



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH

RUMAH SAKITJIWA DAERAH SURAKARTA

Jl. Ki Hajar Dewantoro 80 Jebres Kotak Pos 187 Surakarta 57126 Telp. (0271) 641442 Fax. (0271) 648920
E-mail : rsjsurakarta@jatengprov.go.id Website : <http://rsjd-surakarta.jatengprov.go.id>

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

PROVINSI JAWA TENGAH

NOMOR : 188 / 008.8 / 01 / 2018

TENTANG

KEBIJAKAN PELAYANAN

PADA RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

PROVINSI JAWA TENGAH

DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA

PROVINSI JAWA TENGAH

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta diperlukan regulasi dalam bentuk Kebijakan yang mengatur pada tataran strategis dan/atau berskala makro yang bersifat mengikat;
- b. bahwa Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta di Bidang Pelayanan diatur dengan Kebijakan Pelayanan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan penyesuaian ketentuan regulasi yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta maka Peraturan Direktur tentang kebijakan pelayanan yang ada perlu ditinjau kembali.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
4. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan;
5. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
6. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
7. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
8. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;

9. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum;
10. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan Dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 tentang K3 Rumah Sakit,
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1087 tahun 2010 tentang Standar K3 RS,
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit,
14. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tatakerja Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;
15. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 6 Tahun 2007 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan Dan Penetapan Standar Pelayanan Minimal;
16. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
18. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 228/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Yang Wajib Dilaksanakan Daerah;
19. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit;
20. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/Menkes/PER/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;
21. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Kefarmasian Rumah Sakit;
22. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 97 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta;
23. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 821.2/235/2011 tanggal 17 Maret 2011 tentang Pengangkatan / Penunjukan Dalam Jabatan Struktural Eselon II di Lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : **PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA TENTANG KEBIJAKAN PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT JIWA DAERAH SURAKARTA PROVINSI JAWA TENGAH.**

BAB I KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Direktur ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang selanjutnya disebut RSJD Surakarta adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Klas A Khusus milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Provinsi Jawa Tengah.
6. Kebijakan adalah regulasi internal yang bersifat strategis, berskala makro dan mengikat.
7. Pelayanan Kesehatan adalah segala kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang dalam rangka promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.
8. Pelayanan Rumah Sakit adalah segala bentuk pelayanan yang dilaksanakan oleh rumah sakit dalam rangka upaya – upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan dan pelayanan rujukan.
9. Keselamatan Kerja adalah keselamatan yang berkaitan dengan mesin, pesawat alat kerja, bahan dan proses pengelolaannya, landasan tempat kerja dan lingkungannya serta cara-cara melakukan pekerjaan.
10. Kesehatan Kerja adalah upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit yang bertujuan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan.
11. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah upaya rumah sakit dalam hal pencegahan dan pengendalian infeksi melalui Tim Pencegahan Dan pengendalian Infeksi yang bertugas melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan terus-

- menerus terhadap SPO dan pelaksanaan kewaspadaan standar yang dilaksanakan di unit pelayanan meliputi : kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, dekontaminasi, pembersihan, desinfektan, sterilisasi, penanganan limbah, pengendalian lingkungan, penanganan linen, penanganan peralatan pasien dan penempatan pasien di ruang perawatan.
12. Promosi Kesehatan Rumah Sakit upaya yang dilakukan oleh pihak rumah sakit dalam memberikan informasi dan edukasi kesehatan kepada pasien/ keluarga pasien / penanggungjawab pasien baik rawat inap maupun pasien baru pada rawat jalan.
 13. Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*Clinical Governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis.

BAB II

RUANG LINGKUP

Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Direktur tentang Kebijakan Pelayanan ini meliputi :

- a. Kebijakan Pelayanan Pasien;
- b. Kebijakan Pelayanan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit;
- c. Kebijakan Pelayanan Komite Pencegahan Pengendalian Infeksi;
- d. Kebijakan Pelayanan Komite Promosi Kesehatan Rumah Sakit;
- e. Kebijakan Pelayanan Komite Medik;
- f. Kebijakan Pelayanan Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien;
- g. Kebijakan Komite Etik dan Hukum;

Pasal 3

Kebijakan Pelayanan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, meliputi :

1. Pemberian Pelayanan yang seragam
 - a. Pemberian pelayanan yang seragam disepakati oleh para pimpinan rumah sakit dan disesuaikan dengan undang-undang dan peraturan terkait.
 - b. Pelayanan asuhan pasien sesuai dengan prosedur pelayanan kedokteran dan prosedur asuhan keperawatan

- c. Akses untuk pelayanan dan pengobatan tidak tergantung atas kemampuan pasien untuk membayar atau tidak tergantung atas sumber pembiayaan.
 - d. Akses pelayanan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh praktisi yang kompeten, tidak tergantung atas hari-hari tertentu atau waktu tertentu.
 - e. Penggunaan alokasi sumber daya yang sama antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama
 - f. Tingkat pelayanan yang diberikan kepada pasien sama di seluruh rumah sakit.
 - g. Pasien dengan kebutuhan pelayanan keperawatan yang sama menerima pelayanan keperawatan yang setingkat di seluruh rumah sakit.
 - h. Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antar lain metode IAR (Informasi Analisis rencana), form asesmen awal, asesmen ulang, panduan praktik klinis (PPK), alur klinis terintegrasi/clinical pathway, pedoman manajemen nyeri, dan regulasi untuk berbagai tindakan
 - i. Rencana asuhan oleh PPA dengan metode IAR (Informasi Analisis Rencana)
 - j. Praktisi / tenaga yang kompeten dalam suhan pelayanan pasien adalah para pemberi asuhan (PPA) yang terdiri dari dokter, perawat, apoteker, psikolog, fisioterapi, okupasi terapis, terapis wicara dan ahli gizi.
 - k. Dalam memberikan asuhan pelayanan pada pasien Petugas Pemberi Asuhan (PPA) harus mempunyai kewenangan klinis dari direktur, untuk mendapatkan kewenangan klinis melalui proses kredensial sesuai profesi.
 - l. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) bertindak sebagai leader dari PPA yang lain dalam pemberi asuhan pasien.
2. Pengintegrasian Pelayanan
- a. Rencana pelayanan asuhan pasien dikoordinasikan dan diintegrasikan di antara berbagai unit kerja pelayanan.
 - b. Pelaksanaan atau implementasi pelayanan asuhan pasien terintegrasi dan terkoordinasikan antar unit kerja pelayanan.
 - c. Pengintegrasian pelayanan oleh MPP atau case manajer
 - d. Hasil atau kesimpulan rapat dari tim PPA atau diskusi lain tentang kerja sama di dokumentasikan dalam CPPT dan form MPP

- e. Asuhan setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 Jam.
 - f. Perkembangan tiap pasien dievaluasi berkala dan dibuat notasi pada CPPT oleh DPJP sesuai dengan kebutuhan dan diverifikasi harian oleh DPJP
 - g. Setiap perintah pengobatan, program tindakan dan pemeriksaan penunjang tertulis dalam catatan terintegrasi.
 - h. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur
 - i. Rencana asuhan tiap pasien direview dan diverifikasi oleh DPJP
 - j. Jenis instruksi harus tertulis dan tercatat di Rekam Medis
 - k. Permintaan semua pemeriksaan laboratorium dan diagnosis Imajing harus disertai dengan indikasi klinis kecuali di IGD dan unit instensif.
 - l. Perintah pengobatan, program tindakan, pemeriksaan laboratorium, elektordiagnostik, radiologi atau pemeriksaan lain ditulis di rekam medis
 - m. Hasil asuhan dan pengobatan termasuk hasil asuhan yang tidak diharapkan diinformasikan kepada pasien dan keluarga;
 - n. Yang berwenang memberikan instruksi adalah PPA
3. Pelayanan pasien resiko tinggi dan penyediaan pelayanan resiko tinggi
- a. Apabila ruang perawatan pasien sesuai kelas dan kriteria penuh, maka pasien akan ditempatkan di ruang perawatan lain yang ada di RSJD Surakarta dengan mempertimbangkan jenis kelamin dan tingkat kegawatannya. Kebijakan ini akan dievaluasi secara periodik setiap semester.
 - b. Pelayanan resiko tinggi meliputi pelayanan radiologi, pelayanan gawat darurat, pelayanan ECT
 - c. Pasien yang digolongkan risiko tinggi di RS Jiwa Daerah Surakarta yang diidentifikasi berdasarkan : umur, kondisi klinis, kebutuhan bersifat kritis dan risiko sampingan sebagai akibat suatu prosedur atau rencana asuhan, yaitu :
 - 1) Pasien yang menggunakan alat pengkekang / restrain
 - 2) Pasien lanjut usia, cacat, anak-anak dan yang berisiko kekerasan
 - 3) Pasien bunuh diri

- 4) Pasien melarikan diri
- 5) Pasien perilaku kekerasan
- d. Staf klinis dilatih untuk mendeteksi (mengenal) perubahan kondisi pasien memburuk dan mampu melakukan tindakan (EWS).
- e. Pelayanan resusitasi yang tersedia dan diberikan selama 24 jam setiap hari diseluruh area rumah sakit, serta peralatan medis untuk resusitasi dan obat untuk bantuan hidup dasar terstandar sesuai dengan kebutuhan populasi pasien
- f. Pelayanan pasien dengan restrain
 - 1) Pengambilan keputusan untuk pengaplikasian restrain didiskusikan dengan pasien, kerabat, keluarga dan dokter penanggungjawab pasien, kecuali pada kondisi emergensi.
 - 2) Pemberian Informed Consent untuk tindakan restrain mekanik
 - 3) Kewenangan untuk pengambilan keputusan mengenai penggunaan restrain adalah dokter penanggungjawab pasien (DPJP)
 - 4) Setiap episode penggunaan restrain harus dinilai dan dievaluasi serta berdasarkan instruksi dokter.
 - 5) Penggunaan restrain (termasuk obat dan alat) harus didokumentasikan dalam rencana perawatan / tata laksana pasien.
 - 6) Penggunaan restrain harus diimplementasikan dengan tehnik yang benar dan aman.
- g. Pelayanan pasien ketergantungan dan risiko kekerasan
 - 1) Rumah sakit memfasilitasi asuhan pasien yang lemah, lanjut usia dengan ketergantungan bantuan dan lanjut usia yang tidak mandiri.
 - 2) Rumah sakit memfasilitasi kebutuhan asuhan pasien anak dan anak dengan ketergantungan.
 - 3) Pasien yang dicurigai risiko kekerasan dilakukan assesmen risiko dan identifikasi kebutuhan pelayanannya.
 - 4) Dilakukan edukasi terhadap orang tua atau penanggungjawab pasien terhadap risiko kekerasan.
- h. Pelayanan darah
 - 1) Rumah sakit menyediakan pelayanan darah berupa transfuse darah

- 2) Pelayanan darah dan produk darah harus diberikan sesuai dengan peraturan perundang-undangan meliputi antara lain :
 - ✓ Pemberian persetujuan (Informed Consent)
 - ✓ Pengadaan darah
 - ✓ Identifikasi pasien
 - ✓ Pemberian darah
 - ✓ Monitoring pasien
 - ✓ Identifikasi dan respons terhadap reaksi transfusi
- i. Pelayanan pasien penyakit menular
Rumah sakit menyediakan pelayanan pasien penyakit menular
- j. Pelayanan nyeri
 - 1) Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyeri
 - 2) Rumah sakit memberikan edukasi dan pengobatan untuk mengatasi nyeri sesuai panduan
- k. Pelayanan dalam tahap terminal
Rumah sakit belum menyediakan pelayanan pasien tahap terminal.
- l. Pelayanan Kemoterapi
Rumah sakit tidak menyediakan pelayanan pasien kemoterapi
- m. Pelayanan Koma
Rumah sakit tidak menyediakan pelayanan pasien koma
- n. Pelayanan pasien penurunan Immuno suppressed
Rumah sakit tidak menyediakan pelayanan pasien penurunan Immuno suppressed
4. Makanan dan terapi nutrisi
 - a. DPJP atau pemberi pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan sesuai asesmen dan rencana asuhan.
 - b. Edukasi tentang pembatasan diet pasien kepada keluarga yang menyediakan makanan.
 - c. Edukasi tentang pembatasan diet pasien.
 - d. Pasien yang pada asesmen berada pada risiko nutrisi, mendapat terapi gizi.
 - e. Pada asesmen awal pasien diskriminasi untuk mengidentifikasi adanya risiko nutrisi.
 - f. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
 - g. Rumah sakit menyediakan tempat penyimpanan makanan kering yang dibawa oleh keluarga

5. Rumah sakit melaksanakan kegiatan pelayanan Etiko Medico Legal.
6. Pelayanan Instalasi, mengatur :
 - a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat, Rawat Inap, Farmasi, Psikogeriatri, Napza, dan Rekam medik dilaksanakan selama 24 jam.
 - b. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan, Psikologi, Rehabilitasi Medik, Kesehatan Gigi dan Mulut, Elektromedik, Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja, Kesehatan Jiwa Masyarakat, Hemodialisa, Humas dan Pemasaran, Laundry, Sanitasi, dan Rehabilitasi Psikososial dilaksanakan dalam jam kerja.
 - c. Pelayanan Instalasi Laboratorium, IPSRS, SIM-RS dan Radiologi dilaksanakan dalam jam kerja dan dilanjutkan dengan sistem On Call.
 - d. Pelayanan wajib berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.
 - e. Seluruh staf rumah sakit wajib bekerja sesuai dengan standar profesi , pedoman/panduandan standar prosedur operasional yang berlaku serta sesuai dengan etika profesi dan etika rumah sakit.
 - f. Seluruh staf rumah sakit dalam melaksanakan pekerjaannya wajib selalu sesuai dengan ketentuan kesehatan dan keselamatan kerja rumah sakit (K3RS) termasuk dalam penggunaan Alat pelindung Diri (APD).
7. Skrining Dan Triase, mengatur :
 - a. Skrining dilakukan pada kontak pertama untuk menetapkan apakah pasien dapat dilayani oleh pihak rumah sakit.
 - b. Skrining dilaksanakan melalui kriteria triase, visual dan pengamatan, pemeriksaan fisik, psikologis, laboratorium klinik, diagnostik imajing, atau pemeriksaan penunjang lainnya.
 - c. Kebutuhan darurat, mendesak, atau segera diidentifikasi dengan proses triase berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien dengan kebutuhan emergensi.
 - d. Rumah Sakit melakukan skrining pasien masuk rawat inap sesuai kebutuhan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitative
8. Identifikasi, mengatur:
 - a. Setiap pasien yang akan mendapatkan pelayanan dilakukan identifikasi dengan minimal 2 (dua) identitas pasien, meliputi : Nama, Tanggal Lahir dan atau Nomor Register.
 - b. Identifikasi pasien psikiatri ditambah dengan foto wajah.

- c. Setiap pasien yang masuk rawat inap wajib dipasangkan gelang identitas pasien.
 - d. Pasien selalu diidentifikasi sebelum pemberian obat, pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis, pemberian produk darah dan pemberian pengobatan atau tindakan lainnya.
9. Transfer atau perpindahan di dalam rumah sakit, mengatur:
- a. Transfer dilaksanakan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
 - b. Pasien yang ditransfer harus dilakukan stabilisasi lebih dulu sebelum dipindahkan.
 - c. Transfer harus memperhatikan privasi pasien.
10. Rujuk ke luar rumah sakit, mengatur:
- a. Dilakukan stabilisasi lebih dulu sebelum dirujuk.
 - b. Rujukan ke rumah sakit ditujukan kepada individu secara spesifik.
 - c. Tindakan merujuk berdasarkan atas kondisi kesehatan dan kebutuhan akan pelayanan berkelanjutan.
 - d. Rujukan menunjuk siapa yang bertanggungjawab selama proses rujukan serta perbekalan dan peralatan apa yang dibutuhkan selama transportasi.
 - e. Kerjasama yang resmi atau tidak resmi dibuat dengan rumah sakit penerima.
 - f. Proses rujukan didokumentasikan di dalam rekam medis pasien.
 - g. Rujuk pasien harus didampingi oleh petugas sesuai kriteria.
11. Penundaan Pelayanan, mengatur :
- a. Memperhatikan kebutuhan klinis pasien pada waktu menunggu atau penundaan untuk pelayanan diagnostik dan pengobatan.
 - b. Memberikan informasi apabila akan terjadi penundaan pelayanan atau pengobatan.
 - c. Memberi informasi alasan penundaan atau menunggu dan memberikan informasi tentang alternatif yang tersedia sesuai dengan keperluan klinis mereka.
 - d. Memberi informasi alasan penahanan pasien untuk observasi.
12. Transportasi, mengatur :
- a. Transportasi milik rumah sakit harus sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku berkenaan dengan pengoperasian, kondisi dan pemeliharaan.

- b. Transportasi disediakan atau diatur sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien.
 - c. Semua kendaraan yang dipergunakan untuk transportasi, dilengkapi dengan peralatan yang memadai, perbekalan dan medika mentosa sesuai dengan kebutuhan pasien yang dibawa.
13. Hak Pasien dan Keluarga, mengatur :
- a. Informasi awal tentang hak pasien dan keluarga, tata tertib dan peraturan yang berlaku di RSJD Surakarta diberikan oleh petugas admisi.
 - b. Rumah sakit melindungi privasi selama dalam perawatan dan kerahasiaan penyakit yang diderita, termasuk data-data medisnya.
 - c. Rumah sakit menjamin hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kerohanian sesuai agama dan kepercayaannya.
 - d. Rumah sakit menjamin hak pasien dalam menjalankan ibadah sesuai agama atau kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya.
 - e. Rumah sakit mengambil alih tanggung jawab melindungi barang pasien ketika pasien tidak dapat melaksanakan tanggung jawabnya.
 - f. Rumah sakit memfasilitasi pasien dan/atau keluarga pasien yang menyampaikan keluhan dan saran atas pelayanan rumah sakit.
 - g. Rumah sakit mendorong partisipasi keluarga dalam proses asuhan pelayanan pasien.
 - h. Rumah Sakit membantu mencari second opinion, baik di dalam maupun di luar rumah sakit.
 - i. Rumah sakit menjamin hak pasien untuk mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
 - j. Rumah sakit menjamin keamanan dan keselamatan pasien selama dalam perawatan di rumah sakit
14. Informed Consent, mengatur :
- a. Untuk pasien psikiatri Informed consent tindakan ECT/MECTA diperoleh saat awal pasien masuk.
 - b. Tindakan yang memerlukan informed consent adalah :
 - 1) Electroconvulsive Therapy (ECT)
 - 2) Anestesi untuk ECT
 - 3) Transcranial Magnetic Stimulation

- 4) CT Scan
 - 5) Transfusi darah
 - c. informed consent dilaksanakan oleh staf terlatih dan diberikan dalam bahasa yang dipahami pasien.
15. Penolakan pelayanan dan pengobatan, mengatur :
- a. Menolak pengobatan adalah hak pasien
 - b. Keluarga dan/atau pasien tetap harus diberi informasi mengenai konsekuensi dan tanggung jawab dari keputusan penolakan pengobatan, serta tersedianya alternative pelayanan dan pengobatan.
16. Asesmen Pasien, mengatur :
- a. Rumah sakit menentukan isi, jumlah dan jenis assessmen awal pada disiplin medis dan keperawatan meliputi status fisik, psiko-sosio-spiritual, ekonomi, riwayat kesehatan pasien, riwayat alergi, assessmen nyeri, resiko jatuh, assessmen fungsional, resiko nutrisional, kebutuhan edukasi, perencanaan pemulangan pasien.
 - b. Assessmen awal Rawat Inap harus selesai dalam waktu 24 jam.
 - c. Pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit akut atau non kronis, assessmen awal diperbaharui setelah 1 bulan.
 - d. Pelaksanaan pasien rawat jalan dengan penyakit kronis, assessmen awal diperbaharui setelah 3 bulan.
 - e. Assessmen awal medis pasien dan assessmen keperawatan rawat jalan dilaksanakan maksimal 30 menit/ lebih cepat sesuai kondisi pasien.
 - f. Assessmen awal medis dan keperawatan gawat darurat dilaksanakan maksimal 90 menit/ lebih cepat sesuai kondisi pasien.
 - g. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan di skrining resiko nutrisional dengan menggunakan MST (Malnutrition Skrining Tool) untuk pasien dewasa dan untuk anak remaja menggunakan Strong Kids.
 - h. Kriteria Assessmen kebutuhan fungsional dan resiko jatuh dengan menggunakan Edmonson untuk pasien dewasa, Humpty Dumpty untuk pasien anak-anak, Morse (Morse Fall Scale/ MPS) untuk pasien non psikiatri.
 - i. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskroning nyeri dengan menggunakan Wong Baker dan Numeric, untuk anak-anak menggunakan Flacc Scale.
 - j. Assessmen tambahan di RSJD Surakarta meliputi :
 - 1) Assessmen anak dan remaja
 - 2) Assessmen geriatri

- 3) Pasien dengan kebutuhan untuk P3 (Perencanaan, Pemulangan, Pasien)
 - 4) Pasien kecanduan obat terlarang/ alkohol
 - 5) Pasien dengan penyakit menular atau infeksius
 - k. Assesmen ulang oleh DPJP dilakukan untuk pasien akut setiap hari, termasuk akhir minggu
 - l. Assesmen ulang untuk DPJP Sub Akut dilakukan minimal 2x dalam seminggu.
 - m. RS menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM.
 - n. Assesmen awal, assesmen ulang dan assesmen gawat darurat dilaksanakan oleh dokter, perawat dan staf disiplin klinis yang berkompeten dan berwenang.
17. Pasien berisiko, mengatur:
- a. Pasien Risiko Jatuh
 - 1) Menerapkan assesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan assesmen ulang terhadap pasien bila diidentifikasi terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
 - 2) Menerapkan langkah-langkah upaya untuk mengurangi risiko jatuh.
 - 3) Memonitor keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.
 - b. Pasien Risiko kekerasan terhadap orang lain dan lingkungan
 - 1) Menerapkan assesmen awal pasien Risiko kekerasan terhadap orang lain dan lingkungan dan melakukan assesmen ulang terhadap pasien bila diidentifikasi terjadi perubahan kondisi
 - 2) Menerapkan langkah-langkah upaya untuk mengurangi risiko kekerasan terhadap orang lain dan lingkungan dan penanganannya.
 - 3) Memonitor keberhasilan pengurangan cedera akibat kekerasan terhadap orang lain dan lingkungan maupun dampak yang berkaitan secara tidak disengaja.
 - c. Pasien Risiko Bunuh Diri
 - 1) Menerapkan assesmen awal risiko pasien bunuh diri dan melakukan assesmen ulang terhadap pasien bila diidentifikasi terjadi perubahan kondisi.
 - 2) Menerapkan langkah-langkah upaya untuk mengurangi risiko bunuh diri dan penanganannya

- 3) Memonitor keberhasilan pengurangan cidera akibat percobaan bunuh diri maupun dampak yang berkaitan.
- d. Pasien Risiko Melarikan Diri
 - 1) Menerapkan assesmen awal risiko pasien Melarikan Diri dan melakukan assesmen ulang terhadap pasien bila diidentifikasi terjadi perubahan kondisi.
 - 2) Menerapkan langkah-langkah upaya untuk mengurangi risiko Melarikan Diri dan penangganya
 - 3) Memonitor pengurangan angka kejadian akibat Melarikan Diri maupun dampak yang berkaitan
18. Komunikasi efektif, mengatur:
 - a. Perintah lisan dan yang melalui telpon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
 - b. Perintah lisan dan yang melalui telpon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau pemeriksaan hasil tersebut.
 - c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
19. Manajemen Obat, mengatur :
 - a. Pengelolaan obat dilakukan sesuai dengan standar kefarmasian.
 - b. High Alert Medication adalah obat yang memiliki risiko lebih tinggi dalam menyebabkan komplikasi, efek samping atau bahaya.
 - c. Dilakukan metode meminimalisasi kesalahan.
 - d. Obat-obatan jenis baru dan informasi keselamatan tambahan lainnya akan ditinjau dalam audit dan revisi high alert medications oleh Panitia Farmasi dan Terapi.
 - e. Obat-obat yang termasuk dalam kategori high alert medications diinventarisasi khusus dan disosialisasikan kepada seluruh tenaga farmasi, dokter dan perawat.
20. Manajemen Nutrisi, mengatur :
 - a. Makanan atau nutrisi yang sesuai dengan status gizi pasien tersedia secara regular dan tepat waktu.
 - b. Makanan disiapkan dan disimpan dengan mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
 - c. Distribusi makanan secara tepat waktu, dan memenuhi permintaan khusus.
 - d. Penyiapan makanan, penyimpanan dan distribusi dimonitor untuk keamanan sesuai undang – undang dan peraturan.

21. Manajemen Nyeri, mengatur :
 - a. Semua pasien rawat inap dan rawat jalan diskriming untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.
 - b. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif.
 - c. Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai dengan pedoman dan protokol.
 - d. Rumah sakit menjalankan proses komunikasi dan mendidik pasien, keluarga dan staf tentang rasa sakit.
 - e. Fasilitas pengukuran nyeri pasien baru tersedia dan bentuk skala nyeri dalam rekam medis.
 - f. Keluhan pasien tentang nyeri harus diperhatikan dan tidak boleh langsung dianggap sasaran Mutu.
 - g. Penatalaksanaan nyeri mencakup nonfarmakologis dan farmakologis.
22. Manajemen di Instalasi, mengatur :
 - a. Semua Instalasi membuat Pedoman Pengorganisasian dan Pelayanan unit kerja.
 - b. Semua petugas di instalasi wajib memiliki ijin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - c. Penyediaan SDM harus mengacu pada pola ketenagaan.
23. Hand Hygiene, mengatur :
 - a. Mengadaptasi pedoman hand hygiene dari WHO.
 - b. Menerapkan program hand hygiene yang efektif.
24. Peralatan di instalasi harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
25. RSJD Surakarta tidak menyediakan :
 - a. Pelayanan donor / transplatansi organ.
 - b. Pelayanan bedah.
 - c. Pelayanan paliatif.
 - d. Pelayanan risiko tinggi dengan peralatan Bantuan Hidup Dasar dan pengobatan chemo therapy.
26. Pelayanan yang tidak dapat dilaksanakan sendiri di Rumah Sakit dilakukan kerjasama dengan pihak lain.
27. Pengalihan DPJP
 - a. Pasien kelas I dan VIP berhak memilih DPJP.
 - b. Apabila DPJP berhalangan dapat mengalihkan tanggung jawab kepada DPJP lain dengan kompetensi setara dan memberitahukan ke pasien.
28. Pasien rawat inap tidak diperbolehkan cuti.
29. Pasien rehabilitasi Napza diperbolehkan cuti rawat inap atas ijin DPJD.

30. Rumah Sakit menerapkan system pelaporan insiden keselamatan pasien baik laporan internal maupun laporan eksternal.
31. Apabila kapasitas tempat tidur di Rumah Sakit penuh maka pasien dirujuk ke Rumah Sakit lain.
32. Rumah Sakit memberikan kompensasi kepada penerima layanan apabila yang diterima tidak sesuai dengan yang telah dimaklumkan.
33. RS. Jiwa Daerah Surakarta melayani pelayanan Non Psikiatri Rawat Jalan dan Rawat Inap, meliputi : Saraf, Penyakit Dalam, Anak, Rehabilitasi Medik, Obsgin serta Kulit dan Kelamin
34. Proses pelaksanaan kesinambungan pelayanan dan koordinasi asuhan pasien terintegrasi yang berpusat pada pasien dilaksanakan oleh Manager Pelayanan Pasien (MPP)
35. Rumah Sakit melaporkan kepada pihak yang berwenang bila ada indikasi kondisi pasien yang membahayakan diri sendiri dan lingkungan.
36. Rumah Sakit mempunyai aturan tentang pasien rawat inap dan rawat jalan yang meninggalkan Rumah Sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri).
37. Rumah sakit dalam memberikan pelayanan anestesi dilaksanakan oleh dokter spesialis anestesi dan sebagai ketua pelayanan anestesi
38. Rumah Sakit memberikan Pelayanan Anestesi sedasi moderat dan dalam untuk memenuhi kebutuhan pasien di Instalasi Elektromedik dalam tindakan MECTA.
39. Rumah Sakit memberikan pelayanan Anestesi sedasi ringan untuk memenuhi kebutuhan pasien di Instalasi Elektromedik dalam tindakan EEG.
40. Rumah Sakit memberikan pelayanan Anestesi lokal untuk memenuhi kebutuhan pasien di Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan Non Psikiatri dan Instalasi Gigi dan Mulut.
41. Rumah Sakit memberikan pelayanan anestesi sedasi moderat dan dalam yang seragam dan terintegrasi di seluruh tempat pelayanan di Rumah Sakit.
42. Rumah Sakit memberikan pelayanan anestesi sedasi moderat dan dalam berada dibawah tanggung jawab dokter anestesi.
43. Rumah Sakit menetapkan program mutu dan keselamatan pasien dalam pelayanan anestesi sedasi moderat dan dalam.
44. Rumah Sakit memberikan pelayanan anestesi sedasi moderat dan dalam serta monitoring selama sedasi adalah staf yang berkompeten dan yang bertanggungjawab adalah dokter spesialis anestesi.

45. Kunjungan pra anestesi harus dilakukan untuk semua pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi oleh dokter spesialis anestesi
46. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan anestesi dan sedasi harus melalui proses penilaian pra induksi.
47. Pelayanan sedasi ringan dilakukan oleh dokter umum dan dokter spesialis sesuai bidangnya.
48. Tindakan EKG dilakukan di Inst. Elektromedik, Inst. Rawat Inap, Inst. Rawat Jalan dan Inst. Gawat darurat.
49. Penatalaksanaan Status Epileptikus dilaksanakan oleh dokter spesialis.
50. Tindakan bantuan pernafasan dengan BVM (*Bag Valve Mask*) dilakukan pada pasien dengan kegawat daruratan medis.
51. Hasil kritis dilaporkan ke dokter spesialis penyakit dalam.
52. Pelayanan geriatri untuk pasien usia lebih dari atau sama dengan 60 tahun.
53. RS. Jiwa Daerah Surakarta menyelenggarakan pelayanan geriatri tingkat sederhana.
54. Penetapan Tim Terpadu Geriatri dan uraian tugas ditetapkan oleh Direktur RS. Jiwa Daerah Surakarta.
55. RS. Jiwa Daerah Surakarta melakukan promosi dan edukasi sebagai bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut Usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit (*Hospital Based Community Geriatric Service*).
56. Penyelenggaraan pelayanan HIV dan Tuberkulosa di RS. Jiwa Daerah Surakarta mengutamakan aspek promotif dan preventif untuk melindungi kesehatan masyarakat dan menurunkan angka kesakitan.
57. RS. Jiwa Daerah Surakarta menyelenggarakan pelayanan penanggulangan HIV dan Tuberkulosa melalui kegiatan :
 - 1) Screeningkasus
 - 2) Promosi kesehatan
58. Screening kasus HIV dan Tuberkulosa dilakukan di Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat.
59. Penanganan kasus HIV dan Tuberkulosa sesuai dengan fasilitas Rumah Sakit dan bila tidak mampu akan dirujuk.
60. Rumah Sakit memantau penggunaan antibiotik yang dilakukan oleh komite pengendalian resistensi antimikroba (KPR) yang ditunjuk oleh Direktur.
61. Rumah Sakit menyelenggarakan program nasional kesehatan meliputi Program Pengendalian Resistensi Antimikroba (PPRA), Geriatri, TB Dots, HIV dan Ponek.

62. Penyelenggaraan Pelayanan Penanggulangan Tuberkulosis di RSJD Surakarta mengutamakan aspek promotif dan preventif untuk melindungi kesehatan masyarakat dan menurunkan angka kesakitan.
63. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menyelenggarakan pelayanan penanggulangan tuberkulosis berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 melalui kegiatan, yaitu:
 - a. Skrining Kasus TB
 - b. Promosi Kesehatan
 - c. Surveillance TB
 - d. Pengendalian Faktor Resiko
64. Skrining kasus TB dilakukan di Rawat Jalan, Rawat Inap, dan IGD. Jika ditemukan kasus TB di Rawat Jalan maupun IGD maka pasien akan dirujuk. Jika ditemukan kasus TB pada pasien Rawat Inap maka pasien tersebut dipindahkan ke ruang isolasi untuk transit sebelum dirujuk.
65. RSJD Surakarta memberikan pelayanan skrining kegawat daruratan janin pada pasien yang hamil.
66. Hasil screening pasien yang menunjukkan tanda kegawat daruratan ibu dan janin akan dirujuk dengan pendampingan ke fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai.
67. Pasien jiwa yang hamil tidak menunjukkan tanda kegawat daruratan dilakukan rawat bersama bagian psikiatri.
68. Skrining kegawat daruratan janin pada pasien yang hamil dilakukan oleh dokter spesialis kandungan.
69. Penyelenggaraan pelayanan penanggulangan HIV/AIDS di RSJD Surakarta mengutamakan aspek promotif dan preventif untuk melindungi kesehatan masyarakat dan menurunkan angka kesakitan.
70. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menyelenggarakan pelayanan penanggulangan HIV/AIDS berdasarkan peraturan menteri kesehatan republik Indonesia No.21 tahun 2013 tentang penanggulangan HIV dan AIDS, melalui kegiatan yaitu:
 - a. Skrining kasus HIV/AIDS
 - b. Promosi Kesehatan
 - c. Pencegahan penularan HIV
71. Skrining kasus HIV/AIDS dilakukan di Rawat Jalan dan IGD. Jika ditemukan kasus HIV/AIDS di Rawat Jalan dan IGD, maka pasien akan dirujuk.

72. Pasien dengan HIV/AIDS yang telah diterapi di fasilitas kesehatan lain, akan dilakukan pencatatan dan penandaan di rekam mediknya, untuk selanjutnya dilakukan pencegahan infeksi oleh PPI.
73. Promosi kesehatan melalui pembagian leaflet tentang HIV/AIDS dan edukasi seputar HIV/AIDS di lingkungan rumah sakit untuk keluarga pasien atau penunggu pasien secara berkala.
74. Pencegahan penularan HIV melalui koordinasi dengan Tim PPI.
75. RSJD Surakarta belum mengadakan klinik VCT.
76. RS menetapkan proses untuk mengelola alur pasien di seluruh bagian Rumah Sakit. Komponen pengelolaan alur pasien adalah
 - a. Ketersediaan tempat tidur rawat inap.
 - b. Perencanaan fasilitas, alokasi tempat, peralatan, utilitas, teknologi medis dan kebutuhan lain untuk mendukung penempatan sementara pasien.
 - c. Perencanaan tenaga untuk menghadapi penumpukan pasien di beberapa lokasi sementara dan atau pasien yang tertahan di unit darurat.
 - d. Alur pasien di daerah pasien menerima asuhan, tindakan, dan pelayanan.
 - e. Efisiensi pelayanan non klinik penunjang asuhan dan tindakan kepada pasien.
 - f. Pemberian pelayanan ke rawat inap sesuai kebutuhan pasien
 - g. Akses pelayanan yang bersifat mendukung pelayanan.

Pasal 4

Kebijakan Pelayanan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf b, meliputi:

1. Fasilitas Rumah Sakit Keselamatan & keamanan kerja, mengatur:
 - a. Rumah sakit dalam kegiatannya menyediakan fasilitas yang aman, berfungsi dan supportif bagi pasien, keluarga, staf dan pengunjung.
 - b. Fasilitas fisik, medis dan peralatan lainnya harus dikelola secara efektif.
 - c. Setiap pegawai wajib memenuhi dan mentaati semua syarat-syarat keselamatan dan kesehatan kerja yang diwajibkan.
 - d. Keselamatan : gedung, halaman dan peralatan RS tidak menimbulkan bahaya atau resiko bagi pasien, staf dan pengunjung.

- e. Keamanan : perlindungan dari kehilangan, pengrusakan dan kerusakan, atau akses serta penggunaan oleh mereka yang tidak berwenang.
2. Manajemen risiko Fasilitas dan lingkungan, mengatur :
 - a. Semua manajemen risiko fasilitas dan lingkungan terintegritas dalam program manajemen risiko rumah sakit.
 - b. Ruang lingkup manajemen risiko terkait dengan fasilitas dan lingkungan meliputi :
 - 1) keselamatan dan keamanan
 - 2) Bahan berbahaya
 - 3) Manajemen emergensi
 - 4) Pengamanan kebakaran
 - 5) Peralatan medis
 - 6) System utilitas
 - 7) Penggunaan APD
 - c. Pelatihan manajemen risiko wajib diikuti oleh komite K3 dan tim Manajemen Risiko
 - d. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Kesehatan dan Keselamatan Kerja)
 3. Penyelenggaraan K3 di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta sesuai dengan Kepmenkes 1087 tahun 2010 tentang Standar K3 RS, Kepmenkes 432 tahun 2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) di Rumah Sakit, Permenkes Nomor 66 Tahun 2016 tentang K3 Rumah Sakit
 - a. Komite K3 bertugas memonitor pelaksanaan manajemen risiko fasilitas dan lingkungan
 - b. Anggota Manajemen Risiko dan komite K3 Mendapatkan pelatihan manajemen risiko
 - c. Komite K3 melaporkan setiap kegiatan, mengenai monitoring dan evaluasi Program
 - d. Kerja K3 kepada Direktur RSJD Surakarta pada setiap periode yang telah ditentukan
 4. Area Berisiko, mengatur :
 - a. Area Berisiko Keselamatan Dan Keamanan Di monitoring dengan CCTV
 - b. Area berisiko Keselamatan Dan Keamanan meliputi ;
 - 1) Pintu masuk
 - 2) Pintu direktur
 - 3) Gudang barang
 - 4) Depan keuangan

- 5) Depan poliklinik
 - 6) Di dalam poliklinik
 - 7) Ruang pengadaan
 - 8) Pintu keluar pos bawah
 - 9) Pintu rolling lantai 1
 - 10) Di dalam igd
 - 11) Parkir umum, motor, mobil(tempat apel)
 - 12) Lorong jalan kepegawaian
 - 13) Pintu Lantai 2 administrasi
 - 14) Brankas keuangan
- c. Tersedia identitas untuk penunggu, pengunjung, staf RS dan Tenant
5. K3 konstruksi, mengatur:
- a. Semua kegiatan pelaksanaan renovasi bangunan dan penghancuran bangunan dan pembangunan gedung yang dilakukan sebagai acuan dalam melaksanakan seluruh aktivitas layanan rumah sakit dan merupakan persyaratan yang harus dipenuhi harus dikendalikan dengan baik harus sesuai dengan Sistem Manajemen K3 yaitu (dilakukan PCRA/Pra Construction Risk Assesment), meliputi :
 - 1) Kualitas Udara
 - 2) Pengendalian Infeksi
 - 3) Utilitas
 - 4) Kebisingan
 - 5) Getaran
 - 6) Bahan Berbahaya
 - 7) Layanan darurat, Seperti respon terhadap kode
 - 8) Bahaya lain yang mempengaruhi perawatan, pengobatan, dan layanan.
 - b. Tersedia anggaran terkait kebutuhan ICRA dan PCRA
 - c. Tenant mematuhi kebijakan – kebijakan terkait Keamanan dan keselamatan
6. Bahan & limbah berbahaya, mengatur:
- a. Dalam pengadaan dan penanganan bahan berbahaya harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku
 - b. Penanganan, penyimpanan dan penggunaan bahan radioaktif dan bahan berbahaya lainnya harus dikendalikan dan limbah bahan berbahaya dibuang secara aman.
 - c. Pengadaan B3 disertai MSDS

7. Alat Pelindung Diri, mengatur:
 - a. Setiap petugas yang melaksanakan tugas di tempat beresiko dan membahayakan dirinya selama bekerja harus menggunakan APD secara benar, dan saat melepaskan alat juga harus benar karena sudah terkontaminasi sehingga tidak menyebarkan mikroorganisme ke tempat lain.
 - b. Penyediaan alat pelindung diri dan keselamatan kerja pada setiap unit kerja.
8. Kesiapan menanggulangi bencana, mengatur :
 - a. Rumah sakit mempunyai disaster plan
 - b. Simulasi terkait Kebakaran dan Bencana dilakukan minimal 1 tahun sekali, diikuti pegawai, pegawai outshorcing dan tenant.
9. Penanggulangan kebakaran, kewaspadaan bencana & evakuasi, mengatur:
 - a. RS membuat assessment risiko kebakaran dan tindak lanjut
 - b. Mempunyai fasilitas dalam menanggulangi kebakaran, kewaspadaan bencana & evakuasi
 - c. Tanggapan terhadap wabah, bencana dan keadaan emergensi, direncanakan dan efektif.
 - d. Properti dan penghuninya dilindungi dari kebakaran dan asap.
10. Larangan merokok di Rumah Sakit, mengatur:

Lingkungan RSJD Surakarta menjadi Kawasan bebas rokok.
11. Pengadaan alat medis, mengatur:
 - a. Semua pengadaan alat medis harus sesuai ketentuan yang berlaku.
 - b. Proses pengadaan alat medis harus melalui mekanisme perencanaan, uji coba dan aspek keamanan dan keselamatan.
12. Pemeliharaan alat medis, mengatur:
 - a. Peralatan medis di unit harus selalu dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - b. Peralatan dipilih, dipelihara dan digunakan sedemikian rupa untuk mengurangi resiko.
13. Penarikan alat medis, mengatur:

Alat medis yang tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku dilakukan penarikan.
14. Sistem utility, mengatur:
 - a. Semua sistem utility harus dalam keadaan siap pakai, aman dan memenuhi kebutuhan.

- b. Harus dilakukan uji coba sekurangnya 6 bulan sekali.
 - c. Listrik, air dan sistem pendukung lainnya dipelihara untuk meminimalkan resiko kegagalan pengoperasian.
 - d. Dilakukan pemeriksaan mutu air bersih dan air limbah sesuai peraturan yang berlaku.
15. Setiap kecelakaan akibat kerja dalam lingkup rumah sakit wajib segera dilakukan pertolongan dan melapor kepada tim K3 Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
 16. Mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan oleh Diklat
 17. Kesehatan kerja bagi pegawai, mengatur:
 - a. Setiap calon pegawai Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta diwajibkan memeriksa kesehatan badan dan kondisi mental.
 - b. Pemeriksaan kesehatan berkala bagi semua pegawai
 - c. Pemeriksaan kesehatan khusus bagi pegawai yang bekerja di tempat yang berisiko.
 - d. Pemberian vaksinasi bagi pegawai yang berisiko tertular penyakit.
 - e. Melaksanakan surveilans kesehatan pekerja.
 - f. Penempatan pegawai disesuaikan dengan kondisi kesehatan pegawai.
 18. Komite K3 diwajibkan menyelenggarakan pembinaan bagi kepada semua tenaga kerja dalam peningkatan keselamatan dan kesehatan kerja.
 19. Komite K3 menentukan kode kedaruratan dalam rumah sakit.
 20. Komite K3 membuat penanganan dari kode kedaruratan.

Pasal 5

Kebijakan Pelayanan Pencegahan Pengendalian Infeksi sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf c, meliputi:

1. Direktur rumah sakit membentuk Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (KPPI) yang langsung berada dibawah koordinasi direktur.
2. Rumah sakit menetapkan IPCN (Infection Prevention Control Nurse)
3. Setiap petugas kesehatan wajib melaksanakan kebersihan tangan menggunakan handrub atau handwash sesuai standar WHO.
4. KPPIRS melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan terus menerus terhadap SPO dan pelaksanaan kewaspadaan standar yang dilaksanakan di unit pelayanan meliputi

- kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri, dekontaminasi, pembersihan, desinfektan, sterilisasi, penanganan limbah, pengendalian lingkungan, penanganan linen, penanganan peralatan pasien, penempatan pasien di ruang perawatan.
5. KPPIRS melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan terus menerus terhadap pelaksanaan kewaspadaan berdasarkan transmisi yang meliputi kewaspadaan transmisi kontak, droplet dan airborne.
 6. KPPIRS melakukan monitoring dan evaluasi secara berkala dan terus menerus terhadap penggunaan kembali (*reuse*) alat sekali pakai sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar profesional.
 7. KPPIRS melaksanakan surveilans aktif setiap hari ke seluruh unit pelayanan yang berisiko untuk mencegah kejadian infeksi seperti luka akibat fiksasi, luka/ infeksi akibat pemasangan infus (*phlebitis*), infeksi saluran kemih (ISK), scabies, diare, kutu, *tinea vesicolor*
 8. KPPIRS melaksanakan surveilans terkait penyakit dan organisme yang penting dari sudut epidemiologik seperti *Multy Drug Resistant Organism*, dan surveilans terkait timbulnya infeksi baru.
 9. Sosialisasi program PPI dilaksanakan ke seluruh staf Rumah Sakit, pasien dan pengunjung
 10. Pengadaan bahan dan alat yang terkait PPI dikoordinasikan kepada KPPIRS disesuaikan dengan hasil pemantauan dan kebutuhan unit pelayanan untuk mengurangi resiko terjadi infeksi.
 11. Pengadaan bahan dan alat yang terkait PPI dikoordinasikan kepada KPPIRS disesuaikan dengan hasil pemantauan dan kebutuhan unit pelayanan untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi.
 12. PPI dilaksanakan ke seluruh staf rumah sakit dan bagian terkait pelaksanaan kegiatan PPI.
 13. Penggunaan antibiotik yang rasional diterapkan oleh KPPIRS dalam memberikan pengobatan dan perawatan dipantau dari hasil pemeriksaan mikrobiologi untuk menghindari resistensi dan mengurangi risiko infeksi.
 14. Kegiatan sterilisasi alat medis dilaksanakan di Instalasi Gigi dan Mulut, laboratorium dan Instalasi Gawat Darurat.
 15. Kegiatan dekontaminasi, pembersihan dan disinfeksi sama di seluruh RS.

16. Pembangunan fisik dan sarana bangunan rumah sakit melibatkan KPPIRS untuk memantau standarisasi yang tepat dan mengurangi kontaminasi yang berisiko menimbulkan infeksi rumah sakit.
17. Semua petugas di unit memiliki sertifikat sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
18. Semua tenaga kesehatan RSJD Surakarta wajib mengedepankan "self protection" dan "patien safety" secara seimbang dan disiplin.
19. Setiap petugas berhak mendapatkan kesempatan mengembangkan kemampuan dan keterampilan melalui program pendidikan dan pelatihan.
20. Dilakukan pemeriksaan kesehatan bagi karyawan yang bekerja di bagian berisiko.
21. Apabila terjadi KLB (Kejadian Luar Biasa) di satu unit perawatan ditangani secara terpadu melibatkan Komite PPI dan bagian terkait untuk ditangani secara cepat, tepat, serta melaporkan KLB ke Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, kemudian rekomendasi dari pimpinan disosialisasikan ke bagian terkait.
22. Penanganan pasien infeksius ditempatkan di ruang isolasi berdasarkan dengan cara penularannya.

Pasal 6

Kebijakan Pelayanan Promosi Kesehatan Rumah Sakit sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf d, meliputi:

1. Direktur rumah sakit membentuk Panitia Promosi Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) yang langsung berada di bawah koordinasi direktur.
2. Panitia PKRS menyusun Pedoman Kerja PKRS sebagai acuan penyelenggaraan pelayanan PKRS di RSJD Surakarta.
3. Panitia PKRS menyusun Program Kerja dan membuat materi edukasi.
4. Penyelenggaraan pelayanan promosi kesehatan di RSJD Surakarta berdasarkan pada Pedoman Kerja PKRS.
5. Setiap pasien/keluarga/penanggung jawab pasien psikiatri Rawat Inap dan pasien baru Rawat Jalan di RSJD Surakarta akan mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan sesuai dengan penyakit yang diderita.
6. Setiap pasien/keluarga/penanggung jawab pasien non psikiatri Rawat Inap dan Rawat Jalan di RSJD Surakarta akan mendapatkan informasi dan edukasi kesehatan sesuai dengan penyakit yang di derita.

7. Edukasi menjadi bagian dari Pelayanan Kesehatan Warga Lanjut Usia di Masyarakat Berbasis Rumah Sakit.
8. Informasi dan edukasi kesehatan diberikan dengan teknik komunikasi yang efektif sehingga dapat menunjang partisipasi pasien dan atau keluarga dalam pengambilan keputusan dan proses pelayanan.
9. Komunikasi yang diterapkan pada RSJD Surakarta mengacu pada pedoman komunikasi efektif yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit.
10. Komunikasi efektif dalam penyampaian informasi yang akurat dan tepat waktu, khususnya keadaan yang urgent seperti *code blue*, *code red* dan perintah evakuasi ditetapkan oleh Rumah Sakit.
11. Edukasi tidak diberikan kepada pemohon Surat Keterangan Sehat Jiwa dan Surat Keterangan Bebas Narkoba.
12. Upaya pendidikan pasien dan keluarga dilakukan oleh unsur profesi yang ada di rumah sakit yang terdiri dari dokter, perawat, tenaga kefarmasian, psikolog, fisioterapis, nutrisisionis, penyuluh kesehatan masyarakat, okupasi terapis dan atau terapis wicara.
13. Pendidikan pasien dan keluarga direncanakan berdasarkan persetujuan dan asesmen kebutuhan pendidikan.
14. Pendidikan pasien dan keluarga termasuk topik terkait dengan pelayanan pasien: penggunaan obat yang aman, penggunaan peralatan medis yang aman, potensi interaksi antara obat dan makanan, pedoman nutrisi, manajemen nyeri, dan teknik rehabilitasi.
15. Dinas Sosial yang menjadi penanggung jawab pasien gelandangan/terlantar bisa mendapatkan edukasi tentang penyakit yang diderita pasien apabila diperlukan.
16. Petugas yang memberikan pendidikan telah mendapatkan pelatihan tentang komunikasi yang efektif.
17. Sistem pencatatan pendidikan pasien dilakukan secara seragam oleh seluruh staff

Pasal 7

Kebijakan Pelayanan Komite Medik sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf e, meliputi:

1. Komite Medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (clinical governance) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.
2. Ketua Komite Medik dipilih dari anggota komite medik dan ditetapkan dengan surat keputusan direktur.

3. Tugas Komite Medik adalah:
 - a. Melakukan kredensial bagi seluruh staf medis yang melakukan pelayanan medis di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
 - b. Memelihara mutu profesi staf medis.
 - c. Menjaga disiplin, profesi, dan etika staf medis.
4. Kredensial dilakukan saat pertama kali masuk rumah sakit setelah melalui masa orientasi selama 3 (tiga) bulan.
5. Rekredensial dilakukan pada saat:
 - a. Tiap 3 tahun sekali, untuk meninjau kembali kompetensi klinis, dengan cara kredensial administrasi
 - b. Rekredensial, bila sebelum tiga tahun terdapat hal-hal yang menyebabkan seorang tenaga medis perlu di lihat kembali kompetensi klinisnya.
 - c. Ada penambahan area kompetensi
6. Subkomite Mutu Profesi melakukan evaluasi kinerja profesi yang berkesinambungan (*on-going professional practice evaluation*) maupun kinerja profesi yang terfokus (*focused professional practice evaluation*).
7. Subkomite Mutu Profesi menentukan pertemuan ilmiah internal maupun eksternal yang harus diikuti semua staf medis dengan pengaturan waktu yang telah disesuaikan.
8. Subkomite Mutu Profesi memfasilitasi proses pendampingan (*proctoring*) bagi staf medis yang membutuhkan.
9. Audit medis dan audit klinis dilakukan sebagai upaya pemantauan dan pengendalian mutu profesi.
10. Semua kegiatan Komite Medik di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta diselenggarakan dengan berasaskan manfaat, perlindungan, profesionalisme, keadilan, keseimbangan, dan non diskriminatif.
11. Staf medis dalam bekerja harus sesuai dengan standar profesi, panduan/pedoman, standar prosedur operasional, etika profesi, dan etika rumah sakit.

Pasal 8

Kebijakan Pelayanan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf f, meliputi:

1. Direktur RS membentuk Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) untuk mengelola kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di RS. Jiwa Daerah Surakarta sesuai peraturan perundangan.

2. Direktur RS menetapkan Penanggung Jawab data mutu dan keselamatan pasien di masing-masing unit kerja adalah Kepala Instalasi dan atau Kepala Sub Bagian.
3. Direktur RS menetapkan Pedoman Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien RS sesuai dengan referensi terkini.
4. Direktur RS menetapkan regulasi sistem manajemen data program PMKP yang terintegrasi dengan menjamin kerahasiaan data internal dan eksternal serta *benchmark* data.
5. Direktur RS menetapkan Program Pendidikan dan Pelatihan PMKP yang diberikan oleh narasumber yang kompeten.
6. Tenaga pelatih/narasumber dalam pendidikan dan pelatihan PMKP adalah individu yang berpengetahuan luas dan telah memiliki sertifikat diklat PMKP dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
7. Pendidikan dan pelatihan PMKP diberikan kepada pimpinan dan pegawai sesuai dengan peran dan tugasnya.
8. Direktur RS berkoordinasi dengan Kepala Bidang, Kepala Bagian dan Kepala Unit Kerja dalam memilih dan menetapkan prioritas pengukuran mutu pelayanan klinis yang akan dievaluasi.
9. Direktur RS menetapkan evaluasi pelayanan kedokteran dengan melakukan evaluasi panduan klinis, alur klinis, atau protokol di prioritas pengukuran mutu rumah sakit.
10. Direktur RS menetapkan regulasi pengukuran mutu dan cara pemilihan indikator mutu di unit kerja.
11. Direktur RS menetapkan regulasi analisis data dengan menggunakan analisa statistik dan dilakukan perbandingan data dari waktu ke waktu, dengan RS lain, dengan standar yang telah ditentukan dan dengan praktik terbaik (*best practice*) atau *better practice* atau *practice guidelines* .
12. Data hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien dipublikasikan kepada masyarakat melalui web rumah sakit dan papan pengumuman.
13. Data yang akan dipublikasikan harus sudah dilakukan proses validasi, dilaporkan dan telah mendapatkan persetujuan oleh Direktur.
14. Data hasil peningkatan mutu dan keselamatan pasien diinformasikan kepada pegawai melalui saluran komunikasi yang efektif yaitu apel pagi, rapat atau ditempelkan pada papan pengumuman.
15. Program peningkatan mutu dan keselamatan pasien harus didukung dengan bantuan teknologi dan sumber daya lainnya.
16. Direktur RS menetapkan indikator mutu utama untuk menilai struktur, proses dan hasil setiap upaya klinik, kegiatan manajemen dan sasaran keselamatan pasien.

17. Petugas yang melaksanakan pengumpulan dan analisis data secara sistematis harus memiliki pengalaman, pengetahuan dan ketrampilan yang cukup.
18. Direktur RS menetapkan regulasi sistem pelaporan insiden internal dan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP).
19. Laporan eksternal Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dilaporkan rumah sakit ke Dewan Pengawas, Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) Kemenkes RI dan Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
20. Semua kejadian sentinel, IKP dengan *grading* kuning dan merah maka dilakukan analisis akar masalah dengan metode *Root Causa Analysis* (RCA).
21. Direktur RS menetapkan regulasi jenis kejadian sentinel.
22. Direktur RS menetapkan regulasi jenis kejadian yang tidak diharapkan (KTD), proses pelaporan dan analisisnya.
23. Direktur RS menetapkan definisi, jenis yang dilaporkan dan sistem pelaporan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) dan Kejadian Tidak Cedera (KTC).
24. Rumah Sakit mengembangkan budaya keselamatan, melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan secara periodik.
25. Direktur RS menetapkan program manajemen risiko yang digunakan untuk melakukan identifikasi dan mengurangi cedera serta mengurangi risiko lainnya terhadap keselamatan pasien dan pegawai.
26. Direktur RS menetapkan tata laksana pencatatan dan pelaporan pelaksanaan kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
27. Analisa data dari pemantauan indikator mutu rumah sakit dilakukan secara periodik dalam waktu 3 bulan sekali.
28. Direktur RS melaporkan evaluasi kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien kepada Dewan Pengawas setiap 3 (tiga) bulan.

Pasal 9

Kebijakan Komite Etik dan Hukum sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf g, meliputi:

1. Rumah Sakit membentuk Komite Etik dan Hukum sebagai upaya membantu pimpinan dalam menegakan Kode Etik Rumah Sakit.
2. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit menyusun regulasi dan Program Kerja sebagai acuan penyelenggaraan kegiatan.

3. Kasus etika yang terjadi di Rumah Sakit akan diselesaikan di masing-masing Sub Komite Etik.
4. Apabila permasalahan yang didapat belum bisa diselesaikan di Sub Komite Etik maka akan dilaporkan kepada Direktur dan akan didisposisikan kepada Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit.
5. Hasil penyelesaian penanganan masalah Etik Rumah Sakit yang dilakukan oleh Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit merupakan suatu rekomendasi yang akan dilaporkan kepada Direktur.
6. Adanya sanksi yang timbul akibat permasalahan etika RS akan ditindaklanjuti oleh Sub Bagian Kepegawain, Tata Usaha dan Hukum.
7. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit bersama Sub Bagian Kepegawain, Tata Usaha dan Hukum menyusun aturan perilaku pegawai di RS. Jiwa Daerah Surakarta.
8. Setiap pegawai perlu mendapatkan pendidikan etika RS.
9. Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit memberikan laporan secara periodik kepada Ditektur setiap jangka waktu 3 bulan.

BAB III

KETENTUAN PENUTUP

Pasal 10

Pada saat Peraturan Direktur ini berlaku:

- a. Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Nomor 188/2885.8/08/2014 tanggal 02 Agustus 2014 beserta perubahannya tentang Kebijakan Pelayanan;
- b. Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Nomor 188/3339/08/2017 tanggal 01 Agustus 2017 tentang Kebijakan Pelayanan;

dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 11

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak ditetapkan.

Ditetapkan Di : Surakarta
Pada Tanggal : 02 Januari 2018

DIREKTUR RS. JIWA DAERAH SURAKARTA
PROVINSI JAWA TENGAH

