



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS KESEHATAN

RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR

Jalan Ketintang Baru Selatan I Nomor 1, Ketintang, Gayungan, Surabaya, Jawa Timur 60232
Telepon (031) 82010000, Laman rsmm.jatimprov.go.id, Pos-el rsmmjawatimur@gmail.com

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR
NOMOR 100.3.3/096/KPTS/102.11/2025

TENTANG

PELAYANAN DI RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur, diperlukan penyelenggaraan pelayanan bermutu tinggi melalui perencanaan dan koordinasi yang baik oleh setiap disiplin klinis yang terlibat dalam pelayanan;
- b. bahwa Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur Nomor 188/2091/KPTS/102.11/2022 tentang Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur sudah tidak sesuai sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur.
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Republik Indonesia Negara Nomor 6887);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135,

Tambahan...

Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);

3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Optik;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 29 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medik;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;
13. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 17 Tahun 2021 tentang Nomenklatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur.

Memperhatikan : 1. Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur Nomor 188/2091/KPTS/102.11/2022 tentang Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur;

2. Nota Dinas dari Kepala Bidang Pelayanan Medik
Tanggal 20 Januari 2025 Nomor:
400.7.1/1055/102.11/2025 Hal Pengantar Telaah
Staf Usulan Perubahan Kebijakan Pelayanan.

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG PELAYANAN DI
RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR.
- KESATU : Menetapkan Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat
Jawa Timur;
- KEDUA : Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur
sebagaimana dimaksud pada Diktum KESATU terdapat
dalam Lampiran Keputusan ini;
- KETIGA : Pembinaan dan Pengawasan penyelenggaraan pelayanan
di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur
dilaksanakan oleh Direktur melalui Kepala Bidang
Pelayanan Medik Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa
Timur;
- KEEMPAT : **MENCABUT** dan menyatakan **TIDAK BERLAKU:**
Keputusan Direktur Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa
Timur Nomor 188/2091/KPTS/102.11/2022 tentang
Pelayanan di Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur;
- KELIMA : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.
Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam
keputusan ini akan diadakan perubahan sebagaimana
mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
pada tanggal 30 Januari 2025



RAHMAN SUKI RACHMAD
Penyusun / IV/a
NIP 19700115200801023

Lampiran I : Keputusan Direktur Rumah Sakit
Mata Masyarakat Jawa Timur
Nomor : 100.3.3/096/KPTS/102.11/2025
Tanggal : 30 Januari 2025
Tentang : Pelayanan di Rumah Sakit Mata
Masyarakat Jawa Timur

PELAYANAN RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT JAWA TIMUR

A. Rumah Sakit adalah Rumah Sakit Mata Masyarakat Jawa Timur;

B. Pelayanan terdiri dari:

1. Pelayanan Medik dan Kerawatan;
2. Pelayanan Penunjang Medik;
3. Pelayanan Pasien.

C. Pelayanan Medik dan Keperawatan

1. Pelayanan Gawat Darurat

- a. Pelayanan gawat darurat dilaksanakan 24 jam;
- b. Seluruh pasien gawat darurat harus terdaftar pada pendaftaran gawat darurat;
- c. Pelayanan gawat darurat melayani kasus gawat darurat umum, gawat darurat mata dan gawat darurat ibu hamil, ibu bersalin dan bayi baru lahir (PONEK);
- d. Seluruh pasien gawat darurat dilakukan triase oleh petugas yang kompeten sebelum mendapat penanganan lebih lanjut

2. Pelayanan Rawat Jalan

- a. Pelayanan rawat jalan reguler dilaksanakan pada jam kerja setiap hari Senin – Jumat sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. Pelayanan rawat jalan reguler mencakup:
 - 1) Klinik Mata Umum
 - 2) Klinik Infeksi dan Imunologi Mata
 - 3) Klinik Rekonstruksi, Okuloplasti dan Onkologi Mata
 - 4) Klinik Katarak dan Bedah Refraktif
 - 5) Klinik Vitreoretina
 - 6) Klinik Glaukoma
 - 7) Klinik Low Vision
 - 8) Klinik Mata Anak dan Strabismus
 - 9) Klinik Penyakit Dalam

- c. Seluruh pasien rawat jalan reguler harus terdaftar pada pendaftaran rawat jalan reguler

3. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif

- a. Pelayanan rawat jalan eksekutif dilaksanakan pada jam kerja setiap hari Senin-Sabtu sesuai ketentuan yang berlaku;
- b. Seluruh pasien rawat jalan eksekutif harus terdaftar pada pendaftaran rawat jalan eksekutif.

4. Pelayanan Rawat Inap

- a. Rumah sakit menyediakan pelayanan rawat inap 24 jam;
- b. Rumah sakit menyediakan pelayanan rawat inap Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) dan Non KRIS;
- c. Pelayanan KRIS setara dengan perawatan kamar kelas 3;
- d. Pelayanan rawat inap Non KRIS terdiri dari:
 - 1) Rawat inap kelas 3;
 - 2) Rawat inap kelas 2;
 - 3) Rawat inap kelas 1;
 - 4) Rawat inap kelas VIP; dan
 - 5) Rawat inap kelas VVIP;
- e. Pasien yang diperkenankan naik kelas adalah:
 - 1) Pasien rawat inap dengan pembayaran tunai;
 - 2) Pasien rawat inap dengan penjamin BPJS Kesehatan: hanya pasien kelas 2 dan kelas 1 (tidak diperkenankan untuk BPJS Kelas 3 baik PBI maupun mandiri);
 - 3) Pasien rawat inap dengan penjamin asuransi sesuai dengan persyaratan masing-masing penjamin.

5. Pelayanan Bedah Sentral

- a. Pelayanan bedah dilaksanakan dalam jam kerja dan dilanjutkan dengan sistem *on call* apabila ada tindakan operasi yang harus dilakukan segera (*cito*);
- b. Seluruh pasien pelayanan bedah wajib melalui pemeriksaan awal (pre-operasi) untuk memastikan kesesuaian indikasi medis;
- c. Tindakan operasi hanya dapat dilakukan setelah pasien mendapatkan informasi yang lengkap dan menandatangani *informed consent*.

6. Pelayanan Lasik

- a. Seluruh pasien lasik harus terdaftar pada pendaftaran lasik;

- b. Setiap pasien lasik wajib melalui proses seleksi dan skrining yang ketat untuk memastikan kesesuaian indikasi medis;
- c. Tindakan lasik hanya dapat dilakukan setelah pasien mendapatkan informasi yang lengkap dan menandatangani *informed consent*;
- d. Pelayanan mencakup pemeriksaan pra-operasi, tindakan operasi lasik, serta pemantauan dan kontrol pascaoperasi;
- e. Pelayanan lasik mencakup:
 - 1) Lasik TransPRK;
 - 2) Lasik Femto;
 - 3) Lasik Relex SMILE;
 - 4) Lasik Presbyond;
 - 5) Lasik Ekstra;
 - 6) Enhancement.

D. Pelayanan Penunjang Medik

1. Pelayanan Rekam Medik

- a. Seluruh pasien baru yang berobat di rumah sakit dicatat dalam registrasi yang terintegrasi pada SIMRS untuk mendapatkan nomor rekam medis;
- b. Seluruh pasien lama yang berobat di rumah sakit wajib membawa kartu berobat untuk menghindari adanya nomor rekam medis ganda. Apabila kartu berobat hilang/tidak dibawa, maka petugas mencari data pasien dengan menggunakan identitas pasien (KTP/SIM/Kartu Keluarga/Paspor) pada SIMRS;
- c. Seluruh pasien di rumah sakit wajib diberikan informasi tentang jenis pelayanan yang ada, perkiraan biaya dan hasil dari pelayanan tersebut;
- d. Setiap petugas rumah sakit wajib menjaga privasi dan kerahasiaan pasien;
- e. Dokumen rekam medis bersifat rahasia (*Confidential*).

2. Pelayanan Penjaminan dan Klaim

- a. Tata laksana pelayanan penjaminan kesehatan meliputi semua kegiatan yang berkaitan dengan klaim rumah sakit;
- b. INA-CBGs adalah model pembayaran yang digunakan oleh BPJS Kesehatan untuk mengganti klaim yang ditagihkan oleh rumah

sakit dengan menggunakan sistem paket berdasarkan penyakit yang diderita pasien;

- c. Tarif non INA-CBGs merupakan tarif di luar paket INA-CBGs untuk beberapa item pelayanan tertentu dengan proses pengajuan klaim dilakukan secara terpisah dari tarif INA-CBGs;
- d. iDRG (Indonesian Diagnosis Related Groups) adalah mekanisme pembayaran tarif layanan ke fasilitas kesehatan guna mewujudkan sistem pembayaran yang adil dan terstandar. iDRG mengelompokkan diagnosis dan tindakan medis berdasarkan tingkat kesamaan penggunaan sumber daya pelayanan;
- e. Rumah sakit menggunakan metode campuran antara INA-CBGs dengan iDRG.

3. Pelayanan Refraksi dan Optik

- a. Pemeriksaan mata dasar meliputi pemeriksaan mata bagian depan, pergerakan bola mata dan pengukuran jarak pupil;
- b. Pemeriksaan penunjang / lanjutan jika ditemukan kelainan saat pemeriksaan klinis atau sesuai dengan instruksi dari dokter mata;
- c. Peresepan kacamata harus melalui konsultasi dengan dokter spesialis mata terlebih dahulu

4. Pelayanan Farmasi dan CSSD

4.1 Farmasi

- a. Pelayanan farmasi hanya dapat melayani resep obat dari internal rumah sakit, apotek rekanan dan rumah sakit rekanan;
- b. Penentuan jenis, penambahan dan penghapusan perbekalan medis yang akan digunakan di rumah sakit dilakukan berdasarkan formularium yang disepakati oleh Komite Farmasi Terapi (KFT) dan mengacu pada formularium nasional
- c. Rumah sakit tidak menyediakan obat radioaktif;
- d. Rumah sakit tidak menyediakan obat untuk penelitian;
- e. Rumah sakit tidak mengolah obat program donasi.

4.2 CSSD

- a. Pendistribusian peralatan dilakukan setiap pagi dan di setiap panggilan operasi akan dimulai;
- b. Pengambilan peralatan kesehatan dilakukan setiap panggilan operan telah selesai dilakukan;

- c. Jika dibutuhkan pengambilan peralatan kesehatan di luar jam kerja atau saat hari libur maka tersedia petugas yang dijadwalkan on call 24 jam

4.3 Laundry

- a. Pengambilan linen kotor dilaksanakan satu kali per hari yaitu pada sore hari;
- b. Pengiriman linen bersih dilakukan dua kali per hari yaitu pada pagi dan sore

5. Pelayanan Laboratorium, Gizi dan Diagnostik Imaging dan Radiologi

5.1 Laboratorium

- a. Pemeriksaan laboratorium yang dapat dilaksanakan adalah hematologi, kimia klinik, imunologi sederhana dan urinalisa;
- b. Parameter yang tidak dapat dikerjakan di laboratorium maka sampel akan dirujuk ke rumah sakit rekanan atau laboratorium rekanan untuk dilakukan pemeriksaan;
- c. Apabila terdapat keraguan mengenai hasil pemeriksaan, maka pemeriksaan harus diulang dengan sampel baru atau dilakukan konfirmasi pemeriksaan ke laboratorium rujukan (luar).

5.2 Gizi

- a. Intervensi gizi yang dimaksud meliputi perencanaan, penyediaan makanan, edukasi dan konseling gizi serta monitoring dan evaluasi gizi;
- b. Ahli gizi memberi edukasi tentang diet pada pasien dan keluarga pasien terkait membawa makanan dari luar agar disesuaikan dengan diet pasien.

5.3 Diagnostik Imaging dan Radiologi

- a. Permintaan pemeriksaan diagnostik dan radiologi harus menyertakan indikasi klinis dan alasan yang rasional agar mendapat interpretasi yang diperlukan;
- b. Setiap alat diagnostik dan radiologi wajib dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi secara rutin untuk mendapat kondisi alat yang optimal dalam pemakaiannya;
- c. Teruntuk pelayanan diagnostik dan radiologi yang belum bisa dilakukan maka pasien akan dirujuk ke fasilitas kesehatan yang sudah bekerja sama.

E. Pelayanan Pasien

1. Setiap instalasi wajib membuat pedoman pelayanan, pedoman pengorganisasian dan program kerja;
2. Seluruh petugas instalasi wajib memiliki izin dan persyaratan sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
3. Seluruh petugas instalasi wajib bekerja sesuai dengan standar profesi, pedoman, panduan dan standar prosedur operasional (SPO) yang berlaku serta sesuai dengan etika profesi dan etika rumah sakit;
4. Rumah sakit menyediakan sarana, prasarana dan peralatan yang memenuhi standar keselamatan dan mutu;
5. Rumah sakit menjamin kerahasiaan data dan informasi medis pasien;
6. Rumah sakit menjamin penerapan prinsip keselamatan pasien termasuk identifikasi pasien, komunikasi efektif, pencegahan infeksi dan pencegahan risiko cedera;
7. Rumah sakit melakukan pemantauan dan evaluasi mutu pelayanan secara berkala serta pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien sesuai dengan kebijakan rumah sakit;
8. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan berbasis digital (pelayanan elektronik);

9. Pengkajian Pasien

9.1 Pengkajian Pasien

- a. Setiap pengkajian awal medis menghasilkan diagnosis medis yang mencakup kondisi utama dan kondisi lainnya yang membutuhkan tata laksana dan pemantauan;
- b. Setiap pengkajian awal keperawatan menghasilkan diagnosis keperawatan untuk menentukan kebutuhan asuhan keperawatan, intervensi atau pemantauan pasien yang spesifik;
- c. Pengkajian awal medis dan keperawatan diselesaikan dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai kondisi pasien dengan bukti pencatatan tanggal dan jam;
- d. Pengkajian awal medis dan keperawatan dilakukan pembaharuan jika interval kunjungan pasien lebih dari 30 hari sejak kunjungan pertama atau ketika pasien akan dilakukan prosedur di rawat jalan;

- e. Pengkajian awal mencakup kebutuhan fungsional termasuk resiko jatuh yang kemudian dikaji dan dilanjutkan di form pengkajian khusus;
- f. Pengkajian ulang dilakukan sebagai respon terhadap perubahan kondisi pasien yang signifikan misalnya melihat perubahan derajat nyeri dengan pengkajian nyeri, melihat perubahan resiko jatuh dengan pengkajian risiko jatuh, untuk menetapkan apakah pemberian obat-obatan berespon atau tidak atau untuk perencanaan pengobatan lanjutan atau pemulangan pasien;
- g. Rumah sakit mengidentifikasi kelompok pasien populasi khusus dan memodifikasi proses pengkajian untuk memenuhi kebutuhan khusus ini. Rumah Sakit melakukan pengkajian individual untuk melayani pasien atau populasi yaitu pada pasien anak-anak, geriatri dan sakit terminal. Kriteria tentang pengkajian tambahan, khusus atau lebih mendalam disusun oleh Kelompok Staf Medis Rumah Sakit. Proses pengkajian dapat dimodifikasi dengan melibatkan keluarga bila perlu sesuai dengan kebutuhan dan kondisi yang dapat diterima oleh budaya dan diperlakukan secara konfidensial.

9.2 Asuhan Pasien Terintegrasi

- a. Proses asuhan pasien dilakukan secara terintegrasi oleh semua Profesional Pemberi Asuhan;
- b. Pelayanan asuhan berpusat pada pasien dengan mengedepankan martabat dan hak pasien, komunikasi efektif dan kolaboratif, koordinasi dan dokumentasi yang akurat;
- c. Pasien dan keluarga diikutsertakan dalam keputusan tentang prioritas kebutuhan yang harus dipenuhi.

9.3 *Discharge Planning*

- a. *Discharge Planning* dilakukan oleh semua Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
- b. Kriteria pasien yang dilakukan *discharge Planning* sejak pengkajian awal adalah sebagai berikut :
 - 1) Lansia umur ≥ 65 tahun;
 - 2) Adanya keterbatasan mobilitas (contoh : pasien stroke)
 - 3) Perlu perawatan atau pengobatan lanjutan (contoh: pasien glaucoma);

- 4) Perlu bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (contoh: harus memakai kursi roda, kruk atau alat bantu lain).

9.4 Skrining Nyeri

- a. Semua pasien rawat jalan dan rawat inap diperiksa apakah mengalami rasa nyeri dan diperiksa mengenai lokasi, frekuensi, kapan dirasakan, berapa lama dan kualitas nyerinya;
- b. Semua pasien yang teridentifikasi nyeri diberikan pelayanan penanggulangan nyeri sesuai dengan kebutuhannya dan jika tidak bisa ditangani dirumah sakit pasien dirujuk ke tempat pelayanan yang lebih lengkap

10. Pelayanan dan Asuhan Pasien

10.1 Pemberian Pelayanan yang Seragam

- a. Pemberi pelayanan yang seragam disepakati oleh pimpinan rumah sakit sesuai undang-undang dan peraturan terkait;
- b. Dalam memberikan asuhan pelayanan pada pasien, PPA harus memiliki kewenangan klinis dari direktur melalui mekanisme kredensial sesuai profesi;
- c. Pelayanan asuhan pasien sesuai dengan prosedur pelayanan kedokteran dan prosedur asuhan keperawatan.

10.2 Pengintegrasian Pelayanan

- a. Rencana pelayanan asuhan pasien dikoordinasikan antar unit pelayanan;
- b. Pelaksanaan pelayanan asuhan pasien diintegrasikan antar unit pelayanan;
- c. Setiap kegiatan tindakan, pemeriksaan penunjang dan pengobatan tertulis dalam catatan terintegrasi dan diverifikasi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP). Pasien dengan rawat bersama maka Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) utama yang akan melakukan verifikasi;
- d. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis;
- e. Seluruh permintaan pemeriksaan penunjang harus disertai dengan indikasi klinis;

10.3 Pelayanan Risiko Tinggi dan Penyediaan Pelayanan Risiko Tinggi

- a. Pelayanan pada pasien berisiko tinggi atau pelayanan berisiko tinggi dibuat berdasarkan populasi yaitu:
 - 1) Pasien anak : ≤ 18 Tahun

2) Pasien dewasa : > 18 - < 60 Tahun

3) Pasien geriatri : $\geq$ 60 Tahun

b. Rumah sakit mengidentifikasi dan memberikan asuhan pada pasien risiko tinggi dan pelayanan risiko tinggi sesuai dengan kemampuan, sumber daya dan sarana prasarana yang dimiliki meliputi:

1) Pasien emergensi;

2) Pasien risiko tinggi lainnya: penyakit jantung, hipertensi, stroke, dan diabetes

3) Pasien dengan risiko bunuh diri;

4) Pelayanan pasien penyakit menular dan potensi KLB;

5) Pelayanan pada pasien yang direstrain;

6) Pelayanan pada populasi pasien rentan, pasien lanjut usia (geriatri), anak-anak, pasien risiko tindakan kekerasan atau ditelantarkan atau gangguan jiwa.

10.4 Pelayanan Geriatri

a. Pelayanan geriatri yang diselenggarakan adalah jenis pelayanan geriatri tingkat sederhana (rawat jalan dan *homecare*);

b. Rumah sakit menetapkan Tim Terpadu Geriatri tingkat sederhana beserta pedoman kerjanya

10.5 Pelayanan Resusitasi

a. Pelayanan resusitasi tersedia dan diberikan selama 24 jam setiap hari di seluruh area rumah sakit

b. Pelayanan resusitasi diberikan oleh tenaga yang terlatih Bantuan Hidup Dasar (BHD)

10.6 Pelayanan Darah

a. Rumah sakit melayani kebutuhan transfusi darah namun tidak memiliki bank darah;

b. Pelayanan darah dan produk darah dilaksanakan sesuai dengan panduan klinis serta prosedur yang ditetapkan rumah sakit

10.7 Makanan dan Terapi Nutrisi

a. Rumah sakit memberikan makanan untuk pasien rawat inap dan terapi nutrisi terintegrasi

10.8 Pengelolaan Nyeri

a. Rumah sakit melakukan skrining rasa sakit dan asesmen bila ada rasa nyeri pada semua pasien rawat inap dan rawat jalan;

- b. Rumah sakit memberi edukasi dan pengobatan atasi nyeri sesuai kebutuhan dan panduan yang berlaku

10.9 Pelayanan Jiwa

- a. Rumah sakit memberikan pelayanan jiwa rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat sesuai tingkat jenis pelayanan

10.10 Pelayanan Pasien Menjelang Akhir Hayat

- a. Pengkajian awal dan pengkajian ulang perlu dilaksanakan secara individual pada pasien yang mendekati kematian dan keluarganya sesuai dengan kondisi pasien;
- b. Semua hasil pengkajian awal dan pengkajian ulang pasien tahap terminal didokumentasikan pada rekam medis/e-rekam medis (ERM) pasien

11. Hak Pasien dan Keluarga

11.1 Hak Pasien dan Keluarga

- a. Rumah sakit melindungi privasi pasien selama dalam perawatan;
- b. Rumah sakit menjamin hak pasien dalam menjalankan ibadah sesuai agama dan kepercayaan pasien;
- c. Rumah sakit melindungi barang pasien ketika tidak dapat melaksanakan tanggung jawabnya;
- d. Rumah sakit memfasilitasi pasien yang menyampaikan keluhan dan saran atas pelayanan yang diberikan;
- e. Rumah sakit mendorong partisipasi keluarga dalam proses asuhan pelayanan;
- f. Rumah sakit menjamin hak pasien mendapatkan informasi diagnosis, tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis serta perkiraan biaya pengobatan;
- g. Rumah sakit menjamin keamanan dan keselamatan pasien;
- h. Pasien atau keluarga wajib memberi persetujuan umum sebelum dilakukan perawatan dan pengobatan di rumah sakit;
- i. Pasien berhak mengajukan permintaan penghentian pengobatan dan tindakan medis.

11.2 *Informed Consent*

- a. *Informed consent* diisikan sebelum dilakukan tindakan medis;
- b. *Informed consent* diisikan sebelum dilakukan penelitian terhadap pasien.

11.3 Penolakan Pelayanan dan Pengobatan

- a. Pasien berhak menolak pengobatan;
- b. Pasien atau keluarga tetap diberikan informasi mengenai konsekuensi dari keputusan penolakan pengobatan dan informasi alternatif pengobatan.

12. Akses dan Kesiambungan Pasien

12.1 *Skrining dan Triase*

- a. Skrining dilakukan pada kontak pertama didalam atau di luar rumah sakit untuk menetapkan apakah kebutuhan pasien dapat dilayani oleh rumah sakit;
- b. Skrining dilakukan oleh petugas terlatih;
- c. Rumah sakit melakukan proses triase pasien berbasis bukti untuk memprioritaskan pasien yang membutuhkan pertolongan segera oleh tenaga staf yang terlatih

12.2 Penundaan dan Kelambatan Pelayanan

- a. Penundaan pelayanan adalah perubahan jadwal pelayanan atau pengobatan yang disebabkan oleh berbagai hal seperti: kondisi pasien, dokter berhalangan, kerusakan alat, masalah administrasi dan lain – lain (bukan berasal dari keinginan pasien);
- b. Kelambatan pelayanan adalah kondisi dimana suatu pelayanan atau tindakan melebihi durasi yang normatif. Kelambatan pelayanan yang dimaksud adalah sifatnya sementara dan pelayanan tetap akan diberikan sesuai kebutuhan

12.3 Penolakan Pelayanan dan Pengobatan

- a. Menolak pengobatan adalah hak pasien;
- b. Keluarga dan atau pasien tetap harus diberi informasi mengenai konsekuensi dan tanggung jawab dari keputusan penolakan pengobatan, serta tersedianya alternatif pelayanan dan pengobatan.

12.4 Admisi

- a. Kebutuhan pasien akan pelayanan preventif, paliatif, kuratif dan rehabilitatif diprioritaskan berdasarkan kondisi pasien pada waktu proses admisi sebagai pasien rawat inap;
- b. Admisi menerima surat permintaan MRS dari instalasi pengirim;

- c. Admisi memberikan penjelasan mengenai isi dan cara pengisian *informed consent*;
- d. Admisi melakukan konfirmasi ketersediaan kelas kamar dan administratif naik kelas.

12.5 Alur Pelayanan Pasien

Alur pelayanan pasien yang diatur meliputi:

- 1) Alur pelayanan secara umum;
- 2) Alur pelayanan bila terjadi lonjakan pengunjung di IGD;
- 3) Alur pelayanan bila terjadi penumpukan pasien di IGD;
- 4) Alur bila observasi sudah lebih 6 jam tapi unit rawat inap penuh;
- 5) Alur bila pemeriksaan penunjang tidak dapat dilakukan.

12.6 *High Care Unit*

- a. *High Care Unit* (HCU) adalah unit perawatan intermediate (kelas II) bagi pasien dengan kondisi kritis namun stabil, yang membutuhkan pemantauan ketat dan intervensi medis lebih intensif dibanding ruang rawat inap biasa, tetapi tidak sampai memerlukan ICU.

12.7 Manajer Pelayanan Pasien (MPP)

- a. Rumah sakit menunjuk MPP untuk menjaga kesinambungan dan koordinasi pelayanan bagi individu pasien melalui komunikasi dan kerjasama dengan PPA dan pimpinan instalasi

12.8 Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

- a. Setiap pasien yang mendapat asuhan medis di rumah sakit baik rawat jalan maupun rawat inap harus memiliki DPJP;
- b. Apabila pasien mendapat asuhan medis lebih dari satu DPJP, maka harus di tunjuk DPJP utama yang berasal dari para DPJP pasien terkait.

12.9 Transfer Pasien

- a. Transfer pasien meliputi didalam rumah sakit dan ke luar rumah sakit (merujuk);
- b. Pasien hanya akan dirujuk ke instasi yang telah bekerja sama dengan rumah sakit.

12.10 Pemulangan Pasien

- a. Rumah sakit menentukan kriteria pasien yang diizinkan untuk keluar meninggalkan rumah sakit dan selama periode waktu tertentu;

- b. Rumah sakit mengelola pasien rawat jalan dan rawat inap yang menolak rencana asuhan medis termasuk keluar rumah sakit atas permintaan sendiri;
- c. Rumah sakit mengatur pasien rawat inap dan rawat jalan yang meninggalkan rumah sakit tanpa pemberitahuan (melarikan diri).

12.11 Ringkasan Pasien Pulang

- a. Rekam medis pasien rawat inap berisi salinan resume pasien pulang yang terisi lengkap;
- b. Ringkasan pasien pulang di buat DPJP sebelum pasien keluar rumah sakit (KRS).

12.12 Profil Ringkas Medis Rawat Jalan

- a. Rumah sakit menetapkan kriteria pasien rawat jalan dengan asuhan yang kompleks yaitu pasien yang teridentifikasi dengan penyakit kronis yang dikelola minimal 3 DPJP.

12.13 Transportasi Pasien

- a. Penggolongan transportasi pasien di rumah sakit yaitu ambulance BLS, ambulance gawat darurat, ambulance transport, ambulance III (jenazah).

13. Program Nasional

13.1 Tuberkulosis (TBC)

- a. Rumah Sakit melaksanakan program penanggulangan tuberkulosis melalui promosi kesehatan, skrining, pola hidup bersih dan sehat (PHBS) dan melibatkan pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit;
- b. Rumah Sakit Menyusun rencana kegiatan penanggulangan tuberkulosis dengan strategi DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse*);
- c. Penanganan kasus tuberkulosis dilaksanakan sesuai tatalaksana/ panduan praktik klinis tuberkulosis dan standar lainnya sesuai peraturan perundang-undangan;
- d. Pelaporan dilakukan di Sistem Informasi Tuberculosis (SITB) setiap ditemukan kasus.

13.2 HIV/AIDS

- a. Rumah Sakit melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku;

- b. Rumah Sakit melaksanakan program penanggulangan HIV/AIDS melalui promosi kesehatan, skrining, Pola Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) dan melibatkan pasien dan keluarga, pengunjung serta staf rumah sakit;
- c. Dalam pelayanan pasien HIV/AIDS di rumah sakit dilakukan proses konseling *pra testing*, konseling *post testing* dan tes HIV sesuai indikasi medis (PITC/ *Provider Initiative Testing and Counseling*);
- d. Dalam pengobatan infeksi pada pasien HIV menggunakan prinsip terapi *Antiretroviral Treatment* (ART).
- e. Pelaporan SIHA dilakukan setiap kasus yang ditemukan

13.3 PONEK

- a. Rumah sakit hanya dapat menangani kasus PONEK dengan melakukan rujukan pasien.

13.4 *Stunting* dan *Wasting*

- a. Intervensi gizi meliputi secara spesifik (mengatasi penyebab kekurangan gizi) dan secara *sensitive* (mengatasi penyebab tidak langsung).

13.5 Pelayanan Keluarga Berencana Rumah Sakit

- a. Rumah sakit hanya dapat memberikan edukasi sederhana terkait keluarga berencana kepada pasien;
- b. Jika ditemukan kasus mengenai hal keluarga berencana maka rumah sakit akan melakukan rujukan pasien.

13.6 Pengendalian Resistensi Anti Mikroba

- a. Kebijakan penggunaan *antibiotic* di rumah sakit mengatur penggunaan *antibiotic* sesuai dengan kompetensi dokter;
- b. Kebijakan pemberian *antibiotic* terapi meliputi *antibiotic* empiris dan *antibiotic* definitif;
- c. Kebijakan khusus terkait penggunaan *antibiotic* mencakup pengobatan awal, prinsip pemilihan *antibiotic*, pengendalian lama pemberian dan pelayanan laboratorium mikrobiologi;
- d. Pencegahan penyebaran mikroba resisten di rumah sakit dilakukan melalui upaya pencegahan pengendalian infeksi.



DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA MASYARAKAT
JAWA TIMUR

dr. EKA BASUKI RACHMAD

Surabaya, 14/11/2023

NIP. 19700115200801023