



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jalan Dr. A. Rivai, Painan (Kode Pos 25611))

Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR :800/05-001/RSUD-SK/X/2022
TENTANG
KEBIJAKAN TENTANG PELAYANAN PASIEN DAN ASUHAN PASIEN DI RSUD
Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Menimbang :

- a. Bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kepada masyarakat dan mengoptimalkan pelaksanaan tugas dan fungsi maka diperlukan penyelenggaraan pelayanan yang bermutu tinggi.
- b. Bahwa agar pelayanan asuhan pasien di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan dapat terlaksanakan dengan baik, perlu adanya kebijakan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan sebagai landasan bagi penyelenggaraan pelayanan asuhan pasien RSUD Dr. Muhammad Zein Painan;
- c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam a dan b, perlu ditetapkan dengan Keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktek kedokteran (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431).
2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438 tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008/Tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 tahun 2010 tentang Rekam Medis
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 169 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
7. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Daerah
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/MENKES/PER/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

M E M U T U S K A N :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM dr.MUHAMMAD.ZEIN.PAINAN TENTANG PEDOMAN PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN.

BAB I
KETENTUAN UMUM
Pasal 1

- 1) Gubernur adalah Gubernur Provinsi Sumatera Barat.
- 2) Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Umum Daerah dr.Muhammad Zein Painan.
- 3) Rumah Sakit Umum Daerah yang selanjutnya disingkat RSUD adalah Rumah Sakit Umum Daerah dr.Muhammad Zein milik Pemerintahan Provinsi Sumatera Barat yang berkedudukan di Provinsi Sumatera Barat.
- 4) Badan Layanan Umum Daerah yang selanjutnya disingkat BLUD adalah Badan Layanan dilingkungan Pemerintahan Provinsi Bengkulu untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat kegiatan kepada masyarakat kegiatan didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.
- 5) Pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.
- 6) Staf klinis adalah tenaga kesehatan yang memeberikan asuhan langsung pada pasien.
- 7) Profesional Pemberi Asuhan adalah staf klinis professional yang langsung memberikan asuhan kepada pasien.
- 8) Dokter Penanggung Jawab Pelayanan adalah Dokter yang bertanggung jawab terhadap asuhan pasien sejak pasien masuk sampai pulang dan mempunyai kompetensi dan kewenangan klinis sesuai surat penugasan klinisnya.

- 9) Perawat Penanggung Jawab Asuhan adalah perawat yang bertanggung jawab terhadap asuhan keperawatan pasien sejak pasien masuk sampai pasien pulang dan mempunyai kompetensi dan wewenang klinis sesuai surat penugasan klinisnya.
- 10) Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- 11) Catatan adalah tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi tentang segala tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan.
- 12) Dokumen adalah catatan dokter, gigi dan atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang catatan observasi dan foto radiologi, gambar pencitraan (imaging), dan rekaman elektro diagnostic.

Pasal 2

- 1) Staf medis yang melakukan praktek kedokteran wajib melakukan Surat Izin Praktik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Staf klinis wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 3) Setiap tenaga kesehatan harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan Rumah Sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan pasien.
- 4) Staf klinis memberikan pelayanan dan asuhan kepada pasien sesuai dengan kompetensi dan kewenangan yang diterapkan.

BAB II ASUHAN PASIEN YANG SERAGAM

Pasal 3

- 1) Asuhan pasien dilakukan oleh PPA dan staf klinis yang kompeten dan berwenang.
- 2) Asuhan pasien dapat berupa upaya pencegahan, paliatif, kuratif, atau rehabilitatif termasuk anestesi, tindakan bedah, pengobatan, terapi suportif atau kombinasinya yang berdasarkan hasil asesmen dan asesmen ulang pasien.
- 3) Pelaksanaan asuhan dan pelayanan harus dikoordinasikan dan diintegrasikan oleh semua PPA dan dapat dibantu oleh staf klinis lainnya.
- 4) Pasien dengan masalah kesehatan dan kebutuhan yang sama /seragam di rumah sakit.
- 5) Pelayanan Anestesi diberikan oleh dokter anestesi tanpa membedakan kelas perawatan dibantu oleh piñata anestesi.

- 6) Asuhan pasien yang seragam terefleksi dalam hal-hal sebagai berikut:
- a. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai diberikan oleh PPA yang kompeten, dapat dilakukan setiap hari setiap minggu atau setiap waktu.
 - b. Penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis dan pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama.
 - c. Pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien yang sama di semua unit pelayanan di rumah sakit.
 - d. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara diseluruh Rumah Sakit.
 - e. Penerapan serta penggunaan regulasi, form dan rekam medis yang sama dalam asuhan klinis pasien.

BAB III ASUHAN TERINTEGRASI

Pasal 4

- 1) Pelayanan dan asuhan berfokus pada pasien diterapkan dalam bentuk pelayanan dan asuhan pasien terintegrasi yang bersifat integrasi yang bersifat integrasi horizontal dan vertikal.
- 2) Pelayanan/asuhan terintegrasi horizontal melibatkan kontribusi PPA yang sama pentingnya / sederajat.
- 3) Pelayanan / asuhan terintegrasi vertical merupakan pelayanan berjenjang oleh/melalui berbagai unit pelayanan sampai ke tingkat pelayanan yang berbeda.
- 4) Manager Pelayanan Pasien (MPP) berperan dalam mengintegrasikan pelayanan dan asuhan melalui komunikasi dengan para PPA.

Pasal 5

Pelaksanaan asuhan pasien terintegrasi berfokus pada pasien dan mencakup elemen sebagai berikut:

- 1) Keterlibatan dan pemberdayaan pasien dan keluarga.
- 2) DPJP sebagai Ketua tim PPA.
- 3) DPJP melakukan koordinasi asuhan inter PPA dan bertugas dalam rekam medis pasien.
- 4) Bila kondisi pasien membutuhkan lebih dari 1 (satu) DPJP ditetapkan DPJP Utama.
- 5) PPA bekerja sebagai tim interdisiplin dengan berkolaborasi secara interprofesional.

- 6) Perencanaan pemulangan pasien yang terintegrasi.
- 7) Asuhan gizi yang terintegrasi.
- 8) Peran MPP dalam mendorong penerapan pelayanan dan asuhan yang terintegrasi antar PPA.

BAB IV TATA CARA PEMBERIAN INSTRUKSI

Pasal 6

- 1) Instruksi diberikan hanya oleh mereka yang kompeten dan berwenang yaitu dokter DPJP.
- 2) Permintaan untuk pemeriksaan laboratorium dan diagnostic imaging harus disertai indikasi klinis apabila meminta hasilnya berupa interpretasi, pengecualian dalam keadaan khusus seperti antara lain di unit gawat darurat dan unit intensif.
- 3) Instruksi harus tertulis dan dicatat serta didokumentasikan di CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) di dalam berkas rekam medik.

Pasal 7

- 1) Instruksi tertulis harus mencakup kekhususan perintah, kapan harus dilaksanakan, siapa yang harus melaksanakan dan bersifat dehehatif atau mandate.
- 2) Instruksi harus dilihat oleh seluruh PPA dengan mudah jika instruksi harus dilaksanakan secepat-cepatnya.

BAB V TINDAKAN KLINIS DAN TINDAKAN DIAGNOSTIK SERTA PENCATATANNYA PADA REKAM MEDIS

Pasal 8

- 1) Staf medik yang meminta tindakan klinis dan diagnostic seperti endoskopi, kateterisasi jantung, terapi radiasi, CT scan, tindakan invasif lain serta pada pemeriksaan laboratorium (PK/PA) juga radiologi intervensional dan noninvasif beserta apa alasan dilakukan tindakan dicatat di rekam medik pasien.
- 2) Hasil tindakan dicatat di rekam medik pasien.
- 3) Pada pasien rawat jalan bila dilakukan tindakan diagnostic invasif/berisiko harus dilakukan asesmen serta pencatatannya dalam rekam medik.

BAB VI
PEMBERIAN INFORMASI TENTANG HASIL ASUHAN DAN
PENGOBATAN

Pasal 9

- 1) Pasien dan keluarga diberitahukan tentang hasil proses asesmen, perencanaan asuhan dan pengobatan serta diikutsertakan dalam proses pengambilan keputusan.
- 2) Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan, perkembangan dan pengobatan, termasuk informasi hasil asuhan yang tidak diharapkan.
- 3) Pemberian informasi dilakukan oleh PPA terkait untuk kejadian yang tidak diharapkan (KTD) dan pemberian informasi harus dilakukan oleh DPJP.

BAB VII
PELAYANAN PASIEN RISIKO TINGGI DAN PENYEDIAAN
PELAYANAN RISIKO TINGGI

Pasal 10

- 1) Pasien yang dikategorikan resiko tinggi meliputi:
 - a. Pasien emergensi
 - b. Pasien dengan penyakit menular
 - c. Pasien koma
 - d. Pasien dengan alat bantu hidup dasar
 - e. Pasien dialysis
 - f. Pasien dengan restraint
 - g. Pasien dengan resiko bunuh diri
 - h. Populasi pasien rentan, lansia, anak-anak dan pasien berisiko tindak kekerasan atau ditelantarkan
 - i. Pasien resiko tinggi lainnya
- 2) Asuhan pasien resiko tinggi dan pemberian pelayanan resiko tinggi diberikan berdasarkan Panduan Praktik klinis dan peraturan perundang-undangan.
- 3) Asuhan pasien resiko tinggi diberikan setelah pasien menandatangani informed consent.
- 4) Asuhan resiko tinggi harus menggunakan format khusus monitoring pasien.
- 5) Proses asuhan pasien pada pelayanan resiko tinggi harus dilakukan oleh PPA dengan kualifikasi telah memperoleh pelatihan/memiliki sertifikat keahlian yang dipersyaratkan.
- 6) Rumah sakit memfasilitasi teknologi medis khusus tersedia dan dapat digunakan.

Pasal 11

- 1) Pelayanan pasien risiko tinggi harus menggunakan identifikasi khusus, harus terdapat prosedur yang dapat mengidentifikasi perbedaan populasi anak dan dewasa atau pertimbangan khusus lainnya.
- 2) Asuhan pasien risiko tinggi harus didukung dokumentasi yang dibutuhkan agar tim asuhan dapat bekerja dan berkomunikasi efektif.

BAB VIII PELAYANAN GERIATRI

Pasal 12

- 1) Rumah sakit memberikan pelayanan geriatrik rawat jalan, rawat inap akut dan rawat inap kronis sesuai dengan tingkat jenis pelayanan.
- 2) Tingkatan pelayanan geriatrik di Rumah Sakit Umum Daerah dr. Muhammad Zein. Painan saat ini adalah pelayanan tingkat lengkap yaitu terdiri dari rawat jalan, rawat inap.
- 3) Tersedia tim terpadu geriatrik yang melaksanakan pelayanan geriatrik pada rawat jalan dan rawat inap.

BAB IX PELAYANAN PASIEN DIALISIS

Pasal 13

- 1) Pelayanan Dialisis diberikan oleh staf terlatih dan bersertifikat terdiri dari :
 - a. Dokter internis bersertifikat Dialisis
 - b. Dokter umum bersertifikat Pelaksana Dialisis
 - c. Perawat bersertifikat Dialisis
 - d. Petugas penunjang terdiri dari staf gizi, teknisi dialisis dan petugas administrasi, pekerja sosial dan pembantu perawat.
- 2) Pasien yang dilakukan tindakan dialysis harus menandatangani informed consent.
- 3) Tindakan dialysis dilakukan untuk pasien baru, pasien rutin, pasien emergency dan pasien cito.
- 4) Pasien dialysis yang menerima pelayanan harus dilakukan evaluasi berkala, untuk pemeriksaan Hb dilakukan setiap 1 bulan sekali, pemeriksaan ureum kreatinin per 3 bulan, untuk pemeriksaan menular dilakukan setiap 6 bulan meliputi : pemeriksaan HIV, HbsAg, HCV.
- 5) Pasien perlu dilakukan asesmen medis ulang per 3 bulan.

- 6) Pasien dialysis harus dihindarkan dari risiko infeksi melalui pembuluh darah atau infeksi dari saluran /selang sentral melalui penerapan teknik aseptik dan edukasi.
- 7) Mesin dialyzer yang digunakan untuk pasien yang mengidap penyakit menular melalui darah (HIV atau HbsAg) menggunakan mesin khusus.
- 8) Reuse alat dialyzer digunakan maksimal 5 kali pemakaian.

BAB X PELAKSANAAN EARLY WARNING SYSTEM

Pasal 14

- 1) Rumah Sakit menyediakan format untuk mengidentifikasi criteria fisiologis untuk membantu staf mengenali sedini-dininya pasien yang kondisinya memburuk.
- 2) Terdapat format Early Warning System di ruang-ruang rawat inap kecuali kamar Bedah dan ruang perawatan intensif, karena di ruang intensif telah menggunakan format khusus.
- 3) Pasien yang teridentifikasi mengalami perubahan kondisi pasien yang memburuk harus dimonitor dengan Early Warning System.
- 4) Staf ruang rawat inap dilatih menerapkan Early Warning System.
- 5) Hasil Monitoring EWS di catat dan di dokumentasikan dalam rekam medis pasien.

BAB XI PELAYANAN RESUSITASI

Pasal 15

- 1) Rumah Sakit menyediakan tim resusitasi (Tim Code Blue) beserta pelatihan portable emergency kit untuk menangani kasus kegawat daruratan di seluruh lingkungan RSUD dr.Muhammad Zein. Painan yang siap 24 jam setiap hari.
- 2) Tersedia jadwal monitoring ketersediaan dan kesiapan alat resusitasi serta obat life saving melalui piket tim code blue dan dilakukan pemeliharaan rutin berkaitan kesiapan baterai alat defibrillator.
- 3) Pelaksanaan tim code blue di dokumentasikan menggunakan format khusus yang tersedia lengkap pada portable emergency kit.
- 4) Tersedianya alat komunikasi khusus bagi tim code blue untuk memudahkan akses pelayanan penanganan kegawatan di RSUD dr.Muhammda Zein Painan.

BAB XII
PELAYANAN DARAH DAN PROUK DARAH

Pasal 16

- 1) Rumah Sakit menyediakan darah/komponen darah melalui UTD Rumah Sakit yang bekerjasama dengan UTD PMI Cabang Painan. Pelayanan Bank UTD Rumah Sakit dilaksanakan 24 jam sehari, 7 hari dalam seminggu.
- 2) UTD Rumah Sakit hanya menyediakan kantong darah yang berlabel sesuai dengan standar dan sudah diuji saring (HIV, Hepatitis B).
- 3) Pelayanan di UTD Rumah Sakit selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien, K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja), dilakukan oleh petugas UTD yang memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan bekerja sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, etika profesi, etiket dan menghormati hak pasien.
- 4) Unit Transfusi Darah Rumah Sakit wajib menyimpan darah sesuai dengan prosedur keamanan dan kualitas darah.
- 5) UTD Rumah Sakit harus melakukan uji silang serasi sesuai prosedur yang berlaku sebelum memberikan darah kepada unit perawatan.
- 6) UTD Rumah Sakit wajib melakukan rujukan bila ada kesulitan (incompatible) hasil uji silang serasi ke UTD jejaring.
- 7) UTD Rumah Sakit melacak bila terjadinya reaksi transfuse dan jika terjadi reaksi transfuse dan jika terjadi reaksi transfuse kantong darah tersebut harus kantong darah tersebut harus dikembalikan ke BDRS untuk pelacakan.
- 8) Peralatan UTD Rumah Sakit harus selalu dilakukan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 9) Pelayanan UTD dilakukan oleh staf terlatih dan bersertifikat.

Pasal 17

- 1) Bila permintaan darah lebih dari 1 kantong, maka BDRS akan menyediakan darah sesuai yang diminta, akan tetapi Uji Silang Serasi akan dilakukan satu persatu, setelah darah jadi dipakai dan kantong pertama sudah ditransfusikan, maka kantong berikutnya akan diuji silang serasi (kecuali untuk permintaan cito dan transfusi massif).
- 2) Permintaan darah cito tetap dilakukan uji silang serasi.
- 3) Permintaan darah untuk transfusi massif (jumlah permintaan darah banyak dan status cito).
- 4) Darah yang sudah di uji silang serasi bila tidak jadi dipakai, maka pasien harus membayarnya.
- 5) Darah yang sudah dipesan dan tidak jadi dipakai, maka perawat ruangan harus segera memberitahu BDRS.

- 6) Darah yang sudah keluar dari UTD Runah Sakit lebih dari 4 jam belum masuk ke tubuh pasien harus dimusnahkan.

Pasal 18

- 1) Pemberian transfuse dilakukan oleh perawat/bidan yang kompeten dan dokter sesuai SPO (Standar Prosedur Operasional) atas order DPJP.
- 2) Pemberian transfuse darah dapat diberikan bila telah diedukasi dan telah memberikan informed consent.
- 3) Sebelum pemberian darah harus dilakukan proses identifikasi pasien sesuai ketentuan.
- 4) Selama pelaksanaan pemberian darah dan produk darah harus dilakukan monitoring terhadap pasien.
- 5) Identifikasi dan respon terhadap resiko reaksi transfusi dilakukan dengan format pemberian transfuse terintegrasi dan didokumentasikan dalam rekam medik.

BAB XIII PELAYANAN PASIEN KOMA DAN YANG MENGGUNAKAN VENTILATOR

Pasal 19

- 1) Penggunaan alat bantu hidup dasar atau ventilasi mekanik harus ditetapkan oleh dokter penanggung jawab pelayanan DPJP atas tindakan yang jelas.
- 2) Sebelum pemasangan alat ventilasi mekanik harus dilakukan informed consent/persetujuan tindakan oleh keluarga, keluarga pasien harus diberikan edukasi manfaat dan keuntungan pemasangan, jangka waktu, proses penyapihan, serta informasi lainnya yang penting termasuk komplikasi pemasangan.
- 3) Bila terjadi kebutuhan pemasangan alat ventilator sedangkan jumlah alat terbatas maka penetapan penggunaan alat harus berdasarkan indikasi prioritas dan kebutuhan rasional tanpa membedakan keberpihakan kepada golongan tertentu unsure lainnya.
- 4) Peralatan bantu hidup dasar harus selalu tersedia dalam kondisi siap pakai dan dilakukan kalibrasi rutin pada alat bantu hidup dasar 1x pertahun.
- 5) Pemasangan peralatan bantu hidup dasar dilakukan oleh dokter atau perawat yang terlatih / tersertifikasi.

BAB XIV
PELAYANAN PASIEN MENULAR DAN PASIEN
IMMUNOSUPRESSED

Pasal 20

- 1) Asuhan pasien menular diberikan dengan perlakuan khusus sesuai standar sesuai dengan jenis penularannya digunakan ruang solusi.
- 2) Perlakuan isolasi dengan tujuan melindungi pasien dari risiko penularan juga diberikan pada pasien yang mendapatkan terapi yang merendahkan kekebalan tubuh diantara lain : pasien dengan keganasan hematologi (leukemia),pasien dengan HIV dan pasien dengan transplantasi organ.
- 3) Ruang isolasi dengan tekanan negative digunakan pada pasien antra lain: Swine Flu,Avian Flu,SARS.Gas Gangren,TB paru.
- 4) Pasien menular lainnya dirawat di ruang yang terpisah dengan pasien lainnya dengan pengan khusus dan menggunakan APD (Alat Pelindung Diri) sesuai ketentuan yang berlaku.
- 5) Ruang isolasi di RSUD dr.Muhammad Zein terdapat 1 buah diruangan masin-masing.

BAB XV
PENGUNAAN ALAT PENGHALANG (RESTRAINT)

Pasal 21

- 1) Pelaksanaan restraint dengan pengekangan hanya dilakukan pada pasien dewasa dan pasien anak remaja.
- 2) Pelaksanaan pengekangan (restraint) harus ada atas persetujuan DPJP'
- 3) Keputusan restraint harus didiskusikan dengan keluarga pasien dan hasil keputusannya di dokumentasikan di rekam medik.
- 4) Insruksi restraint dilakukan setelah dilakukan pengkajian medis lengkap oleh DPJP.
- 5) Dalam keadaan emergensi/gawat darurat dimana keselamatan pasien atau orang lain berada dalam resiko cedera,pelaksanaan restraint dapat dilakukan oleh perawat atau tenaga kemanan sambil menunggu pengkajian oleh dokter.
- 6) Pasien dalam pengekangan harus dievaluasi secara berkala setiap 8 jam oleh PPA.
- 7) Restraint secara fisik,mekanil (alat) atau dengan oabat-obatan hanya dilakukan pada pasien dengan kondisi psikologis atau gangguan kesadaran berpotensi dapat mencederai diri sendiri atau orang lain.
- 8) Pengekangan terhadap pasien hanya dilakukan sebagai cara terakhir untuk menjamin keselamatan pasien dan atau orang lain dari kemungkinan cedera yang dapat timbul.

- 9) Rumah Sakit menyediakan tempat tidur dengan penghalang untuk semua pasien. Penghalang harus dipasang setiap saat kecuali saat tindakan.

BAB XVI PELAYANAN PASIEN POPULASI KHUSUS

Pasal 22

- 1) RSUD dr. Muhammad Zein Painan memberikan perhatian kepada pasien lanjut usia, penyandang cacat dan pasien lanjut usia, penyandang cacat dan pasien anak-anak serta populasi yang memiliki resiko disiksa dengan menerapkan system keselamatan pasien, mendahulukan pasien dalam antrian menyiapkan penghalang sisi tempat tidur dan memasang penghalang setiap saat kecuali saat tindakan.
- 2) Tersedianya pelayanan home care di RSUD dr. Muhammad Zein yang melayani pasien rawat inap di RSUD dr. Muhammad Zein Painan atau pasien luar lainnya yang membutuhkan kegiatan pelayanan home care ditetapkan atas dasar rekomendasi dokter DPJP atau permintaan pasien yang pelaksanaannya diatur oleh bidang keperawatan. Adapun dokter yang bertanggung jawab dalam pelayanan home care adalah dokter DPJP yang telah merawat pasien atau dokter yang member rekomendasi apabila pasien dari luar.
- 3) Mengatur tempat tidur khusus lansia dan anak-anak lebih rendah daripada pasien lainnya.
- 4) Menyiapkan kursi roda khusus untuk pasien penyandang cacat dan lansia.
- 5) Menyiapkan pegangan kokoh pada tangga dan kamar mandi.
- 6) Menyiapkan closed/WC duduk untuk pasien lansia.
- 7) Meminta pasien didampingi oleh keluarga apabila akan dilakukan tindakan yang membutuhkan informed consent atau tindakan tertentu lainnya.
- 8) RSUD dr. Muhammad Zein Painan memberikan perhatian kepada pasien lanjut usia, penyandang cacat dan pasien anak-anak dan populasi yang memiliki resiko disiksa dengan menerapkan system keselamatan pasien, mendahulukan pasien dalam antrian, menyiapkan penghalang sisi tempat tidur dan memasang penghalang setiap saat kecuali saat tindakan.

BAB XVII PELAYANAN GIZI

Pasal 23

- 1) RSUD dr.Muhammad Zein Painan menyediakan makanan yang sesuai dengan usia,budaya,pilihan,rencana asuhan,diagnosis pasien termasuk juga antara lain diet khusus seperti rendah kolesterol dan diet diabetes mellitus (sesuai preferensi diet),dan tersedia rutin 3 kali sehari.
- 2) Nutrisi diberikan berdasarkan asesmen kebutuhan pasien dan rencana asuhan,DPJP atau penanggung jawab pelayanan lainnya yang kompeten memesan makanan atau nutrient lain yang sesuai bagi pasien.
- 3) Pasien berhak menentukan makanan sesuai dengan nilai yang di anut.Bila memungkinkan pasien ditawarkan pilihan makanan yang konsisten dengan status gizi.
- 4) Bila keluarga pasien atau pihak lain menyediakan makanan pasien,mereka diberikan edukasi tentang makanan yang dilarang atau kontra indikasi dengan kebutuhan,kebersihan (hygiene) makanan dan rencana pelayanan,termasuk informasi tentang interaksi obat dengan makanan oleh dokter,perawat dan petugas gizi.
- 5) Pasien yang dirawat di ruang VIP dapat ditawarkan berbagai macam makanan yang konsisten dengan status gizinya.

BAB XVIII TERAPI GIZI TERINTEGRASI

Pasal 24

- 1) Pasien pada asesmen awal diskriminasi untuk risiko nutrisi.
- 2) Pasien dikonsultasikan ke ahli gizi untuk dilakukan asesmen lebih lanjut.
- 3) Jika ditemukan risiko nutrisi maka dibuat rencana terapi gizi dan dilaksanakan.
- 4) Kemajuan keadaan pasien dimonitor dan dicatat serta dievaluasi di rekam medis pasien.
- 5) DPJP,perawat,ahli gizi dan keluarga pasien bekerjasama dalam konteks asuhan gizi terintegrasi.

BAB XIX
PELAYANAN PASIEN UNTUK MENGATASI NYERI

Pasal 25

- 1) RSUD dr.Muhammad Zein Painan memiliki proses untuk melakukan skrining,asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri,meliputi :
 - a. Identifikasi pasien untuk rasa nyeri pada asesmen awal dan asesmen ulang.
 - b. Memberi informasi kepada pasien bahwa nyeri dapat disebabkan oleh tindakan atau pemeriksaan.
 - c. Melaksanakan pelayanan untuk mengatasi nyeri terlepas darimana nyeri itu berasal.
 - d. Melakukan komunikasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga perihal pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai dengan latar belakang agama,budaya,nilai-nilai pasien dan keluarga.
 - e. Melatih PPA tentang asesmen dan pelayanan untuk mengatasi nyeri sesuai di instalasi rawat jalan,IGD,instalasi rawat inap (tersedia format manajemen nyeri dalam asuhan)
- 2) Proses identifikasi pasien yang mengalami kesakitan/nyeri/berisiko mengalami nyeri dilakukan sesuai prosedur.
- 3) Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai panduan dan protokol.
- 4) PPJA dilatih tentang pelayanan nyeri.

BAB XX
ASESMEN AWAL DAN ULANG PASIEN PADA TAHAP
TERMINAL

Pasal 26

- 1) Asesmen awal dan asesmen ulang bersifat individual agar sesuai dengan kebutuhan pasien terhadap pasien dalam tahap terminal (dying) dan keluarganya.
- 2) Asesmen awal dan asesmen ulang harus menilai kondisi pasien seperti:
 - a. Gejala mual dan kesulitan pernafasan
 - b. Faktor yang mempengaruhi gejala fisik
 - c. Manajemen gejala sekarang dan respons pasien
 - d. Orientasi spiritual pasien dan keluarga serta keterlibatan dalam kelompok agama tertentu.
 - e. Keprihatinan spiritual pasien dan keluarga seperti putus asa,penderitaan dan rasa bersalah
 - f. Status psikologis pasien dan keluarganya seperti kekerabatan,kelayakan perumahan,pemeliharaan

- lingkungan ,cara mengatasi serta reaksi pasien dan keluarganya
- g. Kebutuhan bantuan atau penundaan layanan untuk pasien dan keluarganya.
 - h. Kebutuhan alternatif layanan atau tingkat layanan.
 - i. Faktor risiko bagi yang ditinggalkan dalam hal cara mengatasi dan potensi reaksi patologis atas kesedihan.
- 3) Dilakukan skrining pada pasien yang diputuskan dengan kondisi harapan hidup kecil sesuai dengan regulasi.
 - 4) Asuhan dalam tahap terminal memperhatikan rasa nyeri pasien.

BAB XXI ASUHAN PASIEN DALAM TAHAP TERMINAL

Pasal 27

- 1) Rumah Sakit memberikan pelayanan pasien dalam tahap terminal dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan keluarganya serta mengoptimalkan kenyamanan dan martabat pasien yang di dokumentasikan dalam rekam medis.
- 2) Rumah Sakit menetapkan proses untuk mengelola asuhan pasien dalam tahap terminal, proses ini meliputi:
 - a. Intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri
 - b. Memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga.
 - c. Menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ.
 - d. Menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga.
 - e. Mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan.
 - f. Memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual serta budaya pasien dan keluarga.
- 3) Staf didedukasi tentang kebutuhan unik pasien dalam tahap terminal .
- 4) Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan gejala, kondisi dan kebutuhan kesehatan atas hasil asesmen.
- 5) Pelayanan pasien dalam tahap terminal memperhatikan kebutuhan biopsiko-sosial, emosional, budaya dan spiritual.
- 6) Pasien dan keluarga dilibatkan dalam keputusan asuhan termasuk keputusan do not resuscitate/DNR.

BAB XXII
PERINCIAN PANDUAN DAN PEDOMAN PELAYANAN DAN
ASUHAN PASIEN

Pasal 28

Uraian panduan dan pedoman pelayanan dan asuhan pasien sebagaimana tercantum dalam lampiran keputusan ini yang merupakan satu kesatuan dan tidak terpisahkan dengan peraturan ini, antara lain:

- 1) Pedoman Pelayanan Geriatri tingkat lengkap
- 2) Pedoman Pelayanan Gizi
- 3) Panduan pelayanan Haemodialisa
- 4) Panduan Pelayanan Populasi Khusus
- 5) Panduan Case Manager
- 6) Panduan Pelayanan Pasien dengan Penyakit Menular dan Immunosupressed
- 7) Panduan Pelayanan Asuhan Terintegrasi oleh PPA (Profesional Pemberi Asuhan)
- 8) Panduan Manajemen Nyeri
- 9) Panduan Pelayanan Pasien dengan Alat Bantu Hidup (Ventilasi Mekanik)
- 10) Panduan Pelaksanaan Restraint
- 11) Panduan Pelayanan Pasien Koma
- 12) Panduan Pelaksanaan Early Warning Sistem
- 13) Panduan Pelayanan Resusitasi
- 14) Panduan Pelayanan Darah
- 15) Panduan Asuhan Seragam

BAB XXIII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 29

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Painan
Pada tanggal 03 Oktober 2022



DIREKTUR

Dr. HAREFA. Sp. Pd. KKv. FINASIM

Lampiran
Keputusan Direktur RSUD
Dr.Muhammad Zein Painan
Nomor : / /2022
Tanggal :

KEBIJAKAN PELAYANAN ASUHAN PASIEN DI RSUD Dr.MUHAMMAD ZEIN PAINAN

Keijakan Umum

1. Pelayanan di unit harus berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien
2. Setiap petugas harus bekerja sesuai standar profesi,standar prosedur operasional yang berlaku,etika profesi dan menghormati hak pasien
3. Semua petugas unit wajib memiliki izin sesuai ketentuan yang berlaku
4. Peralatan di unit harus dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku
5. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja)
6. Pelayanan unit dikerjakan dalam 24 jam
7. Penyediaan tenaga harus mengacu pada pola ketenagaan
8. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi dilaksanakan rapat rutin,minimal satu bulan sekali.

Kebijakan Khusus

1. Pelayanan yang seragam
 - a. Rumah Sakit dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan menerapkan prinsip nondiskriminatif yaitu pelayanan yang seragam tanpa membedakan status sosio-ekonomi,budaya,agama dan waktu pelayanan.
 - b. Asuhan pasien dan pengobatan diberikan oleh praktisi yang kompeten dan memadai,tidak tergantung waktu tertentu
 - c. Penentuan alokasi sumber daya untuk memenuhi kebutuhan pasien didasarkan atas ketepatan mengenali kondisi pasien.
 - d. Tingkat asuhan yang diberikan kepada pasien,sama diseluruh Rumah Sakit.
 - e. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setingkat diseluruh Rumah Sakit.
2. Asuhan pasien diberikan dengan mengintegrasikan,mengkoordinasikan asuhan
 - a. Proses asuhan pasien bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pelayanan kesehatan dan dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan.
 - b. Asuhan kepada pasien direncanakan dan dituis di rekam medis
 - c. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggungjawab pelayanan (DPJP),perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawat inap

- d. Rencana asuhan pasien harus bersifat individu dan berdasarkan data asesmen awal pasien
 - e. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran
 - f. Kemajuan yang diantisipasi dicatat atau direvisi sesuai kebutuhan berdasarkan hasil asesmen ulang atas pasien oleh praktisi pelayanan tiap pasien di rievew dan di verifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya
 - g. Asuhan yang diberikan untuk tiap pasien dicatat dalam rekam medis Rumah Sakit
3. Perencanaan asuhan oleh PPA dengan metode IAR
 4. Pemberian perintah/order didokumentasikan dalam rekam medis pasien
 - a. Perintah harus tertulis bila diperlukan dengan mengikuti pedoman rekam medis rumah sakit
 - b. Permintaan pemeriksaan diagnostik dan laboratorium klinis/rasional apabila memerlukan ekpertis
 5. Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak diharapkan
 6. Pelayanan pasien risiko tinggi dan penyediaan risiko tinggi pimpinan bertanggungjawab untuk :
 - a. Identifikasi pasien kasus emergency atau beresiko tinggi terjadinya kasus emergency dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten
 - b. Tenaga medis yang bertugas ditempat dengan risiko terjadinya kasus emergency tinggi agar dilakukan pelatihan'
 7. Penerapan Early Warning System (EWS) membuat staf mampu mengidentifikasi keadaan pasien memburuk sedini-dininya dan bila perlu mencari bantuan staf yang berkompeten
 8. Pemberian pelayanan resusitasi
 - a. Resusitasi dapat dilakukan seluruh unit rumah sakit
 - b. Karyawan yang bertugas di semua unit rumah sakit agar dilatih untuk dapat melakukan resusitasi dasar.
 - c. Resusitasi lanjut dilakukan oleh tim yang terlatih dengan nama "Blue team" dengan membawa alat-alat dan obat resusitasi yang diperlukan
 9. Penanganan dan pemberian darah dan produk darah
 - a. Setiap penggunaan dan pemberian darah dan atau produk darah harus berdasarkan atas permintaan dokter
 - b. Pemberian darah dan atau produk darah harus memperhatikan keselamatan pasien
 - c. Darah dan atau produk darah yang diberikan kepada pasien harus dijamin bebas dari bibit penyakit yang dapat menimbulkan penyakit yang ditularkan melalui transfusi darah dan atau dari produk darah
 - d. Setiap darah dan atau produk darah yang akan digunakan harus selalu dilakukan skrining ulang di rumah sakit .Skrining dilakukan terhadap darah atau produk darah dari PMI meliputi pemeriksaan HbsAg,Anti HCV dan anti HIV.
 - e. Jika pasien atau keluarga menolak untuk dilakukan skrining ulang di rumah sakit terhadap darah atau produk darah dari PMI,maka pasien dan keluarga harus menandatangani formulir penolakan meliputi pemeriksaan skrining ulang.

- f. Sebelum melakukan pemberian darah dan atau produk darah (transfusi) pasien harus melakukan serangkaian pemeriksaan kelayakan.
 - g. Pada pelaksanaan pemberian darah dan atau produk darah harus dilakukan secara aman dan meminimalkan risiko transfusi.
 - h. Pemberian darah dan atau produk darah harus dicatat didalam rekam medis.
10. Asuhan pasien yang menggunakan peralata bantuan hidup dasar atau yang koma
- a. Identifikasi kebutuhan pasien dengan peralatan bantuan hidup dasar atau yang koma dilakukan oleh tenaga medis yang kompeten.
 - b. Bila rumah sakit tidak mampu melakukan asuhan pasien agar diberitahukan kepada keluarga pasien dan dirujuk ke tempat yang mampu melakukan asuhan pasien tersebut.
11. Asuhan pasien dengan penyakit menular dan mereka yang daya tahannya turun.
- a. Identifikasi kebutuhan asuhan pasien dan risiko penularan akibat dari penyakit atau akibat dari obat-obatan yang diberikan'
 - b. Bila fasilitas tidak memungkinkan untuk melakukan asuhan pasien tersebut agar diberitahukan kepada pasien dan keluarga untuk dirujuk ketempat dengan fasilitas yang sesuai dengan kebutuhan.
12. Penggunaan alat penghalang (restrain) dan asuhan pasien yang diberikan penghalang
- a. Identifikasi pengguna alat penghalang dilakukan pada pasien tidak mengerti asuhan pasien yang diberikan, seperti pasien anak dan geriatri, pasien gelisah dan kesadaran menurun.
 - b. Asuhan diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien.
13. Asuhan pasien usia lanjut, mereka yang cacat, anak-anak dan populasi yang berisiko disiksa.
- a. Identifikasi pasien dengan risiko disiksa, seperti pasien lanjut usia, cacat tubuh, cacat mental dan anak-anak.
 - b. Pelayanan pasien usia lanjut melibatkan multidisiplin ilmu.
 - c. Rumah sakit tidak memberikan pelayanan kemoterapi.
 - d. Untuk pelayanan kemoterapi, rumah sakit melakukan rujukan ke pusat rujukan nasional
14. Manajemen Nutrisi :
- a. Pasien di skrining untuk status gizi.
 - b. Respon pasien terhadap terapi gizi dimonitor.
 - c. Makanan disiapkan dan disimpan dengan cara mengurangi risiko kontaminasi dan pembusukan.
 - d. Produk nutrisi enteral disimpan sesuai rekomendasi pabrik.
 - e. Distribusi makanan secara tepat waktu dan memenuhi permintaan khusus.
15. Manajemen nyeri:
- a. Semua pasien rawat inap rawat jalan di skrining untuk rasa sakit dan dilakukan asesmen apabila ada rasa nyerinya.
 - b. Pasien dibantu dalam pengelolaan rasa nyeri secara efektif.
 - c. Menyediakan pengelolaan nyeri sesuai pedoman dan protokol.

- d. Komunikasi dengan dan mendidik pasien dan keluarga tentang pengelolaan rasa nyeri dan gejala dalam konteks pribadi, budaya dan kepercayaan agama masing-masing.
16. Pelayanan pasien tahap terminal
- a. Mendukung hal pasien untuk mendapatkan pelayanan yang penuh hormat dan kasih sayang pada akhir kehidupan.
 - b. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek pelayanan pada tahap akhir kehidupan.
 - c. Semua staf harus menyadari kebutuhan unik pasien pada akhir kehidupannya yaitu meliputi pengobatan terhadap gejala primer dan sekunder, manajemen nyeri, respon terhadap aspek psikologis, sosial, emosional, agama dan budaya pasien dan keluarga serta keterlibatannya dalam keputusan pelayanan.

Ditetapkan Di : **PAINAN.**
Pada Tanggal : **03 JANUARI 2022.**

 **DIREKTUR**

Dr. HAREFA, Sp.PD