

PEMERINTAH KOTA SEMARANG
RUMAH SAKIT DAERAH
K.R.M.T. WONGSONEGORO

Jl. Fatmawati No. 1 Telp. 6711500, Fax. 6717755 Semarang - 50272

KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG

NOMOR XXX TAHUN 2024

TENTANG
PEDOMAN PELAYANAN PAVILLIUN GATOTKACA
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG

DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rawat inap maupun rawat jalan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang, maka diperlukan pelayanan Pavilliun Gatotkaca yang paripurna;
- b. bahwa untuk memberikan akses kepada masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan atau rawat inap yang lebih cepat dan lebih nyaman di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang, maka perlu dibuka pelayanan Pavilliun Gatotkaca;
- c. bahwa pelayanan Pavilliun Gatotkaca di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang dalam penyelenggaraan pelayanannya memerlukan Pedoman Pelayanan Pavilliun Gatotkaca;
- d. bahwa untuk melaksanakan maksud tersebut di atas, perlu menetapkan Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tentang Pedoman Pelayanan Pavilliun Gatotkaca Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 16 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Besar dalam Lingkungan Propinsi Djawa Timur, Djawa Tengah, Djawa Barat dan Daerah Istimewa Jogjakarta (Himpunan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1950);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 82, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5234), sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang Undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801);
4. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 224, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5678);
5. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6841);
6. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 16 Tahun 1976 tentang Perluasan Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1976 Nomor 25, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3079);

8. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 1992 tentang Pembentukan Kecamatan di Wilayah Kabupaten-Kabupaten Daerah Tingkat II Purbalingga, Cilacap, Wonogiri, Jepara dan Kendal serta Penataan Kecamatan di wilayah Kotamadya Daerah Tingkat II Semarang dalam wilayah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1992 Nomor 89);
9. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
10. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2016 tentang Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 229, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5942);
11. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5717);
12. Peraturan Pemerintah Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);
13. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036) sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 120 Tahun 2018 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri dalam Negeri Nomor 80 Tahun 2015 tentang Pembentukan Produk Hukum Daerah (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 2036);
14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit;
15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);

16. Peraturan Daerah Kota Semarang Nomor 13 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah dan Badan Pelayanan Perijinan Terpadu Kota Semarang (Lembaran Daerah Kota Semarang Tahun 2008 Nomor 16, Tambahan Lembaran Daerah Kota Semarang Nomor 23);
17. Peraturan Walikota Semarang Nomor 123 Tahun 2021 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi, Serta Sistem Kerja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang (Berita Daerah Kota Semarang Tahun 2021 Nomor 123);
18. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/0174 Tahun 2007 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang sebagai Badan Layanan Umum (BLU);
19. Keputusan Walikota Semarang Nomor 445/1156/2016 tentang Penetapan “K.R.M.T. Wongsonegoro” sebagai Nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

- KESATU : Pedoman Pelayanan Pavilliun Gatotkaca Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sebagaimana terlampir dalam keputusan ini.
- KEDUA : Pedoman Pelayanan Pavilliun Gatotkaca Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU, digunakan sebagai acuan bagi penyelenggaraan pelayanan di Instalasi Pavilliun Gatotkaca Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.
- KETIGA : Dengan ditetapkannya keputusan ini maka Keputusan Direktur Rumah Sakit Daerah Kota Semarang Nomor 614 Tahun 2022 tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rawat Jalan Rumah Sakit Daerah Kota Semarang, tanggal 25 Agustus 2022 dinyatakan tidak berlaku lagi.

- KEEMPAT : Segala biaya yang timbul sebagai akibat diterbitkannya keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Semarang
Pada tanggal 29 April 2024

**Direktur Rumah Sakit Daerah
K.R.M.T. Wongsonegoro
Kota Semarang,**



EKO KRISNARTO

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR
RSD K.R.M.T. WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG
Nomor : XXX TAHUN 2024
Tanggal : 29 April 2024

**PEDOMAN PELAYANAN PAVILLIUN GATOTKACA
RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

**BAB I
PENDAHULUAN**

A. LATAR BELAKANG

Dalam Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Oleh karenanya, sebuah rumah sakit harus memiliki sarana dan prasana yang memadai baik dari sisi kualitas maupun kuantitas. Sarana dan prasarana tersebut meliputi sumber daya manusia dan peralatan lainnya yang digunakan untuk menunjang pelaksanaan pelayanan kepada masyarakat.

Rawat inap adalah pemeliharaan kesehatan Rumah Sakit di mana penderita tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari Pelaksana Pelayanan Kesehatan atau Rumah Sakit Pelaksana Pelayanan Kesehatan lain. Rawat Inap merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta, serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin, yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap.

Rawat jalan adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnose, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik tanpa mengharuskan pasien menginap.

Dalam meningkatkan mutu pelayanan Instalasi Rawat Inap dan Rawat Jalan mempunyai keterkaitan dengan instalasi–instalasi lain dalam rumah sakit karena dalam pelayanan pasien rawat inap diperlukan untuk saling berkoordinasi dengan instalasi lainnya yang terkait dan secara administratif melakukan pelaporan terhadap manajemen rumah sakit, dan peningkatan sarana prasarana untuk meningkatkan pelayanan terhadap pasien. Untuk itulah perlu disusun pedoman pelayanan instalasi rawat inap Rumah sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

B. TUJUAN PEDOMAN

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu pelayanan baik dirawat inap maupun Poli Eksekutif yang ada di Pavilliun Gatotkaca Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Memberikan akses kepada masyarakat terhadap pelayanan kesehatan rawat jalan atau rawat inap yang lebih cepat dan lebih nyaman di Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang, maka perlu dibuka pelayanan Pavilliun Gatotkaca. Menjelaskan pelayanan yang ada di rawat inap dan rawat jalan RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.
- b. Menjadi pedoman dalam memberikan pelayanan pelayanan di rawat inap dan rawat jalan Paviliun Gatotkaca.

C. RUANG LINGKUP PELAYANAN

Ruang lingkup Pelayanan Pavilliun Gatotkaca sebagai berikut:

1. Pemeriksaan Poli Eksekutif spesialis/sub spesialis
2. Pelayanan rawat inap President Suite, VVIP, VIP dan Kelas I
3. Pemeriksaan Radiologi
4. Pemeriksaan Laborat
5. Pelayanan Fisioterapi
6. Pemeriksaan Haji
7. Pemeriksaan Medical Check Up
8. Pelayanan Beauty Care
9. Pelayanan Baby Spa

10. Pelayanan Senam Yoga
11. Pelayanan Laktasi
12. Pelayanan Telemedicine

D. BATASAN OPERASIONAL

Pelayanan di Pavilliun Gatotkaca ada di lantai 1 yaitu poli Eksekutif dan rawat inap yang ada di Gatotkaca lantai 2, 3 dan 4. Lantai 2 merupakan kelas VIP yang berjumlah 17 tempat tidur, lantai 2 ada 2 ruang President Suite, 1 ruang VIP, dan 8 ruang kelas 1, sedang untuk lantai 4 ada 20 ruang kelas 1, 2 ruang VIP. Untuk pelayanan Baby Spa ada di lantai 2, senam yoga di lantai 3 dan beauty care ada di lantai 4.

Pelayanan di Pavilliun Gatotkaca dilakukan oleh dokter spesialis dan sub spesialis. Dimana dokter sebagai penanggung jawab pasien (DPJP). Untuk poli Eksekutif pelayanan tersentral disatu tempat mulai pendaftaran, pemeriksaan dokter spesialis/sub spesialis, laboratorium, radiologi, fisioterapi, farmasi, dan kasir/pembayaran.

Untuk memperlancar pelayanan di Pavilliun Gatotkaca juga disiapkan tenaga yang berfungsi sebagai advokat pasien yaitu seorang case manager yang dibantu oleh tenaga PJRM dan administrasi ruangan.

Pemberi pelayanan keperawatan dirawat inap dilakukan oleh perawat/bidan dengan pendidikan minimal DIII/DIV Keperawatan/Kebidanan. Untuk Standar Asuhan Keperawatan yang diberikan adalah pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan dokumentasi keperawatan.

Pelayanan pasien rawat inap oleh perawat :

- a. Penerimaan Pasien Baru dan Orientasi Pasien Baru
- b. Pelayanan asuhan keperawatan
- c. Transfer Pasien
- d. Pemulangan Pasien
- e. Administrasi Pasien Pulang

Pelayanan rawat jalan

- a. Pendaftaran
- b. Kasir
- c. Nurse station dilakukan asesmen
- d. Masuk ke poliklinik tujuan
- e. Ke farmasi untuk pengambilan obat
- f. Ke laboratorium / radiologi / rehabilitasi medis untuk pemeriksaan penunjang
- g. Ke kasir untuk menyelesaikan pembayaran
- h. Kembali lagi ke nurse station untuk mengambil surat

E. LANDASAN HUKUM

1. Undang – Undang Replublik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.
2. Undang – Undang Replublik Indonesia Nomor 32 tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan.
3. Undang – Undang Replublik Indonesia Nomer 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.
4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1575/Menkes/PER/2005 tentang Organisasi Dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
5. Keputusan menteri Kesehatan RI Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Penyelenggaraan Rumah Sakit.
6. Keputusan menteri Kesehatan RI Nomor 131/Menkes/SK/II/2004 tentang Sistim Kesehatan nasional.
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Perawat.
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1796/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.

BAB II
STANDAR KETENAGAAN

A. KUALIFIKASI SUMBER DAYA MANUSIA

NO	NAMA JABATAN	KUALIFIKASI	Sertifikat Pelatihan	Jumlah
1.	Manager Pavilliun Gatotkaca	Dokter Umum		1
2.	Case Manager	Dokter Umum		1
3	Kepala Ruang / Koordinator Pavilliun Gatotkaca	Ners/S1	Managemen Kepala Ruang, BHD/BTCLS , APAR, PPI dalam konsep pasien safety, Komunikasi Efektif, Asesor Keperawatan	1
4	Perawat Penanggung Jawab Pasien	Ners DIV Keperawatan	BHD/BTCLS , PPI dalam konsep pasien safety, Komunikasi Efektif, APAR	7
5	Perawat Pelaksana	DIII/DIV Kebidanan/Keperawatan Ners/S1	BHD/BTCLS, PPI dalam konsep pasien safety, Komunikasi Efektif, APAR	62
6	Perawat Khusus (Beauty Care & Baby Spa)	D III/D IV Keperawatan/ Kebidanan	BHD/BTCLS, Komunikasi Efektif, Pelatihan Baby Spa, Sertifikat tentang Beauty Care	2
7	Perawat Gigi		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	1
8	Apoteker		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	2
9	Asisten Apoteker		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	2
10	Tenaga analisis		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	1
11	Radiografer		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	1
12	Fisioterapis		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	1
13	Nutrisionist		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	2
14	Perekam Medis		BHD, APAR, Komunikasi Efektif	3
15	Capster	SMA	BHD, APAR, Komunikasi Efektif	2

16	Petugas Administrasi	SMA/S1	BHD, APAR, Komunikasi Efektif	3
----	----------------------	--------	-------------------------------	---

B. DISTRIBUSI KETENAGAAN

a) DOKTER

NO	JABATAN	PNS	NON PNS	DOKTER MITRA	JUMLAH
1	Dokter gigi	3	-	1	4
2	Dokter Gigi Spesialis Ortodonsia	1	-		1
3	Dokter Kedokteran Gigi anak	1	-		1
4	Dokter Spesialis Anak	4	1	1	6
5	Dokter Spesialis Anesthesi	2	2	4	8
6	Dokter Spesialis Bedah Umum	3	-	1	4
7	Dokter Spesialis Bedah Digestif	1	-	-	1
8	Dokter Spesialis Bedah Kepala Leher	1	-	-	1
9	Dokter Spesialis Bedah Mulut	-	-	1	1
10	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	-	1	1	2
11	Dokter Spesialis Forensik	-	-	2	2
12	Dokter Spesialis Gizi Klinik	1	-	-	1
13	Dokter Spesialis Ilmu Bedah Saraf (Sp.B.S.)	-	-	1	2
14	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	-	2	3	5
15	Dokter Spesialis Patologi Klinik	2	-	-	2
16	Dokter Spesialis Konservasi Gigi	1	-	1	1
17	Dokter Spesialis Kulit Kelamin	3	1	-	4
18	Dokter Spesialis Mata	1	1	-	2
19	Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik	-	-	1	1
20	Dokter Spesialis Obsgyn	3	1	-	4
21	Dokter Spesialis Paru	2	-	-	2
22	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	1	-	-	1
23	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	-	-	1
24	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	4	1	2	6
25	Dokter Spesialis Radiologi	2	-	2	4
26	Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik	1	1	-	2
27	Dokter Spesialis Saraf	3	1	-	4
28	Dokter Spesialis THT Kepala Leher	1	-	3	4
29	Dokter Spesialis Kesehatan Jiwa	1	1	2	4

NO	JABATAN	PNS	NON PNS	DOKTER MITRA	JUMLAH
30	Dokter Sub Spesialis Bedah Urologi	-	1	2	3
31	Dokter Spesialis Ortodonsia	1	-		1
31	Dokter Sub Spesialis Endokrin Metabolik Diabetes	1	-		1
32	Dokter Sub Spesialis Hematologi - Onkologi Medik	-	-	1	1
33	Dokter Umum	11	22	3	36

b) JUMLAH TENAGA PER RUANG

NO	RUANG	PERAWAT	BIDAN	PERAWAT GIGI	JUMLAH
1.	Gatatkaca 1	6	2	1	9
2.	Gatatkaca 2	20	0	0	20
3.	Gatatkaca 3	12	6	0	18
4.	Gatatkaca 4	22	0	0	22
5.	Baby Spa	1	1	0	2
6.	Beauty Care	2	0	2 capster	4
7.	Tata Graha				
8.	Nutrisionis				2
	Apoteker				2
	Asisten Apoteker				2
	Radiografer				1
	PJRM				3
	Administrasi				3

C. PENGATURAN JADWAL

a) Poli Eksekutif / Dokter

SPEKIALIS PENYAKIT DALAM

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Pujo Hendriyanto, SpPD	08.00 - 12.00	18.00- 19.00			08.00 - 12.00							
2	dr. Syaifun Niam, SpPD	10.15 - 12.00		10.15 - 12.00	16.00 - 17.00			10.15- 12.00					
3	dr. Warigit dri Atmoko, SpPD.,M.Kes,FIN ASIM	09.00- 11.00	17.00- 18.30			08.00- 10.00		08.00- 10.00		07.30- 10.30		09.00 - 10.00	

4	dr. Dessy Andriani, SpPD					10.00-11.45	15.00-16.00						
5	dr. Widi Yanti U, SpPD					08.00 - 09.45			16.00 - 17.00	08.00 - 09.45			
6	dr. Winarno, SpPD			09.00-10.00								15.00-16.00	

SPELIALIS JANTUNG PEMBULUH DARAH

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Sulistiyati Bayu u, SpJP Phd												
2	dr. Bahrudin,SpJP				15.00-16.00								11.00-13.00
3	dr. Putri Rachmawati Dewi,Sp.JP	08.00-10.00			15.00-16.00	08.00-10.00							
4.	dr.Rinaldi Putra,Sp.JP		17.00-19.00	08.00-10.00				08.00-10.00		08.00-09.00			
5	dr. Adhitia Budy Prakoso,Sp.JP						16.00-17.00				15.00-17.00		

SPELIALIS PARU

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Jenny, SpP												
2	Dr. Nur Santi,Sp.P	11.30-12.30		11.30-12.30		11.00-13.00		11.00-13.00		11.15-12.00			

SPELIALIS ANAK

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Zuhriah Hidajati, SpA	09.00- 12.00					15.00- 16.30	11.00- 13.00					
2	dr. Lilia Dewiyanti, SpA							10.00- 12.00		10.00- 12.00			
3	dr. Neni Sumarni, SpA					08.00- 10.00							
5	dr. Harancang Pandih, SpA				14.00- 15.00	13.00- 14.00						11.00- 12.00	
6	dr. Dosy Mudi Nurina, Sp.A				11.00- 13.00					11.00- 13.00			

SPESIALIS HEMATOLOGI ONKOLOGI

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Suyono, Sp.PD.,K-HOM		15.00- 16.00				15.00- 16.00		15.00- 16.00				

SPESIALIS BEDAH UMUM

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Radian Tunjung B, Msi, Med, SpB		15.30- 17.00	08.00- 13.00				08.00- 13.00				07.30- 09.00 (*)	
2	dr. Hakimansyah, SpB	08.00- 13.00				08.00- 13.00			16.00- 17.00			09.00- 10.00 (*)	
3	Dr. Wim Khairu,Sp.B	08.00- 12.00		08.00- 12.00				08.00- 12.00		07.30- 11.00			

SPESIALIS BEDAH ORTHOPEDI

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Tanto Edy Heru N, SpOT	12.00-13.00				12.00-13.00							
2	dr. Atria Abirama, SpOT			11.00-13.00				11.00-13.00					

SPESIALIS BEDAH SARAF

NO	DOKTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Andrew Robert Diyo, SpBS		15.30-16.30	06.00-10.00				09.00-10.00					
2	Prof. Dr. M.Thohar Arifin, PhD,PAK., Sp.BS(K)			06.00-08.30				08.30-09.00					

SPESIALIS SARAF

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Mintarti, SpS	08.00-12.00						08.00-11.00			14.00-15.00		
2	dr. Dyah Nuraini Widhiana, SpS									07.30-09.30			
3	dr. Riri Gusnita Sari, SpS		17.30-18.30		17.00-19.00 (*)	08.00-12.00							
4	dr. Hening Tri Utami, SpN			08.00-12.00					15.30-16.30				
5	Dr. Naili Sofi Riasari, SP.N						16.00-18.00						
6	dr. Aji Noegroho, Sp.N	14.00-16.00			15.00-16.00				15.00-16.00				

SPESIALIS OBSGYN

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Jati Suwanto, SpOG		15.30-16.30			08.00-12.00				07.30-11.00 (Minggu 3,4,5)			
2	dr. Kartika Peranawengrum, M.Kes, SpOG				15.30-16.30			08.00-12.00					
3	dr. Cipta Pramana, SpOG	08.00-12.00							15.30-16.30	07.30-11.00 (Minggu 1 dan 2)			
4	dr. Hervyasti P, SpOG			08.00-12.00			15.30-16.30						

SPESIALIS GIZI KLINIK

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Olivia W, SpGK									11.00-12.00			

SPESIALIS THT

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Djoko Praseta Adinugroho, SpTHT			08.00-10.00	16.00-18.00			08.00-10.00	16.00-18.00	09.00-10.00			
2	dr. Bambang Agus Soesanto, SpTHT	10.00-12.00				10.00-12.00						10.00-12.00	
3	dr. Nila, SpTHT	12.00-14.00		10.00-12.00		12.00.14.00		10.00-12.00					
4	Dr. Kanti, Sp.THT						14.15 - 15.15	08.00 - 09.00		10,30 - 11.30		07.30-09.00	

1	dr. Dyah Nuraini W, Sp.S									09.30-11.00			
2	dr. Mintarti, Sp.S	10.00-12.00						08.00-11.00					
3	dr. Riri Gusnita, Sp.S		17.30-18.30			08.00-12.00							
4	Dr. Hening Tri, Sp.S			10.00-12.00						14.00-15.00			
5	dr. Aji Noegroho, Sp.N		14.00-16.00		15.00-16.00			11.00-13.00	15.00-16.00				
5	Dr. Naili Sofi Rianasari, Sp. N						15.00-17.00				15.00-17.00		

SPESIALIS JIWA

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Widodo Sarjana, Sp.KJ												
2	dr. Rilla Fiftina Hadi, Sp.KJ	13.30-14.30				13.30-14.30		13.30-14.30					
3	dr. Yulia Ratna Sofa, Sp.KJ			08.00-14.00			15.00-17.00	08.00-14.00					
3	dr. Sakina Alfiati, Sp. KJ	08.00-14.00				08.00-14.00		09.00-14.00		07.30-11.00			

SPESIALIS KULIT KELAMIN

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Dian Kusuma Dewi, Sp.KK			08.00-15.00				08.00-16.00		07.30-14.00		Minggu 3 10.00-11.30	
2	dr. Teguh Priyanto, Sp.KK				17.00-18.00	08.00-16.00						Minggu 1,4 10.00-12.00	
3	dr. Niken Kusumaningrum, Sp.DV	08.00-16.00		08.00-16.00		08.00-16.00		16.00-17.00	0.00-14.00			Minggu 2	

2	drg. Ghany Ramadhan			08.00-14.00				08.00-14.00					
---	---------------------	--	--	-------------	--	--	--	-------------	--	--	--	--	--

SPESIALIS GIGI ORTHODONTIE

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	drg. Surya Nelis, Sp.PM				15.00-16.30								

SPESIALIS RADIOLOGI

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Lilin Setiyawati, Sp.Rad			08.00-12.00		08.00-12.00		08.00-12.00					
2	dr. Oktina Rachmi Dachiliana, Sp.Rad	08.00-12.00							15.00-16.00				
3	dr. Lia Sasdesi Mangiri, Sp.Rad			15.00-17.00									
4	dr. R. Armando S., Sp.Rad		15.00-16.30							07.30-12.00			
4	Dr. Luh Putu Endyah Santi M, Sp.Rad										15.00-16.30		

REHABILITASI MEDIK

NO	DOTER	SENIN		SELASA		RABU		KAMIS		JUMAT		SABTU	
		PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE	PAGI	SORE
1	dr. Noviolita DK, Sp.KFR					12.00-13.00		12.00-13.00		09.30-10.30			
2	dr. Hindun Zuhdiana Sp.KFR	08.00-10.00		08.00-13.00									

b) Pengaturan Jadwal Perawat Poli Eksekutif

1. Perawat/bidan:

- a. Shiff Pagi : 07.00 – 14.00 WIB
- b. Shiff Sore : 14.00 – 21.00 WIB
- c. Midle : 09.00 – 16.00 WIB

2. Ruang Baeuty Care:

- a. Shiff Pagi : 07.00 – 14.00 WIB
- b. Shiff Sore : 09.00 – 16.00 WIB

3. Ruang Baby Spa:

- a. Shiff Pagi : 07.00 – 14.00 WIB

c) Waktu Tunggu Dokter di Poli Eksekutif

Waktu tunggu dokter di Poli Eksekutif adalah 60 menit terhitung dari pasien selesai dilakukan assesmen oleh perawat di nurse station. Apabila dalam waktu 60 menit dokter belum datang memberikan pelayanan, maka dokter yang bersangkutan bisa digantikan dengan dokter yang lain dengan persetujuan pasien.

d) Pengaturan Jadwal Rawat Inap

1. Dokter Spesialis visite pada hari kerja jam 07.00 – 14.00 WIB
2. Dokter umum sebagai dokter ruangan/jaga masuk sesuai jadwal terbagi dalam 3 shiff.
3. Manager masuk 5 hari kerja :
 - a. Senin - Kamis jam 08.00 – 16.00 WIB
 - b. Jumat jam 07.30 – 14.00 WIB
4. Kepala Ruang masuk 5 hari kerja :
 - a. Senin - Kamis jam 08.00 – 16.00 WIB
 - b. Jumat jam 07.30 – 14.00 WIB
5. Ketua Tim masuk 6 hari kerja
Senin sampai sabtu jam 07.00 – 14.00 WIB
6. Pelaksana masuk sesuai jadwal:
 - a. Shiff Pagi : 07.00 – 14.00 WIB
 - b. Shiff Sore : 14.00 – 21.00 WIB
 - c. Shiff Malam : 21. 00 – 07.00 WIB

BAB III
STANDAR FASILITAS

A. DENAH RUANGAN

Terlampir

B. STANDAR FASILITAS

1. Kondisi Bangunan Dan Prasarana fisik

NO		Jenis Kelengkapan	Ket
	Gedung	Baik	
	Cafeteria	Baik	
	Penerangan		
	Air		
	Listrik		
	Gedung lantai 2	VIP : 18 TT, masing-masing kamar dilengkapi AC, Meja Kabinet, Kulkas, Katel dan cangkir, Sofa penunggu, kursi tunggu, Pesawat Tilpon, TV 20 inc, KM dalam disertai dengan shower. Ruang Baby Spa: Fasilitas Lain : a. Ruang Obat b. Ruang Linen c. Ruang Alat d. Ruang Pantry e. Nurse Station f. Bel Pasien g. Kamar Mandi Pengunjung h. Gudang i. Hidrant j. Tangga darurat k. Lift	

	Gedung Lantai 3	<p>VIP : 5 TT, President Suite 2 TT, Kelas 1 : 8 TT masing-masing kamar dilengkapi AC, Meja Kabinet, Kulkas 1/2 pintu, Katel dan cangkir, Sofa penunggu, kursi tunggu, Pesawat Tilpon, meja makan pasien, TV 20 inc, meja makan keluarga, KM dalam disertai dengan shower.</p> <p>Fasilitas Lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang Obat b. Ruang Linen c. Ruang Alat d. Ruang Pantry e. Nurse Station f. Bel Pasien g. Kamar Mandi Pengunjung h. Gudang i. Hidrant j. Tangga darurat k. Lift l. Ruang Yoga m. Ruang Manager n. Ruang Penunggu 	
--	-----------------	---	--

2. Jenis Peralatan

NO	NAMA ALAT	JUMLAH ALAT			
		GK 1	GK 2	GK 3	GK 4
1	Emergensi set	1	1	1	1
2	Bed Set monitor	-	1	1	2
3	Infus pump	-	4	4	2
4	Syring pump	-	3	1	2
5	Saturasi oksigen	1	1	1	1
6	Suction	-	1	1	1
7	Oksigen sentral	13	17	15	12
8	Oksigen portable	1	1	-	2

9	Tensimeter aneroid	1	1	-	2
10	Stetoskop dewasa	7	3	2	2
11	Stetoskop anak	1	1	1	1
12	ECG	1	1	1	1
13	Bed pasien	10	17	15	22
14	Thermometer digital	1	1	2	1
15	Timbangan pasien	2	1	1	1
16	Nebulizer	1	1	1	1
17	Film viewer	9	1	1	1
18	Standar infus	2	17	15	22
19	Pen light	-	1	-	1
20	Kursi roda	7	1	1	1
21	Matras dicubitus	-	1	1	1
22	Lampu tindakan	2	-	-	1
23	Timbangan bayi	1	1	1	-
24	Neopuff	-	-	1	-
25	Inkubator	-	-	1	-
26	Dengan tabung oksigen kecil	-	-	2	-
27	Dengan manometer	-	-	1	-
28	Penguku suhu bayi	-	-	1 reusaabl e	-
29	Infant warmer	-	-	1	-
30	Stetoskop bayi	-	-	1	-
31	Ctg	-	-	1	-
32	Trolley 1 (kabel saturasi)	-	1	1	1
33	Trolley 2 (ctg)	-	-	1	-
34	Conector neopuff	-	-	1	-
35	Partus set	1	-	3	-
36	Kogel tang	-	-	1	-
37	Sonde uterus	2	-	1	-
38	Klem uterus	2	-	1	-
39	Klem ovarium	2	-	7	-
40	Tempat korentang	-	-	1	-
41	Korentang	-	-	1	-
42	Bvm neonatus	1	-	1	-
43	Sungkup	1	-	1	-
45	Tiang infus di vk	-	-	1	-
46	Tromol Kecil	12	-	-	-
47	Tromol Sedang	2	-	-	-
48	Tromol Besar	4	-	-	-
49	Dressing Trolley	13	-	-	-
50	Meja Mayo	2	-	-	-
51	Alat USG	2	-	-	-
52	Endoscopy Unit	1	-	-	-

53	Kursi Endoscopy	1	-	-	-
54	Headlamp	1	-	-	-
55	Otoscope	1	-	-	-
56	Bed Gynekologi	1	-	-	-
57	Ukur Panjang Badan	1	-	-	-
58	Dental Set	1	-	-	-
59	Aerosol	1	-	-	-
60	Medical Sterilizer	1	-	-	-
61	Kompresor	1	-	-	-
62	Snellen (Hart Proyektor+LCD Unit)	1	-	-	-
63	Slit Lamp	1	-	-	-
64	Autorafraktometer	1	-	-	-
65	Non Contact Tonometer	1	-	-	-
66	Refrakting Unit (kursi)	1	-	-	-
67	Trial Lens Set	1	-	-	-
68	Trial Frame (kacamata)	1	-	-	-
69	Ishihara	1	-	-	-
70	Instrumen Mata	1	-	-	-
71	BVM Dewasa/BVM Pediatri	1/-	1/1	1/-	1/-
72	Cauter	1	-	-	-
73	Flowmeter/manometer	3	-	-	-
74	Oksigen Transport	1	-	-	-
75	Set Laringoscope	1	-	-	-
76	AED	1	1	-	-
77	IUD Set	1	-	-	-
78	Aff IUD Set	1	-	-	-
80	Bengkok	5	-	-	-
81	Spekulum Cocor Bebek Kecil	2	-	-	-
82	Spekulum Cocor Bebek Sedang	2	-	-	-
83	Spekulum Cocor Bebek Besar	2	-	-	-
84	Spekulum SIM Kecil	1	-	-	-
85	Bak Instrumen Sedang	1	-	-	-
86	Kom Kecil	1	-	-	-
87	Klem Biopsi	1	-	-	-
88	Pinset Hidung	2	-	-	-
89	Pinset Anatomis	1	-	-	-
90	Suction Stainless	4	-	-	-
91	Toung Spatel	9	-	-	-
92	Spekulum Hidung	11	-	-	-
93	Aplikator	1	-	-	-
94	Serumen Hag bengkok	2	-	-	-
95	Gunting Verban	4	-	1	-
96	Parasintesis	2	-	-	-
97	Klem Bengkok besar	1	-	-	-

98	KlemBengkok Kecil	1	-	-	-
99	GuntingForsep	1	-	-	-
100	Nedlle Holder	1	-	-	-
101	PegaitBengkok	2	-	-	-
102	Hag gigi 3	1	-	-	-
103	Nalfuder	1	-	-	-
104	Hag gigi 1	1	-	-	-
105	Holding Forsep	1	-	-	-
106	Minor Set	2	-	-	-
107	Gunting GIP	1	-	-	-
108	KabelCauter	2	-	-	-
109	PinsetAnatomis	1	-	-	-
110	PinsetSirurgis	1	-	-	-
111	Gunting Kecil	1	-	-	-
112	ExtraksiKomedo	1	-	-	-
113	Ode Set	1	-	-	-
114	BakIntrumen	1	-	-	-
115	Tang AnakRahangAtas	1	-	-	-
116	Tang AnakRahangBawah	1	-	-	-
117	Tang DewasaRahangAtas	1	-	-	-
118	Tang DewasaRahangBawah	1	-	-	-
119	GuntingBedah	1	-	-	-
120	Bein	1	-	-	-
121	Krayer	1	-	-	-
122	SendokCetak	1	-	-	-
12	Scaller	1	-	-	-

3					
12 4	Bur	1	-	-	-
12 5	PlastisInstrumen	1	-	-	-
12 6	Burniser	1	-	-	-
12 7	Kom	1	-	-	-
12 8	Plat Glass	1	-	-	-
12 9	Ortho Kit	1	-	-	-
130	Nampan Stainless	1	-	-	-
131	PisauMalam	1	-	-	-
13 2	Agate Spatel	1	-	-	-
13 3	Finger Protector	1	-	-	-
13 4	Rubber Bowl danSpatulla	1	-	-	-
13 5	BakInjeksi	1	-	-	-
13 6	Brangkat	1	-	-	-

BAB IV

TATA LAKSANA PELAYANAN

A. Pasien masuk ruang rawat jalan

1. Pasien datang ke Pendaftaran rawat jalan untuk melakukan pendaftaran pasien
2. Pasien menuju kasir untuk melakukan pembayaran biaya pendaftaran dan biaya dokter
 - Pasien umum administrasi : dokter Rp 200.000,00
Karcis pasien baru Rp 20.000,00
Karcis pasien lama Rp 15.000,00
 - Pasien BPJS eksekutif iur bayar Rp 150.000,00 (sudah termasuk biaya dokter, karcis, obat dan tindakan diagnostik bila diperlukan)
3. Pasien menunggu panggilan sesuai nomor antrian di depan nurse station
4. Perawat melakukan asesmen pasien baru kurang dari 5-10 menit, pasien kronik di asesmen ulang tiap bulan
5. Pasien diarahkan untuk menuju ruang poliklinik yang dituju pasien
6. Perawat menghubungi dokter, waktu tunggu dokter kurang dari 60 menit
7. Setelah dokter datang pasien masuk ke Poliklinik sesuai panggilan antrian
8. Setelah keluar dari poliklinik pasien diarahkan untuk ke farmasi / laboratorium / radiologi / rehabilitasi medis sesuai dengan advice dokter
9. Setelah dari farmasi/laboratorium/radiologi/rehabilitasi medis pasien diarahkan menuju kasir untuk pembayaran obat-obatan/pelayanan lainnya
10. Pasien kembali lagi ke nurse stasion dengan menunjukkan bukti pembayaran terakhir ke perawat dan perawat memberikan surat kontrol selanjutnya bila pasien harus kontrol lagi.

11. Bila ada pemeriksaan penunjang pasien di edukasi untuk menunggu hasil tersebut, waktu tunggu pemeriksaan kurang lebih 2-3 jam dari pemeriksaan yang dilakukan oleh dokter dan jika hasil sudah jadi perawat melaporkan ke dokter.
12. Bila dokter memberikan advis untuk ke rawat inap
Prosedur yang dilakukan:
 - a. Dokter membuat admission note, menjelaskan prosedur bahwa diperlukan tindakan pembedahan dan menyarankan pasien untuk rawat inap
 - b. Perawat menanyakan kembali identitas pasien sudah sesuai tanggal lahir dan nomor rekam medis
 - c. Dokter, pasien dan keluarga menandatangani inform consent
 - d. Pasien menyelesaikan prosedur tindakan seperti x-foto thorax, EKG, laboratorium, dan konsul dokter spesialis lainnya bila diperlukan
 - e. Perawat menanyakan ke pasien untuk kelas rawat yang diinginkan pasien
 - f. Perawat menelpon bagian TPPRI untuk pemesanan kamar,
 - g. Perawat menelpon pool untuk penjemputan pasien dari rawat jalan menuju TPPRI
 - h. Perawat mengantarkan pasien menuju TPPRI
 - i. Bagian TPPRI akan menjelaskan tentang ketersediaan kamar , biaya perawatan , dan tanda tangan general concent
13. Pasien akan dibantu portir untuk diantar ke ruang rawat inap yang dituju.

B. Pasien masuk ruang rawat inap

1. Ruang rawat inap tersedia
 - a. Dokter menyatakan pasien masuk rumah sakit;
 - b. Pasien dari IRJ/IGD yang akan rawat inap mendaftar kebagian pendaftaran rawat inap;
 - c. Petugas pendaftaran rawat inap menjelaskan tentang fasilitas ruang rawat inap beserta tarifnya;
 - d. Keluarga memilih ruang rawat inap yang dikehendaki;

- e. Petugas pendaftaran rawat inap melihat daftar ruang rawat inap yang dikehendaki pasien/keluarga;
- f. Petugas pendaftaran menghubungi ruang rawat inap untuk daftar pasien masuk rumah sakit;
- g. Pasien mendapatkan nomor register rawat inap;
- h. Petugas pendaftaran menjelaskan dokter yang merawat;
- i. Petugas pendaftaran menjelaskan tentang pelepasan informasi kepada keluarga pasien;
- j. Petugas menjelaskan kenaikan tarif yang harus ditanggung pasien apabila pasien naik kelas perawatan serta membubuhi tanda tangan bermaterai;
- k. Petugas pendaftaran menjelaskan peraturan dan tata tertib rumah sakit saat pasien dirawat inap dan memberikan kartu tunggu pasien.
- l. Keluarga atau pasien dan petugas TPPRI menandatangani *Inform consent*;
- m. Pasien diantar ke ruang rawat inap oleh porter, bila kondisi stabil dan bila tidak stabil didampingi oleh perawat;
- n. Pasien diantar masuk kamar rawat inap oleh porter atau perawat IGD;
- o. Pasien diterima dikamar pasien oleh perawat rawat inap dengan disaksikan oleh portir atau perawat IGD;
- p. Perawat memberikan informasi dan orientasi ruangan ke pasien/keluarga;
- q. Serah terima di *nurse station*;
- r. Perawat rawat inap mempelajari status rekam medis pasien, kemudian melakukan asesmen awal dan menjelaskan tindakan yang akan diberikan sesuai advise dokter;

2. Bila Ruang rawat inap yang dikehendaki pasien/keluarga tidak tersedia:

- a. Pasien dari IRJ/IGD yang akan rawat inap mendaftar kebagian pendaftaran;
- b. Petugas pendaftaran menjelaskan tentang fasilitas ruang rawat inap beserta tarifnya;
- c. Keluarga memilih ruang rawat inap yang dikehendaki;
- d. Petugas pendaftaran melihat daftar ruang rawat inap yang dikehendaki pasien. Bila ruang yang dikehendaki penuh, pasien atau keluarga ditawarkan untuk memilih ruang lain misal naik kelas atau turun kelas;
- e. Bila pasien atau keluarga keberatan untuk naik kelas/turun kelas, maka untuk sementara pasien bisa dititipkan di ruang kelas diatas satu tingkat ruang perawatannya selama kurun waktu 3 x 24 jam;
- f. Petugas akan menjelaskan tentang pasien dengan BPJS kelas II atau III tidak diperbolehkan naik di ruang VIP, bila menghendaki maka dengan status pembayaran umum;
- g. Petugas akan menjelaskan hanya pasien dengan jaminan kelas I saja yang bisa naik kelas vip dengan iur bayar 50% dan vvip dengan iur bayar 75%;
- h. Bila pasien atau keluarga setuju petugas pendaftaran menghubungi ruang rawat inap untuk daftar pasien masuk rumah sakit;
- i. Pasien mendapatkan nomor register rawat inap;
- j. Petugas pendaftaran menjelaskan peraturan dan tata tertib rumah sakit saat pasien dirawat inap dan memberikan kartu tunggu pasien;
- k. Petugas menjelaskan dokter yang merawat;
- l. Keluarga atau pasien dan petugas TPPRI menandatangani *general consent* untuk pelepasan informasi dengan dibubuhi materai dan *inform consent*;
- m. Petugas TPPRI mencatat dibuku antrian;
- n. Pasien diantar ke ruang rawat inap oleh portir bila kondisi stabil dan bila kondisi tidak stabil diantar perawat IGD;

- o. Pasien diantar masuk kamar rawat inap oleh porter atau perawat IGD dan perawat rawat inap;
- p. Pasien diterima di kamar pasien oleh perawat rawat inap dengan disaksikan oleh porter atau perawat IGD;
- q. Serah terima di *nurse station*;
- r. Perawat memberikan informasi dan orientasi ruangan ke pasien/keluarga;
- s. Serah terima di nurse station;
- t. Perawat rawat inap ke kamar pasien untuk memberikan informasi dan orientasi ruangan ke pasien atau keluarga;
- u. Perawat rawat inap mempelajari status rekam medis pasien, kemudian melakukan asesmen awal dan menjelaskan tindakan yang akan diberikan sesuai advise dokter.

C. Pelayanan pasien selama dirawat

1. Setiap pasien dilakukan identifikasi pasien dengan meminta pasien menyebutkan nama dan tanggal lahir pasien.
2. Pemeriksaan pasien dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) dimana dokter sebagai penanggung jawabnya. Pemeriksaan dilakukan secara sistematis meliputi anamnesis, riwayat penyakit, skrining nyeri, skrining nutrisi, skrining resiko jatuh, pemeriksaan fisik, bio spiko sosio kultural spiritual serta nilai-nilai keyakinan.
3. Setelah data lengkap dokter/perawat akan merumuskan masalah serta merencanakan tindakan/pengobatan yang akan diberikan.
4. Setiap pasien mempunyai DPJP dan PPJP.
5. DPJP, perawat ruangan dan petugas lain mengisi catatan dalam lembar integrasi.
6. Perawatan pasien dapat kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain bila diperlukan.
7. Setiap pasien dilakukan penilaian spiritual oleh tim spiritual dan didokumentasikan dalam rekam medic pasien (kecuali bayi).
8. Jika pasien perlu dikonsulkan, DPJP melakukan konsultasi medic antar bagian dan dokter konsulen dengan mengisi jawaban dokter konsulan dilembar tersebut melalui paperlist.

9. Apabila akan dilakukan tindakan/operasi maka pasien dan keluarga diberikan informasi mengenai tindakan/operasi yang akan dilakukan oleh DPJP. Kemudian pasien dan keluarga diberikan waktu untuk mengambil keputusan. Bila setuju diberikan persetujuan tindakan medic dan ditandatangani oleh DPJP, pasien atau keluarga dan perawat ruangan. Bila menolak diberikan lembar penolakan tindakan medic dan ditandatangani oleh DPJP, pasien atau keluarga dan perawat ruangan.
10. Jika pasien dirawat bersama oleh beberapa spesialisasi maka harus ada dokter penanggung jawab pasien(DPJP).
11. Apabila diperlukan dapat dilakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan laboratorium, radiologi dan sebagainya sesuai permintaan DPJP.
12. Dalam memberikan pelayanan perawat harus sesuai dengan asuhan keperawatan dan tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar prosedur operasional rumah sakit.
13. Pelayanan yang diberikan meliputi preventif, promotif, kuratif dan rehabilitative.

C. Pelayanan pasien pulang

1. Pasien dipulangkan setelah mendapat persetujuan DPJP.
2. Pada saat akan pulang pasien atau keluarga diberi informasi dan edukasi tentang pengobatan dan perawatan dirumah, diit, dan jadwal control beserta persyaratannya.
3. Jika pasien pulang atas permintaan sendiri maka perawat memberikan penjelasan aturan APS dan pasien atau keluarga menandatangani formilir atas permintaan sendiri (APS).
4. Jika pasien dirujuk maka DPJP harus memberikan surat rujukan.
5. Jika pasien meninggal keluarga harus diberi Surat Kematian
6. Bila pasien BPJS dan Jamkesmaskot dinyatakan keluar dari rumah sakit, maka petugas administrasi atau perawat melengkapi berkas persyaratan, kemudian dibawa ke rekam medis untuk dilakukan verifikasi, coding selanjutnya di kasir rawat inap.
7. Bila pasien umum petugas administrasi atau perawat melengkapi berkas selanjutnya dibawa ke kasir.

8. Keluarga pasien atau pasien menyelesaikan administrasi di kasir dan berkas dari kasir diberikan pada petugas ruangan.
9. Petugas ruangan menyerahkan kartu control, obat, hasil pemeriksaan penunjang, surat rujukan bila pasien dirujuk dan kartu kematian jika pasien meninggal.
10. Petugas ruangan memberikan kode booking untuk kontrol.
11. Dokter dan perawat melengkapi rekam medic sebelum diserahkan ke bagian rekam medik

D. Konsep Pelayanan Secara Umum.

1. Dilakukan secara kerjasama tim(team work).
2. Pelayanan dilakukan sesuai standar
3. Peralatan yang tersedia memenuhi ketentuan
4. Semua tindakan terdokumentasikan dengan baik
5. Harus ada sistem monitor dan evaluasi.

BAB V

LOGISTIK

A. Permintaan barang ke logistik /perlengkapan

Adapun prosedur yang perlu diperhatikan dalam proses permintaan barang kebagian perlengkapan yaitu :

1. Kepala Ruang mengusulkan permintaan barang (stock) melalui aplikasi Trello.
2. Dalam aplikasi Trello dipilih bagian usulan perlengkapan kemudian dituliskan barang yang diperlukan sesuai dengan kebutuhan dan bila diperlukan ditambahkan dengan foto barang yang diusulkan.
3. Kepala Ruang konfirmasi dibagian perlengkapan bahwa sudah mengajukan usulan barang di aplikasi Trello.
4. Petugas Logistik menerima pesan di aplikasi Trello dan mengambilkan barang sesuai dengan permintaan.
5. Petugas logistik mencatat dalam formulir pengambilan barang
6. Petugas Administrasi melakukan pengecekan antara permintaan dengan barang yang diserahkan.
7. Apabila barang yang diserahkan sesuai dengan permintaan, administrasi ruangan dan bagian perlengkapan menandatangani form penerimaan barang.
8. Barang yang telah diterima dicatat oleh Petugas Administrasi ke dalam kartu inventaris barang logistik.
9. Petugas Administrasi menempatkan Barang ke dalam lemari stok barang.

B. Pengusulan barang logistik

1. Kepala ruang menginventarisasi barang yang ada diruangan
2. Bila barang yang ada diruangan belum ada atau masih kurang kepala ruang mengajukan usulan permintaan barang.
3. Daftar usulan permintaan barang ditandatangani oleh kepala ruang dan mengetahui kepala Instalasi Rawat Inap.
4. Kepala Instalasi merekap daftar usulan permintaan barang dari tiap-tiap ruangan.

5. Daftar usulan permintaan barang oleh kepala instalasi diserahkan ke Kasie Penunjang medik bila berhubungan dengan alat medis, Kasie penunjang non medis bila berhubungan dengan linen dan alat penunjang non medis lainnya, dan ke kabag umum bila berhubungan dengan alat umum.
6. Daftar permintaan barang dari masing-masing unit kemudian direkap dan dijukan dalam rapat tim pengadaan barang.

BAB VI

KESELAMATAN PASIEN

A. Pengertian.

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu system di mana rumah sakit membuat tasuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi isolasi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Keselamatan pasien diruang rawat inap merupakan hal yang sangat penting dalam memberikan pelayanan kepada pasien, mengingat perawatan pada pasien rawat inap membutuhkan perhatian yang lebih dan membutuhkan penanganan jangka panjang yang perlu keseriusan dari tenaga kesehatan untuk menghindari terjadinya kesalahan penanganan dalam praktiknya. Kejadian yang mengacu pada keselamatan pasien diantaranya pasien terjatuh dari tempat tidur, pasien diberi obat salah, tidak ada obat/alat emergensi, tidak ada oksigen, tidak ada alat penyedot lendir, tidak tersedia alat pemadam kebakaran.

B. Tujuan.

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

C. Standar Patient Safety

1. Ketepatan identifikasi pasien
 - a. Setiap pasien yang masuk rawat inap dipasangkan gelang identitas pasien.

- b. Gelang identitas untuk pasien laki- laki berwarna biru muda dan gelang identitas untuk perempuan berwarna merah muda. Bila pasien ada resiko jatuh diberi pin warna kuning pada gelang identitas dan bila pasien ada alergi diberi pin warna merah pada gelang identitas.
- c. Ada 2 identitas yang digunakan, yaitu nama dan tanggal lahir yang disesuaikan dengan tanda pengenalan resmi.
- d. Identifikasi digunakan sebelum pemberian obat, sebelum pemberian transfuse darah, sebelum pengambilan sampel untuk pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan radiologi, sebelum dilakukan tindakan medis.

2. Peningkatan komunikasi yang efektif

Menggunakan teknik SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recommendation*) dalam melaporkan kondisi pasien untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar pemberi layanan.

- *Situation*

Kondisi terkini yang terjadi pada pasien.

- *Background*

Informasi penting apa yang berhubungan dengan kondisi pasien terkini.

- *Assesment*

Hasil pengkajian kondisi pasien terkini.

- *Recommendation*

Apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah pasien saat ini.

Dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan dengan *writeback, readback & reconfirm*.

3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai

- Obat-obat *high alert* tidak disimpan di ruang rawat inap kecuali bila diperlukan.
- Obat-obat ORUM / LASA dapat ditemukan di daftar obat NORUM / LASA.

- Obat-obat emergensi disimpan dalam troli emergensi terkunci dan

dipastikan selalu tersedia dan harus diganti segera jika jenis dan jumlahnya sudah tidak sesuai lagi dengan daftar yang ditempel dalam troli emergensi. Perbekalan farmasi dan penguncian troli dikontrol oleh farmasi dan kepala ruang.

- Setiap pasien yang mendapatkan terapi (obat) harus disertai resep yang dituli soleh dokter pemberi terapi.
- Penyediaan obat dilakukan oleh apoteker. Petugas farmasi menyediakan obat setiap hari dan dibedakan menurut jam pemberian obat sehingga memudahkan perawa tuntuk memberikan obat ke pasien.
- Pemberian obat harus memperhatikan 7 benar : Benar pasien, Benar Indikasi, Benar Obat, Benar Dosis, Benar cara pemberian, Benar waktu pemberiandan Benar dokumentasi.
- Pembagian obat menggunakan troll iobat (kecuali jumlah obat dan pasien sedikit karena jam pemberian obat yang berbeda dengan pasien lain bisa memakai baki obat). Sebelum obat diberikan kepasien, pasien diidentifikasi dan obat ditunjukkan kepasien dengan tujuan pasien tahu obat apa saja yang diberikan saat itu.
- Jam pemberian obat diseragamkan.

Obat tetes mata/hidung/telinga

1 dd	06.00	-	-	-	-	-
2 dd	06.00	18.00	-	-	-	-
3 dd	06.00	14.00	22.00	-	-	-
4 dd	06.00	12.00	18.00	24.00	-	-
6 dd	06.00	10.00	14.00	18.00	22.00	02.00

Suppositoria

1 dd	06.00	-	-	-	-	-
2 dd	06.00	18.00	-	-	-	-
3 dd	06.00	14.00	22.00	-	-	-

Per oral

Pagi	08.00	-	-	-	-	-
Siang	12.00	-	-	-	-	-
Sore	18.00	-	-	-	-	-
Malam	20.00				-	-
2 dd	08.00	20.00	-	-	-	-
3 dd	08.00	12.00	18.00	-	-	-
4 dd	08.00	12.00	16.00	20.00	-	-

Nebulizer

1 dd	06.00	-	-	-	-	-
2 dd	06.00	18.00	-	-	-	-
3 dd	04.00	12.00	20.00	-	-	-
4 dd	04.00	10.00	16.00	22.00	-	-

Injeksi (termasuk antibiotika)

1 dd	08.00	-	-	-	-	-
2 dd	08.00	20.00	-	-	-	-
3 dd	08.00	16.00	24.00	-	-	-
4 dd	08.00	14.00	18.00	24.00	-	-

- Pemberian obat dilakukan oleh perawat sesuai dengan uraian tugasnya masing-masing. Perawat yang masih orientasi boleh memberikan obat dengan pengawasan perawat senior, dan dilakukan evaluasi untuk menentukan kapan perawat orientasi boleh memberikan obat sendiri.
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- Penandaan lokasi operasi oleh dokter operator yang dilakukan di ruangan pasien sebelum dilakukan operasi (untuk operasi terencana). Bila operasi dilakukan segera (dari IGD), penandaan bias dilakukan di kamar operasi.

5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Untuk mengurangi resiko infeksi, semua petugas di rumah sakit melakukan kebersihan tangan pada 5 moment yang telah ditentukan, yaitu :

- a. Sebelum kontak dengan pasien
- b. Sesudah kontak dengan pasien
- c. Sebelum tindakan aseptis
- d. Sesudah terkena cairan tubuh pasien
- e. Sesudah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

Ada 2 cara cuci tangan yang digunakan :

- 1) Handwash
 - Dengan sabun dan air mengalir
 - Waktunya 40 – 60 detik
- 2) Handscrub
 - Dengan cairan berbasis alcohol
 - Waktunya 20 – 30 detik

6. Pengurangan resiko pasien jatuh

- 1) Setiap tempat tidur di pasang pagar pengaman.
- 2) Setiap pasien dilakukan penilaian resiko jatuh dengan menggunakan metode *Morse Fall Scale* untuk pasien dewasa dan *humpy dumpty* untuk pasien anak
- 3) Pengkajian resiko jatuh dilakukan oleh perawat dan kemudian dapat dijadikan dasar pemberian rekomendasi kepada dokter untuk tatalaksana lebih lanjut.
- 4) Perawat memasang pin kuning pada gelang identitas pasien dan tanda resiko pasien jatuh ditempat tidur bila pasien beresiko jatuh dan memberitahu pasien dan atau keluarga maksud pemasangan pin tersebut.
- 5) Pengkajian ulang dilakukan oleh perawat secara berkala 1 kali sehari atau jika terjadi perubahan kondisi pasien atau pengobatan.
- 6) Jika ada pasien jatuh dilakukan tatalaksana pasien jatuh dan membuat laporan insiden keselamatan pasien.

Bila terjadi insiden diruang rawat inap, pelaku dan yang mengetahui kejadian membuat laporan insiden keselamatan pasien dalam waktu 2x24jam. Selanjutnya diserahkan komite keselamatan pasien rumah sakit untuk di proses serta mencari solusi untuk mengurangi resiko.

BAB VII

KESELAMATAN KERJA

A. Pengertian.

Keselamatan kerja adalah suatu kondisi dalam pekerjaan yang sehat dan aman baik itu bagi pekerjaannya, perusahaan maupun bagi masyarakat dan lingkungan disekitar tempat kerja tersebut.

B. Tujuan.

1. Terciptanya budaya keselamatan kerja di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang
2. Mencegah dan mengurangi kecelakaan
3. Memperoleh keserasian antara tenaga kerja, alat kerja, lingkungan, cara dan proses kerjanya.
4. Menyesuaikan dan menyempurnakan pengamanan pada pekerjaan yang bahaya kecelakaannya menjadi bertambah tinggi.

C. Tatalaksana keselamatan kerja.

Mengacu pada pengertian tersebut maka diharapkan setiap petugas rumah sakit dapat menerapkan sistem keselamatan kerja diantaranya :

1. Petugas mengerti SPO penggunaan APD sehingga dapat menggunakan APD sesuai prosedur.
2. Tersedianya APD yang memenuhi standar.
3. Tersedianya tempat pembuangan sampah yang dibedakan infeksius dan noninfeksius serta terdapatnya tempat khusus untuk pembuangan jarum ataupun spuit bekas.

4. Aturan untuk tidak melakukan recapping jarum suntik setelah dipakai ke pasien.
5. Setiap pasien yang menular atau beresiko menular dirawat di ruang isolasi.
6. Setiap petugas medis maupun non medis menjalankan prinsip pencegahan dan pengendalian infeksi, yaitu:
 - a. Menganggap bahwa pasien maupun dirinya sendiri dapat menularkan infeksi
 - b. Menggunakan alat pelindung diri (sarung tangan, kaca mata, sepatu boot/alas kaki tertutup, celemek, masker dan lain-lain) terutama bila terdapat kontak dengan spesimen pasien yaitu :urin, darah, muntah, sekret, dan lain-lain.
 - c. Melakukan tindakan yang aman bagi petugas maupun pasien, sesuai prosedur yang ada, misalnya :memasang kateter, menyuntik, menjahit luka, memasang infus, dan lain-lain.
 - d. Mencuci tangan dengan hand wash atau handrub pada 5 momen.
7. Terdapat tempat sampah infeksius dan non infeksius
8. Mengelola alat dengan mengindahkan prinsip sterilitas yaitu:
 - a. Dekontaminasi dengan larutan klorin
 - b. Pencucian dengan sabun
 - c. Pengeringan
9. Menggunakan baju kerja yang bersih

10. Melakukan upaya-upaya medis yang tepat dalam menangani kasus:

- HIV / AIDS (sesuai prinsip pencegahan infeksi).
- Flu burung

11. Kewaspadaan standar karyawan/petugas dalam menghadapi penderita dengan dugaan flu burung adalah:

a. Cuci tangan :

Cucitangan dilakukan dibawah air mengalir dengan menggunakan sikat selama ±5menit, yaitu dengan menyikat seluruh telapak tangan maupun punggung tangan. Hal ini dilakukan sebelum dan sesudah memeriksapenderita.

b. Memakai masker N95 atau minimal masker badan.

c. Menggunakan pelindung wajah / kaca mata goggle (bila diperlukan)

d. Menggunakan apron / gaun pelindung

e. Menggunakan sarung tangan

f. Menggunakan pelindung kaki (sepatu boot)

12. Pemeriksaan dan vaksinasi Hepatitis B

BAB VIII
PENGENDALIAN MUTU

Untuk menjaga dan meningkatkan mutu, pelayanan rawat inap harus mempunyai suatu ukuran yang menjamin peningkatan mutu. Dalam kegiatan peningkatan mutu pelayanan rawat inap perlu ada suatu program yang terencana dan berkesinambungan sebagai pedoman bagi pelayanan rawat inap dalam mengevaluasi dan membuat rencana tindak lanjut sehingga tercapai peningkatan mutu pelayanan yang diharapkan. Indikator yang digunakan adalah dengan menggunakan SPM (Standar Pelayanan Minimal).

Adapun Standar Pelayanan Minimal dirawat inap adalah:

1. Pemberi pelayanan rawat inap

Judul	Pemberi pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi tehnis
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap oleh yang kompeten
DefinisiOperasion al	Pemberi pelayanan rawat inap adalah dokter spesialis dan tenaga perawat yang kompeten (minimal D III)
Frekuensi Pengumpulan Data	6 bulan
PeriodeAnalisa	6 bulan
Numerator	Jumlah tenaga dokter dan perawat yang memberi pelayanan di ruang rawat inap yang sesuai dengan
Denominator	Jumlah seluruh tenaga dokter dan perawat yang bertugas di rawat inap
Sumber data	Kepegawaian
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

2. Dokter penanggung jawab pasien rawat inap

Judul	Dokter penanggung jawab pasien rawat inap
Dimensi Mutu	Kompetensi teknis, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tersedianya pelayanan rawat inap yang terkoordinasi untuk menjamin kesinambungan pelayanan
Definisi Operasional	Penanggung jawab rawat inap adalah dokter yang mengkoordinasikan kegiatan pelayanan rawat inap sesuai kebutuhan pasien
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien dalam satu bulan yang mempunyai dokter sebagai penanggung jawab
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medic
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

3. Ketersediaan pelayanan rawat inap

Judul	Ketersediaan pelayanan rawat inap
Dimensi Mutu	Akses
Tujuan	Tersedianya jenis pelayanan rawat inap yang minimal harus ada di rumah sakit
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap adalah pelayanan rumah sakit yang diberikan tirah baring di rumah sakit. Untuk rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut
Frekuensi Pengumpulan Data	3 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jenis-jenis pelayanan rawat inap spesialistik yang ada (kualitatif)
Denominator	Tidak ada
Sumber data	Register rawat inap
Standar	Minimal kesehatan anak, penyakit dalam, kebidanan dan bedah (kecuali rumah sakit khusus disesuaikan dengan spesifikasi rumah sakit tersebut).
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

4. Jam visite dokter spesialis

Judul	Jam visite dokter spesialis
Dimensi Mutu	Akses, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya kepedulian tenaga medis terhadap ketepatan waktu pemberi pelayanan
Definisi Operasional	Visite dokter spesialis adalah kunjungan dokter spesialis setiap hari kerja sesuai dengan ketentuan waktu kepada setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, yang dilakukan antara jam 08.00 sampai 14.00 WIB
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah visite dokter spesialis antara jam 08.00 sampai dengan jam 12.00 yang disurvei
Denominator	Jumlah pelaksanaan visite dokter spesialis yang disurvei.
Sumber data	Survey
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite medic/panitia Mutu

5. Kejadian infeksi pasca operasi

Judul	Kejadian infeksi pasca operasi
Dimensi Mutu	Keselamatan, kenyamanan
Tujuan	Tergambarnya pelaksanaan operasi dan perawatan pasca operasi yang bersih sesuai standar
Definisi Operasional	Infeksi pasca operasi adalah adanya infeksi nosokomial pada semua katagori luka sayatan operasi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit yang ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (dolor), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanan (pus) dalam waktu lebih dari 3 x 24 jam.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien yang mengalami infeksi pada operasi bersih dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang operasi bersih dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite medic/panitia Mutu

6. Angka kejadian infeksi nosokimial

Judul	Angka kejadianm infeksi nosokimial
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Mengetahui hasil pengendalian infeksi nosokimial rumah sakit
Definisi Operasional	Infeksi nosokimial adalah infeksi yang dialami olehn pasien yang diperoleh selama dirawat di rumah sakit yang meliputi dekubitus, phlebitis, sepsis, dan infeksi luka operasi
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap yang terkena infeksi nosokimial dalam satu bulan.
Denominator	Jumlah pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Survey, laporan infeksi nosokimial
Standar	$\leq 1,5\%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap/Komite medic/panitia Mutu

7. Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian

Judul	Tidak adanya kejadian pasien jatuh yang berakibat kecacatan/kematian
Dimensi Mutu	Keselamatan pasien
Tujuan	Tergambarnya pelayanan kreperawatan yang aman bagi pasien
Definisi Operasional	Kejadian pasien jatuh adalah kejadian pasien jatuh selama dirawat baik akibat jatuh dari tempat tidur, dikamar mandi dan sebagainya yang berakibat kecacatan atau kematian.
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah pasien rawat inap dalam bulan tersebut dikurangi jumlah pasien yang jatuh dan berakibat kecacatan atau kematian
Denominator	Jumlah pasien dirawat dalam bulan tersebut
Sumber data	Rekam medis, laporan keselamantan pasien
Standar	100%
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi Rawat Inap

8. Kematian pasien > 48 jam

Judul	Kematian pasien > 48 jam
Dimensi Mutu	Keselamatan dan efektifitas
Tujuan	Tergambarnya pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit yang aman dan efektif
Definisi Operasional	Kematian pasien > 48 jam adalah kematian yang terjadi sesudah periode 48 jam setelah pasien rawat inap masuk rumah sakit
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	1 bulan
Numerator	Jumlah kejadian kematian pasien rawat inap . 48 jam dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap dalam satu bulan
Sumber data	Rekam medis
Standar	$\leq 0,24\%$ $\leq 2,4/1000$ (internasional) (NDR $\leq 25/1000$, Indonesia)
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

9. Kejadian pulang paksa

Judul	Kejadian pulang paksa
Dimensi Mutu	Efektifitas, kesinambungan pelayanan
Tujuan	Tergambarnya penilaian pasien terhadap efektifitas pelayanan rumah sakit
Definisi Operasional	Pulang paksa adalah pulang atas permintaan pasien atau keluarga pasien sebelum diputuskan boleh pulang oleh dokter
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah pasien pulang paksa dalam satu bulan
Denominator	Jumlah seluruh pasien yang dirawat dalam satu bulan
Sumber data	Rekam Medis
Standar	$\leq 5 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

10. Kepuasan Pelanggan Rawat Inap

Judul	Kepuasan Pelanggan Rawat Inap
Dimensi Mutu	Kenyamanan
Tujuan	Terselenggaranya persepsi pelanggan terhadap mutu pelayanan rawat inap
Definisi Operasional	Kepuasan pelanggan adalah pernyataan puas oleh pelanggan terhadap pelayanan rawat inap
Frekuensi Pengumpulan Data	1 bulan
Periode Analisa	3 bulan
Numerator	Jumlah kumulatif hasil penilaian kepuasan pasien yang disurvei (dalam prosen)
Denominator	Jumlah total pasien yang disurvei (n minimal 50)
Sumber data	Survey
Standar	$\leq 90 \%$
Penanggung jawab Pengumpulan data	Ketua komite mutu/tim mutu

11. Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS

Judul	Pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Dimensi Mutu	Akses, efisiensi
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan rawat inap bagi pasien tuberculosis dengan strategi DOTS
Definisi Operasional	Pelayanan rawat inap tuberculosis dengan strategi DOTS adalah pelayanan tuberculosis dengan 5 strategi penanggulangan tuberculosis nasional. Penegakan diagnosis dan follow up pengobatan pasien tuberkulosis harus melalui pemeriksaan mikroskopis tuberkulosis, pengobatan harus menggunakan paduan obat anti tuberculosis yang sesuai dengan standar penanggulangan tuberculosis nasional, dan semua pasien yang tuberculosis yang diobati dievaluasi secara kohort sesuai dengan penanggulangan nasional
Frekuensi Pengumpulan Data	Tiap tiga bulan
Periode Analisa	Tiap tiga bulan
Numerator	Jumlah semua pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani dengan strategi DOTS
Denominator	Jumlah seluruh pasien rawat inap tuberculosis yang ditangani di rumah sakit dalam waktu tiga bulan
Sumber data	Register rawat inap, register TB 03 UPK
Standar	100 %
Penanggung jawab Pengumpulan data	Kepala Instalasi rawat inap

BAB IX
PENUTUP

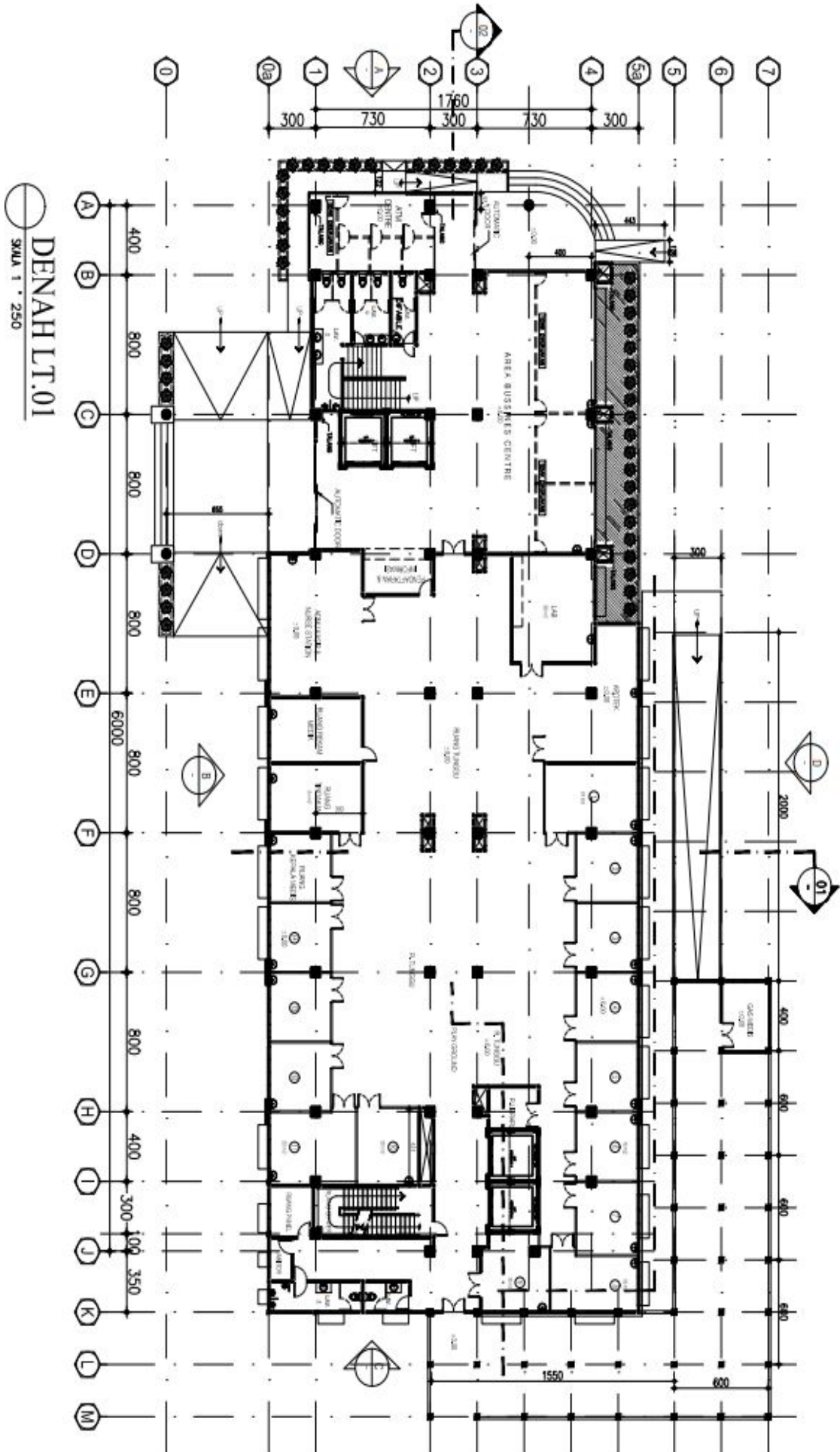
Demikianlah buku pedoman pelayanan rawat jalan dan rawat inap paviliun gatotkaca ini disusun. Kami mengajak semua pihak yang bekerja di RSD KRMT Wongsonegoro Semarang untuk dapat bersama-sama membina dan mengembangkan pelayanan di rawat jalan dan rawat inap. Semua petugas yang berhubungan dengan rawat jalan dan rawat inap hendaknya mentaati ketentuan yang telah digariskan dalam buku pedoman ini.

**Direktur Rumah Sakit Daerah
K.R.M.T. Wongsonegoro
Kota Semarang,**

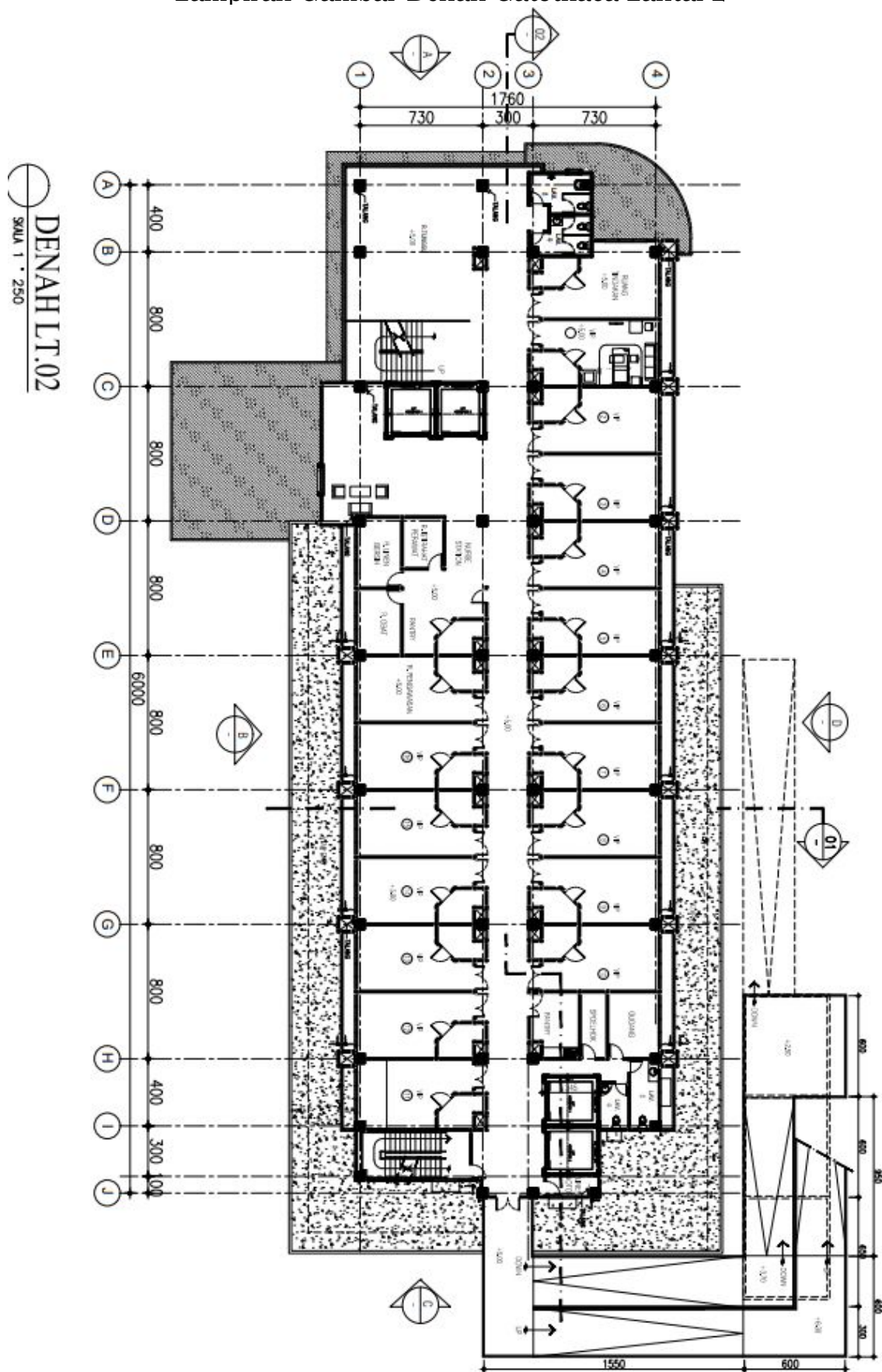


EKO KRISNARTO

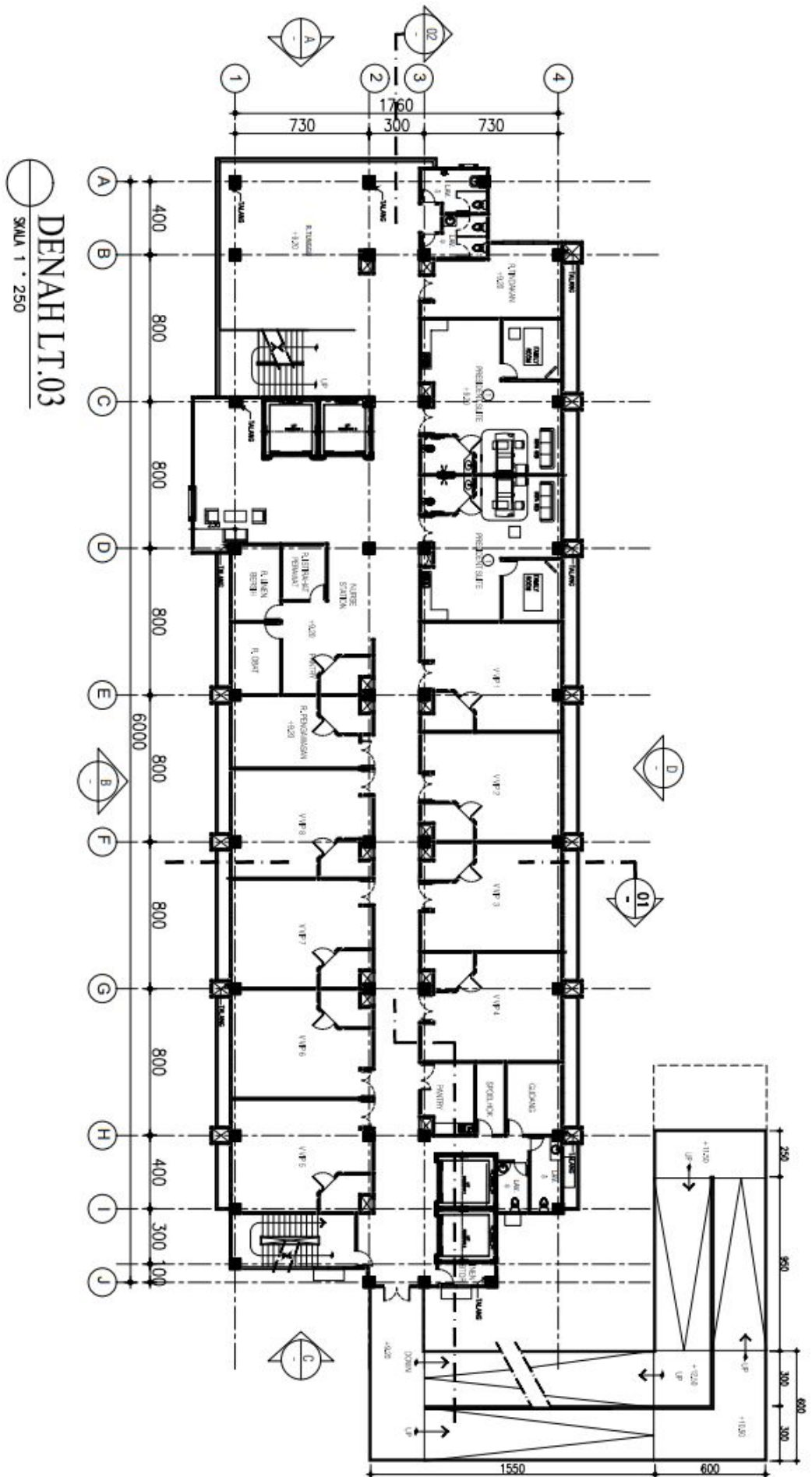
Lampiran Gambar Denah Gatotkaca Lantai 1



Lampiran Gambar Denah Gatokaca Lantai 2



Lampiran Gambar Denah Gatotkaca Lantai 3



Lampiran Gambar Denah Gatotkaca Lantai 4

