambilan peralatan bersih dari ruangan ke CSSD atau sebaliknya, harus menggunakan *box/container* yang berbeda.

c. Instalasi Pusat Pelayanan Sterilisasi (CSSD) bertanggung jawab menyusun panduan dan prosedur tetap, mengkoordinasikan serta

melakukan monitoring dan evaluasi proses serta kualitas/mutu hasil sterilisasi dengan persetujuan Komite PPI RS.

- d. Penanganan peralatan perawatan pasien dapat dilakukan di luar CSSD dengan mengikuti prosedur yang berlaku, di bawah pengawasan petugas CSSD, seperti di unit Hemodialisa.
 - e. Petugas penanganan peralatan perawatan pasien harus menggunakan APD yang sesuai sehingga tidak bersentuhan dengan kulit dan lapisan mukosa, tidak mengotori pakaian, dan tidak memindahkan mikroorganisme ke pasien lain dan lingkungan.
 - f. Pemrosesan alat/instrumen paska pakai dipilih berdasarkan kriteria alat.
- (12) Kebijakan pengawasan peralatan kadaluwarsa
- a. Petugas dari setiap bagian Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus yang memakai alat kesehatan dengan tanggal kadaluwarsa seperti cairan infus, jarum, dan benang melakukan pemeriksaan fisik, jumlah dan tanggal kadaluwarsa alat setiap minggu.
 - b. Jika ditemukan peralatan kesehatan yang rusak, akan kadaluwarsa atau tidak pernah dipakai lagi, maka peralatan kesehatan tersebut dikumpulkan ke Bagian Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus
 - c. Petugas bagian Instalasi Farmasi Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus mengidentifikasi peralatan yang rusak, akan kadaluwarsa atau tidak pernah dipakai lagi, kemudian dibawa ke Instalasi Penyehatan Lingkungan (IPL) Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus. Petugas Instalasi Penyehatan Lingkungan

(IPL) Rumah Sakit Umum Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus menerima, memeriksa, memilih dan memisahkan peralatan kesehatan tersebut, apakah akan dimusnahkan atau dikembalikan ke distributor alat kesehatan terkait.

- d. Jika alat kesehatan tersebut bisa dikembalikan ke distributor, maka petugas bagian Rumah Tangga Rumah Sakit Umum Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus mengembalikan alat kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Jika peralatan kesehatan tersebut tidak bisa dikembalikan ke distributor, maka alat kesehatan tersebut dimasukkan ke gudang dan akan dimusnahkan oleh petugas Instalasi Penyehatan Limbah Rumah Sakit Umum Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi disaksikan oleh petugas Dinas Kesehatan Kabupaten Kudus.
- e. Tim PPI melakukan monitoring dan audit pengelolaan peralatan kadaluwarsa setiap 6 bulan sekali sebagai bahan dalam evaluasi dan rekomendasi program pencegahan dan pengendalian infeksi.

(13) Kebijakan Penanganan Peralatan *Reuse Single Use Devices*

- a. Alat Medis Sekali Pakai (AMSP) dapat digunakan ulang (*reuse of single use devices*) dengan syarat AMSP sangat dibutuhkan penggunaannya, tetapi sulit diperoleh atau sangat mahal harganya, sesuai rekomendasi manufaktur dan kebijakan RS.
- b. AMSP di unit Hemodialisa yaitu dializer dapat *dire use* atau digunakan kembali maksimal 4 (empat) kali pemakaian, dan harus dilakukan penggantian/dilakukan penggantian sewaktu

waktu jika alat tersebut tidak berfungsi dengan baik/rusak.

- c. AMSP dapat diproses secara benar/tepat (rasional) dan hasil sterilisasi masih efektif dan efisien baik secara fisik/fungsi, kualitas serta aman digunakan bagi pasien.

(14) Kebijakan Pengelolaan Linen

- a. Jenis linen di RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus dikelompokkan menjadi linen bersih, linen kotor infeksius dan linen kotor non infeksius.
- b. Untuk mencegah kontaminasi maka pengangkutan linen menggunakan kantong linen yang berbeda. Linen kotor dalam kantong linen berwarna hitam dan linen kotor infeksius yang terkena darah dan cairan tubuh pasien dalam kantong linen kuning.
- c. Pengangkutan linen harus menggunakan troli yang tertutup dan waktunya diatur agar tidak bersamaan dengan pengiriman makanan pasien maupun pengangkutan sampah.
- d. Pencegahan dan pengendalian infeksi dilakukan dengan desinfeksi troli linen, pengepelan/desinfeksi lantai, implementasi praktik kebersihan tangan, dan penggunaan alat pelindung diri (APD) sesuai potensi resiko selama bekerja.

(15) Kebijakan Pemeriksaan Kesehatan Pegawai

- a. Pemeriksaan kesehatan pegawai sangat penting dilakukan, agar pegawai dapat melakukan pekerjaan dalam kondisi kesehatan yang setinggi-tingginya, sehingga dapat bekerja dengan maksimal.
- b. Dalam pemeriksaan kesehatan pegawai berkoordinasi dengan unit K3 RS sebagai penanggung jawab program, bagian Kepegawaian, Instalasi Laboratorium, dan

Instalasi Rawat Jalan yang sesuai dengan kondisi pegawai.

- c. Bentuk pemeriksaan kesehatan pegawai meliputi pemeriksaan kesehatan pegawai baru, pemeriksaan kesehatan berkala, pemeriksaan kesehatan khusus.
- (16) Kebijakan Penanganan Pasien *Immunocompromised*
- a. Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus tidak memberikan pelayanan rawat inap pasien *immunocompromised* (HIV/AIDS, TB-MDR)
 - b. Jika sudah didapat diagnosa pasti dan pasien terindikasi infeksi sehingga yang bersangkutan mengalami *immunocompromised*, maka penanganannya hanya dilakukan stabilisasi keadaan umum, kemudian pasien dirujuk ke fasilitas kesehatan yang lain yang melayani pasien *immunocompromised* dan ditunjuk sebagai rumah sakit rujukan.
- (17) Kebijakan Penerapan *Bundles Healthcare Associated Infections (HAIS)*
- a. *Healthcare Associate Infections (HAIs)* adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di Rumah Sakit dan fasilitas kesehatan lainnya, di mana tidak ada infeksi dan tidak sedang dalam masa inkubasi pada saat masuk, termasuk infeksi didapat di rumah sakit tetapi muncul setelah pulang, juga infeksi pada petugas karena pekerjaannya.
 - b. Termasuk HAIs adalah infeksi saluran kemih (ISK), ventilator associated pneumonia (VAP), infeksi daerah operasi (IDO), dan infeksi aliran darah primer (IADP termasuk juga phlebitis).
 - c. RSUD dr. Loekmono Hadi Kudus menerapkan *Bundles HAIs*, yaitu cara terstruktur yang

dilakukan bersama di setiap unit untuk mencegah dan menurunkan angka kejadian HAIs.

- d. *Bundles* infeksi saluran kemih (ISK):
 1. Kaji indikasi
 2. Kebersihan tangan
 3. Tehnik insersi
 4. Perawatan kateter urin
 5. Pemeliharaan kateter urin
 6. Pelepasan kateter urin
- e. *Bundles* ventilator associated pneumonia (VAP):
 1. Kebersihan tangan
 2. Kebersihan mulut
 3. Posisi pasien
 4. Manajemen sekresi
 5. *Review* sedasi
 6. Profilaksis *Deep Vein Thrombosis (DVT)*
 7. Profilaksis ulkus peptikum
- f. *Bundles* infeksi daerah operasi (IDO) / Infeksi Luka Operasi (ILO) :
 1. Pencukuran bila perlu atau mengganggu lokasi operasi, dilakukan di kamar operasi 30-60 menit sebelum tindakan operasi
 2. Antibiotik profilaksis
 3. Temperatur normal
 4. Gula darah normal
- g. *Bundles* infeksi aliran darah primer (IADP):
 1. Kebersihan tangan
 2. APD maksimal
 3. Pemilihan lokasi
 4. Disinfeksi chlorhexidine
 5. *Daily review*

(18) Kebijakan Surveilans Infeksi

- a. Dilakukan secara sistematis aktif oleh IPCN (*Infection Prevention Control Nurse* – perawat pengendali infeksi) dan IPCLN (link nurse –

perawat penghubung pengendali infeksi) untuk menggambarkan tingkat kejadian berbagai penyakit infeksi sesuai Pedoman Surveilans Infeksi Rumah Sakit, Kemenkes dan penyakit endemis di rumah sakit.

- b. Indikator surveilans yaitu : Infeksi Saluran Kemih (ISK) terkait kateterisasi, Infeksi Daerah Operasi (IDO) / Infeksi Luka Operasi (ILO) terkait operasi bersih, Infeksi Aliran darah Primer (IADP termasuk plebhitis) pada pasien berisiko, dekubitus, dan pneumonia terkait ventilator (VAP) dan *Health Associated Pneumonia* (HAP).
 - c. Komite PPI melakukan tahap-tahap surveilans, mulai perencanaan, pengumpulan, analisis, evaluasi, koordinasi, laporan, memberikan rekomendasi tindak lanjut untuk tujuan pengendalian, manajemen risiko dan kewaspadaan terhadap kejadian luar biasa (KLB) dan memberikan *feedback*.
 - d. Laporan Infeksi RS disampaikan Komite PPI RS kepada Direktur dan Bidang Keperawatan setiap 3 bulan.
 - e. Pemantauan penerapan *bundles* Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (IADP, ISK, VAP/HAP, IDO/ILO), dekubitus adalah sebagai salah satu tolak ukur keberhasilan surveilans infeksi RS.
 - f. Kultur mikrobiologi dilakukan pada setiap kasus yang diduga infeksi rumah sakit (HAIs).
- (19) Kebijakan Penanganan Kejadian Luar Biasa (KLB)
- a. Kecenderungan kejadian IRS yang terus menerus meningkat signifikan selama 3 bulan berturut-turut atau peningkatan signifikan angka kejadian pada suatu waktu

pengamatan tertentu diwaspadai sebagai KLB.

- b. Untuk mendeteksi secara dini adanya KLB, dilakukan surveilans infeksi di rumah sakit. Selain untuk deteksi dini, surveilans secara aktif juga bertujuan untuk mencegah supaya KLB tidak terulang lagi.
 - c. Surveilans dilakukan oleh IPCN bekerjasama dengan IPCLN. Data yang didapat dari surveilans diinput oleh IPCLN masing-masing ruangan kemudian diolah oleh komite PPI RS, disertai analisis, rekomendasi dan tindak lanjut, dan digunakan sebagai bahan laporan kepada Direktur rumah sakit, dan bahan komunikasi dengan bagian yang terkait.
- (20) Kebijakan Pengkajian Resiko Infeksi Pada Konstruksi/Pembangunan Dan Renovasi Di Rumah Sakit
- a. Sebelum melakukan konstruksi atau renovasi bangunan dilakukan analisis terhadap kualitas udara, persyaratan utilisasi, kebisingan, getaran dan prosedur emergensi.
 - b. Setiap konstruksi maupun renovasi bangunan yang dilakukan di RS harus mengutamakan keselamatan pasien, pengunjung dan petugas berdasarkan prinsip-prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi. Untuk itu maka pihak *vendor* berkewajiban memberikan keamanan baik untuk pekerja maupun untuk petugas, pasien dan pengunjung rumah sakit berupa rambu-rambu, melokalisir bangunan/renovasi dan alat keamanan lainnya.
 - c. Pengkajian risiko infeksi dibuat berdasarkan dari panduan *Infection Control Risk Assesment* (ICRA).

- d. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit (KPPI RS) melakukan pengkajian risiko infeksi dan tindak lanjut berkolaborasi dengan bagian pemeliharaan dan K3 RS.
 - e. Melakukan swab ruangan dan uji kualitas udara, khususnya di area berisiko tinggi sebelum ruangan digunakan.
- (21) Persiapan Pemakaian Ruang Baru Paska Konstruksi / Renovasi Rs
- a. Melakukan analisis dampak renovasi dan konstruksi terhadap kualitas udara, tingkat kebisingan .
 - b. Melakukan edukasi (pemasangan rambu-rambu atau gambar di area renovasi) kepada petugas, pasien dan pengunjung.
 - c. Melakukan pembersihan menyeluruh dan dekontaminasi semua permukaan, termasuk dinding, langit-langit, jendela dan sistem ventilasi berisiko tinggi.
 - d. Melakukan swab ruangan dan uji kualitas udara, khususnya di area berisiko tinggi sebelum ruangan digunakan.
- (22) Kebijakan Perbandingan Data Dasar Infeksi (*Benchmarking*)
- a. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan secara internal (antar unit/ruangan) maupun eksternal (dengan Rumah Sakit lain yang setipe atau dengan standar ilmiah yang diakui).
 - b. Perbandingan data dasar infeksi dilakukan oleh tim Pencegahan dan Pengendalian infeksi setiap 3 bulan untuk *benchmarking internal* dan setahun sekali untuk *benchmarking eksternal*.
 - c. Rumah sakit yang menjadi mitra dalam *benchmarking eksternal* adalah rumah sakit lokal/nasional yang setara maupun

organisasi kesehatan internasional yang terbukti memiliki praktik terbaik secara ilmiah.

- d. Hasil perbandingan dianalisa, ditindaklanjuti dan dilaporkan kepada Direktur secara tertulis dalam bentuk laporan tiga bulanan PPI (*benchmarking internal*) dan laporan surveilans tahunan (*benchmarking eksternal*).
- e. Hasil perbandingan data dasar infeksi internal maupun eksternal dikoordinasikan dalam rapat Komite PPI.

(23) Kebijakan Pendidikan Dan Pelatihan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit

- a. Pendidikan dan pelatihan direncanakan dan dilaksanakan secara periodik dan berkesinambungan oleh Instalasi Pendidikan dan Pelatihan (Diklat) bekerjasama dengan PPI RS untuk menjamin setiap petugas yang berada dan bekerja di RS (termasuk peserta didik/mahasiswa dan pegawai baru) memahami dan mampu melaksanakan program PPI RS, khususnya kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasar transmisi.
- b. Seluruh pegawai baru dan mahasiswa praktek di RS wajib mengikuti program orientasi materi PPI umum.
- c. Seluruh tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dididik tentang pencegahan dan pengendalian infeksi.
- d. Untuk meningkatkan kemampuan Tim PPIRS dalam menjalankan program PPI, maka yang bersangkutan harus mendapatkan pendidikan dan pelatihan tentang PPI secara berkelanjutan.
- e. Monitoring dan evaluasi hasil pendidikan dan pelatihan dilakukan oleh Instalasi Diklat bersama Komite PPI RS sesuai ketentuan

yang berlaku sebagai dasar perencanaan program selanjutnya.

(24) Kebijakan Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Untuk Pasien, Keluarga Dan Pengunjung

- a. Pasien, keluarga dan pengunjung harus diberikan edukasi tentang PPIRS sehingga dapat turut ambil bagian dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Loekmono Hadi Kudus.
- b. Pasien dan keluarga dapat mengingatkan petugas (Dokter, Perawat, Bidan, Fisioterapi, Laboratorium, Gizi, dll) bila tidak melakukan kebersihan tangan sebelum, sesudah menyentuh pasien dan lingkungan pasien maupun sebelum dan sesudah melakukan tindakan aseptik.
- c. Anak-anak di bawah 14 tahun dilarang mengunjungi pasien di ruang perawatan untuk mengurangi resiko penularan penyakit.
- d. Setiap ruangan / unit melalui Subbag Rumah Tangga harus menyediakan fasilitas wastafel, tempat sampah injak, kantong kuning untuk sampah infeksius, kantong hitam untuk sampah non infeksius, cairan sabun biasa (*handsoap*) untuk *handwash* dan cairan *handrub* berbasis alkohol atau chlorhexidine 0,2% secara konsisten dan sesuai kebutuhan.

BAB III

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 47

Pada saat Peraturan Direktur ini mulai diberlakukan maka Peraturan Direktur nomor: 440/901/ 23.02.01 /2015 tentang Kebijakan Pelayanan masih berlaku sepanjang tidak mengalami perubahan pada peraturan direktur ini;

Pasal 48

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Kudus
pada tanggal 04 Oktober 2017

TTD

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
dr. LOEKMONO HADI