



# PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH

## RUMAH SAKITJIWA DAERAH SURAKARTA

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

PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH  
NOMOR : 188 / 008.9 / 01 / 2018

TENTANG  
KEBIJAKAN INSTALASI  
PADA RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH

### DIREKTUR RUMAH SAKIT JiWA DAERAH SURAKARTA PROVINSI JAWA TENGAH

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta diperlukan regulasi dalam bentuk Kebijakan yang mengatur pada tataran strategis dan/atau berskala makro yang bersifat mengikat;
- b. bahwa Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta di Instalasi diatur dengan Kebijakan Instalasi;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan penyesuaian ketentuan regulasi yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta maka Peraturan Direktur tentang Kebijakan Instalasi yang ada perlu ditinjau kembali.
- Mengingat : 1. Undang–Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-Undangan;
4. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 2014 tentang Aparatur Sipil Negara;
5. Undang-Undang Nomor 18 Tahun 2014 tentang Kesehatan Jiwa;
6. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum;
8. Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai;
9. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah;

10. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Tengah Nomor 8 Tahun 2008 tentang Organisasi Dan Tatakerja Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah;
11. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Badan Layanan Umum Daerah;
12. Gubernur Jawa Tengah Nomor 97 Tahun 2008 tentang Penjabaran Tugas Pokok, Fungsi dan Tata Kerja Rumah Sakit Jiwa Daerah dr. Amino Gondohutomo Semarang dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta;
13. Peraturan Gubernur Jawa Tengah Nomor 39 Tahun 2014 tentang Peraturan Internal Rumah Sakit ( Hospital By Laws ) Pada Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta;
14. Keputusan Gubernur Jawa Tengah Nomor : 821.2/086/2015 tanggal 30 Januari 2015 tentang Pengangkatan / Penunjukan Dalam Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama di Lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Tengah;

### **MEMUTUSKAN:**

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

### **BAB I**

### **KETENTUAN UMUM**

#### **Pasal 1**

1. Daerah adalah Provinsi Jawa Tengah.
2. Pemerintah Daerah adalah Gubernur dan perangkat daerah sebagai unsur penyelenggaraan pemerintahan daerah.
3. Gubernur adalah Gubernur Jawa Tengah.
4. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang selanjutnya disebut RSJD Surakarta adalah Rumah Sakit Jiwa Daerah Klas A Khusus milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah.
5. Direktur adalah Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Provinsi Jawa Tengah.
6. Jabatan Struktural adalah jabatan yang secara nyata dan tegas diatur dalam lini organisasi yang terdiri atas Direktur, Wakil Direktur Administrasi, Wakil Direktur Pelayanan Medis, Kepala Bagian, Kepala Bidang, Kepala Sub Bagian dan Kepala Seksi.

7. Jabatan Fungsional Khusus yang selanjutnya disebut JFK adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggungjawab, wewenang dan hak seseorang Pegawai Negeri Sipil dalam satuan organisasi yang dalam pelaksanaan tugasnya didasarkan pada keahlian dan/atau ketrampilan tertentu serta bersifat mandiri.
8. Jabatan Fungsional Umum yang selanjutnya disebut JFU adalah jabatan fungsional yang untuk pengangkatan ke dalam jabatan dan kenaikan pangkatnya tidak disyaratkan dengan angka kredit;
9. Instalasi adalah lembaga internal yang merupakan wadah bagi kelompok Jabatan Fungsional dan/atau Unit Pelaksana Teknis yang dipimpin oleh seorang Kepala Instalasi;
10. Kebijakan adalah regulasi internal yang bersifat strategis, berskala makro dan mengikat.
11. Kebijakan Instalasi adalah regulasi internal yang bersifat strategis berskala makro dan mengikat di Unit Pelayanan (Instalasi) yang ada di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta;
12. Unit Pelayanan adalah unit yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan yaitu rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, radiologi, laboratorium, rehabilitasi , fisioterapi, gigi dan mulut, tumbuh kembang anak, GMO dan Napza, psikogeriatri, psikologi dan pelayanan penunjang lainnya.

## **BAB II**

### **RUANG LINGKUP**

#### Pasal 2

Ruang lingkup Peraturan Direktur tentang Kebijakan Instalasi ini meliputi :

- a. Instalasi Rawat Jalan;
- b. Instalasi Rawat Inap;
- c. Instalasi Gawat Darurat;
- d. Instalasi NAPZA;
- e. Instalasi Psikogeriatri;
- f. Instalasi Psikologi;
- g. Instalasi Rehabilitasi Psikososial;
- h. Instalasi Gigi dan Mulut;
- i. Instalasi Rehabilitasi Medik;
- j. Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat;
- k. Instalasi Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja;

- l. Instalasi Rekam Medis;
- m. Instalasi Farmasi;
- n. Instalasi Laboratorium;
- o. Instalasi Elektromedik;
- p. Instalasi Radiologi;
- q. Instalasi Hemodialisa;
- r. Instalasi Sanitasi;
- s. Instalasi Gizi;
- t. Instalasi Laundry;
- u. Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit;
- v. Instalasi Humas Dan Pemasaran;
- w. Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit;

### Pasal 3

Kebijakan Instalasi Rawat Jalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf a, mengatur :

1. Jam Pelayanan Instalasi Psikologi sesuai jam kerja
2. Setiap pasien yang datang ke Instalasi Rawat Jalan harus dibuatkan Catatan Medis Rawat Jalan dan hasil semua asesmen didokumentasikan.
3. Setiap keluarga wajib membawa pasien saat melakukan pemeriksaan atau mengobati di Instalasi Rawat Jalan kecuali keadaan tertentu yang disetujui oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan.
4. Pelayanan di Rawat Jalan dilakukan oleh dokter/dokter spesialis sesuai jadwal pelayanan.
5. Setiap pemeriksaan penunjang di Instalasi Rawat Jalan harus berdasarkan atas permintaan dokter.
6. Tindakan medis di Rawat Jalan dilakukan oleh dokter/dokter spesialis sesuai kompetensinya.
7. Pelayanan Institusi Penerima Wajib Lapor dilaksanakan pada jam kerja Rawat Jalan.
8. Pelayanan rehabilitasi rawat jalan pasien NAPZA dilakukan di Instalasi Rawat Jalan.

### Pasal 4

Kebijakan Instalasi Rawat Inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf b , mengatur :

1. Instalasi Rawat Inap melayani pasien mulai usia 12 tahun.
2. Semua pelayanan dan fasilitas yang ada di instalasi rawat inap harus memenuhi standar dan aturan yang berlaku.

3. Petugas wajib menjamin bahwa alat, perkakas, dan semua bahan habis pakai di semua ruang rawat inap tersedia dan terjaga kualitasnya.
4. Semua petugas wajib memiliki izin sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
5. Pelayanan rawat inap dilaksanakan dalam 24 jam, terintegrasi, dan berkelanjutan.
6. Setiap petugas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, etika profesi, dan standar prosedur operasional yang berlaku.
7. Semua petugas wajib memenuhi hak pasien dan keluarganya sesuai peraturan yang berlaku.
8. Semua petugas wajib mengidentifikasi dan menghormati nilai-nilai pasien dan keluarganya.
9. Petugas wajib menjaga privasi pasien.
10. Petugas wajib mengidentifikasi dan melindungi pasien yang beresiko.
11. Dalam melaksanakan tugasnya setiap petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja).
12. Untuk mempertahankan dan meningkatkan kompetensi, setiap petugas wajib mengikuti pelatihan yang diselenggarakan.
13. Koordinasi, evaluasi, dan laporan wajib dilaksanakan minimal satu bulan sekali.
14. Ruang kelas I dan ruang VIP wajib memberikan pelayanan paripurna.
15. Pasien, keluarga, penunggu, dan pengunjung harus mematuhi tata tertib yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
16. Semua pasien rawat inap dan / atau keluarganya harus mendapatkan assessmen informasi mengenai persetujuan umum, tata tertib instalasi rawat inap, hak dan kewajiban pasien, dan tindakan kedokteran.
17. Pasien diputuskan rawat inap oleh dokter jika setelah dievaluasi didapatkan adanya indikasi dan kebutuhannya dapat dipenuhi oleh sumber daya yang di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
18. Pasien yang telah mendapatkan persetujuan dokter untuk dirawat inapkan harus menyelesaikan administrasi pendaftaran terlebih dulu dan menandatangani lembar pernyataan menyetujui peraturan rumah sakit, sebelum dimasukkan keruang rawat inap.
19. Pengiriman pasien yang akan dirawat inap diantar oleh petugas rawat jalan atau petugas IGD ke ruangan.

20. Mobilisasi pasien di lingkungan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta harus didampingi petugas.
21. Setiap pasien rawat inap harus mempunyai identitas yang sama dan sesuai dengan identitas diri pada rekam medis pasien.
22. Setiap pasien rawat inap harus memiliki DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan), yang memberikan asuhan medis pada pasien sejak hari pertama dirawat hingga keluar dari RS.
23. Semua pelayanan atau tindakan terhadap pasien dan hasil pemeriksaan pasien harus didokumentasikan dalam rekam medis.
24. Pasien dirujuk jika kebutuhan asuhannya tidak dapat dipenuhi oleh fasilitas dan sumber daya di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta ke rumah sakit lain yang mampu memenuhi kebutuhan asuhan pasien.
25. Pasien pulang, jika sudah mendapatkan persetujuan dari DPJP, namun pasien tetap berhak pulang atas kemauan sendiri jika memiliki alasan tertentu.
26. Setiap pasien yang akan meninggalkan Instalasi Rawat Inap harus memenuhi kewajiban administrasinya.

#### Pasal 5

Kebijakan Instalasi Gawat Darurat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf c , mengatur :

1. IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta melayani pasien psikiatrik dan non-psikiatrik terbatas ( sesuai kemampuan ).
2. Setiap pasien yang datang berobat ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) harus mendaftar ke bagian admisi gawat darurat.
3. IGD melayani pasien pesertadengan penjamin yang bekerja sama dengan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dan Mandiri/umum.
4. Penanganan pasien tidak akut dan tidak gawat yang datang ke IGD di luar jam kerja tetap diberikan pelayanan sesuai dengan kondisinya.
5. Petugas IGD meliputi dokter jaga, perawat, tenaga farmasi, tenaga admisi dan kasir onsite 24 jam.
6. Pengamanan di IGD dilakukan 24 jam dengandibantu satpam jaga.
7. Setiap pasien yang datang ke IGD dilakukan triage untuk mendapatkan pelayanan yang tepat dan sesuai dengan kondisi pasien.

8. Tindakan triase dan skrining pasien dilakukan Dokter jaga IGD dengan dibantu perawat.
9. Petugas IGD melakukan tindakan kegawatdaruratan sesuai yang diperlukan.
10. Skrining di IGD meliputi skrining psikiatrik dan non psikiatrik.
11. Dokter jaga IGD melakukan tindakan setelah konsultasi ke DPJP.
12. Dokter Jaga IGD bertanggung jawab penanganan kondisi emergensi yang mengancam nyawa, tindakan selanjutnya setelah keadaan stabil Dokter jaga IGD konsultasi ke DPJP.
13. Resusitasi di IGD Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta terbatas pada resusitasi non-invasif.
14. Dokter IGD bertindak sebagai leader code blue saat diperlukan.
15. Perawat IGD bertindak sebagai tim code blue.
16. Rujukan pasien keluar didampingi petugas sesuai kriteria.
17. Obat-obatan emergensi harus selalu tersedia di IGD dalam pantauan petugas farmasi.
18. Petugas IGD melakukan koordinasi pelayanan penjemputan pasien dengan unit-unit terkait.
19. Dokter umum yang bertugas di IGD harus memiliki minimal salah satu sertifikat: PPGD/ACLS/BLS/GELS dan pelatihan kegawatdaruratan psikiatri yang masih berlaku.
20. Setiap perawat IGD harus memiliki sertifikat BTCL yang masih berlaku dan pelatihan kegawatdaruratan psikiatri.

#### Pasal 6

Kebijakan Instalasi NAPZA sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf d, mengatur:

1. Ruang Samba merawat pasien penyalahgunaan NAPZA baik Dual Diagnosa maupun murni kasus NAPZA untuk rawat inap.
2. Instalasi NAPZA menerima pasien Umum, BPJS, PKMS, Jamkesda dan Rehabilitasi Medis Sosial, Putusan Pengadilan, Penyidikan dan IPWL Rawat Inap.
3. Pelayanan rawat inap NAPZA dilaksanakan dalam 24 jam, terintegrasi dan berkelanjutan.
4. Ruang perawatan terdiri dari kelas I dan kelas III.
5. Pasien rehabilitasi medis putusan pengadilan dan penyidikan apabila menghendaki kelas I maka biaya sendiri, bila kelas III bebas biaya.
6. Pelayanan pasien diampu oleh semua DPJP psikiater.

7. Pelayanan bangsal Samba meliputi perawatan Detoksifikasi dan Rehabilitasi medis ketergantungan NAPZA.
8. Pelayanan pasien unit NAPZA dilakukan secara terintegrasi dengan unit lain.
9. Pasien dual diagnosis apabila ada komorbiditas penyakit fisik dapat dikonsulkan bagian lain dan bila perlu dipindahkan ke bangsal perawatan fisik atau dirujuk.
10. Pasien murni NAPZA apabila terdapat komorbiditas penyakit fisik dapat dikonsulkan bagian lain dan bila perlu observasi UGD, tetapi pasien masih mendapat perawatan di bangsal Samba. Bila perlu dirujuk.
11. Pasien murni NAPZA dan dual diagnosa dilakukan assesment NAPZA.
12. Pasien putusan pengadilan dapat menjalani rawat jalan sesuai prosedur.
13. Setiap pengunjung pasien NAPZA harus diperiksa badan dan barang bawaan oleh petugas.
14. Setiap pasien Napza harus diperiksa badan dan barang bawaan oleh petugas.
15. Pasien Rehabilitasi Napza tidak boleh ditunggu keluarga.

#### Pasal 7

Kebijakan Instalasi Psikogeriatri sebagaimana diatur dalam Pasal 2 huruf e, mengatur:

1. Pelayanan rawat inap Instalasi Psikogeriatri dilaksanakan dalam 24 jam, terintegrasi dan berkelanjutan, sedangkan pelayanan rehabilitasi Psikogeriatri dilaksanakan sesuai jam kerja.
2. Pelayanan Instalasi Psikogeriatri meliputi pelayanan rawat inap dan rehabilitasi psikogeriatri untuk usia  $\geq 60$  tahun.
3. Instalasi rawat inap psikogeriatri membuat peraturan tata tertib tentang pasien, keluarga pasien, penunggu dan pengunjung sama dengan peraturan tata tertib dari instalasi rawat inap Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan beberapa aturan khusus.
4. Semua pasien dan / atau keluarganya mendapatkan assesmen informasi mengenai persetujuan umum, tata tertib instalasi Psikogeriatri, hak dan kewajiban pasien dan tindakan kedokteran.
5. Pasien diputuskan menjalani rawat inap atau mendapatkan rehabilitasi Psikogeriatri oleh dokter jika setelah dievaluasi didapatkan adanya indikasi medis dan kebutuhannya dapat dipenuhi oleh sumber daya yang tersedia di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.



6. Setiap pasien rawat inap memiliki DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan), yang memberikan asuhan medis pada pasien sejak hari pertama dirawat hingga pulang.
7. Semua pelayanan atau tindakan terhadap pasien dan hasil pemeriksaan pasien harus didokumentasikan dalam rekam medis.
8. Pasien pulang harus sudah mendapatkan persetujuan dari DPJP, namun pasientetap berhak pulang atas permintaan sendiri.

#### Pasal 8

Kebijakan Instalasi Psikologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf f, mengatur:

1. Jam Pelayanan Instalasi Psikologi sesuai jam kerja.
2. Pelayanan di Instalasi Psikologi merupakan pelayanan yang dapat di akses langsung oleh pasien maupun atas kiriman dokter.
3. Pelayanan Psikologi di RS Jiwa Daerah Surakarta meliputi :
  - a. Pemeriksaan Psikologi, yang terdiri dari: Observasi, Psikotes / psikometri dan wawancara.
  - b. Konsultasi
  - c. Terapi
  - d. Training
  - e. Ceramah / Penyuluhan
  - f. Pelayanan Lintas unit kerja
  - g. Pelayanan Psikologi Mobile
4. Instalasi Psikologi melayani pasien rawat jalan dan rawat inap.
5. Psikometri yang dilakukan terhadap pasien Rawat Inap adalah atas permintaan dokter Penanggung Jawab Pasien.
6. Dalam pelaksanaan psikometri, psikolog dapat dibantu oleh Asisten Psikolog / tester yang telah dilatih untuk memberikan instruksi dan mengoreksi hasil tes.
7. Terapi psikologi dilakukan oleh psikolog.
8. Analisis hasil tes psikologi dan laporan hasil pemeriksaan psikologi dibuat oleh Psikolog.
9. Training, ceramah / penyuluhan dilakukan oleh psikolog.
10. Pelayanan psikologi mobile dilaksanakan oleh psikolog dibantu asisten psikolog / tester.

## Pasal 9

Kebijakan Instalasi Rehabilitasi Psikososial sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf g, mengatur:

1. Instalasi Rehabilitasi Psikososial memberikan pelayanan kepada pasien psikiatri rawat inap dan atau rawat jalan sesuai dengan rujukan dokter.
2. Pengiriman pasien rawat inap baru disertai dengan foto dan RM.122 ditandatangani DPJP, jika tidak lengkap akan dikembalikan kebangsal.
3. Pasien rawat inap yang mengikuti kegiatan Rehabilitasi psikososial menggunakan seragam rumah sakit.
4. Pemeriksaan pasien baru dilakukan oleh petugas fungsional di instalasi Rehabilitasi Psikososial (Okupasi Terapis, Pekerja Sosial).
5. Pemeriksaan pasien baru dilakukan untuk menentukan apakah pasien tersebut mampu mengikuti kegiatan di Instalasi Rehabilitasi Psikososial atau tidak.
6. Pasien yang belum mampu mengikuti kegiatan berdasarkan hasil pemeriksaan di kembalikan keruang rawat inap.
7. Pelayanan kegiatan rehabilitasi Psikososial pasien rawat inap pagi di mulai pukul 08.30-11.00 WIB, Siang pukul 13.00-Selesai.
8. Pelayanan Pasien Rehabilitasi Psikososial rawat jalan di mulai pukul 08.30-selesai.
9. Pelaksanaan pelayanan pasien rawat inap meliputi :
  - a. Terapi Okupasi :
    - 1) Terapi aktivitas kelompok sosial
    - 2) Terapi Kelompok pemecahan masalah
    - 3) Terapi kelompok relaksasi
    - 4) Terapi kelompok asertif
    - 5) Terapi kelompok ekspresi
    - 6) Terapi kelompok manajemen stress
  - b. Terapi Modalitas (terapi music, ADL, terapi olahraga, pertanian, Prevokasional, play terapi)
  - c. Terapi Agama
  - d. Terapirekreasi
  - e. Terapi family gathering
  - f. Psikoterapi
  - g. Terapi pre-vokasional
10. Pelaksanaan Pelayanan Pasien Rawat Jalan (Day Care) adalah :
  - a. Terapi Psiko edukasi
  - b. Terapi manajemen kasus

- c. Terapi latihan ketrampilan sosial
  - d. Terapi vokasional
  - e. Terapi okupasi
  - f. Terapi dukungan hidup
  - g. Terapi agama
  - h. Terapi Rehabilitasi Kognitif
  - i. Terapi Aktivitas Kelompok
11. Pasien mengikuti kegiatan sesuai dengan jenis kegiatan yang telah ditentukan saat pemeriksaan.
  12. Petugas Fungsional Okupasi terapis dan Pekerja Sosial berwenang melakukan pemeriksaan menentukan perencanaan terapi dan melakukan evaluasi.
  13. Instruktur kegiatan bertanggung jawab terhadap kegiatan dan evaluasi kegiatan harian terhadap pasien yang dibimbing.
  14. Pasien rawat inap dikembalikan keruangan setelah selesai mengikuti kegiatan atau mengganggu kegiatan oleh petugas rehabilitasi.
  15. Setelah pasien pulang dari rawat inap, proses rehabilitasi psikososial di harapkan masih di lanjutkan ke program rehabilitasi psikososial rawat jalan (Day Care).
  16. Kegiatan kunjungan rumah (Home Visite) di lakukan dengan cara berkoordinasi dengan bagian keswamas, Rawat inap dewasa, tumbuh kembang anak dan ruang psikiatri untuk menentukan pasien yang akan di lakukan kunjungan rumah.
  17. Kegiatan Home visit di lakukan terhadap pasien Anak dan remaja, Psikiatri Dewasa dan Geriatri.
  18. Kegiatan rehabilitasi dilakukan terpisah antara pasien putra dan putrid kecuali untuk kegiatan olah raga, terapi musik dan rekreasi.
  19. Kegiatan Terapi kerohanian di lakukan dengan menyertakan lembar permintaan pelayanan kerohanian (RM.03.RI.05) ditandatangani pemohon/ pasien dan DPJP.
  20. Kegiatan terapi kerohanian dilakukan berkelompok sesuai dengan agama dan keyakinan masing-masing.
  21. Kegiatan terapi kerohanian secara individu dilakukan di ruang rehabilitasi atau di ruang rawat inap sesuai dengan permintaan pelayanan.

## Pasal 10

Kebijakan Instalasi Gigi dan Mulut sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf h, mengatur:

1. Pelaksanaan pekerjaan Instalasi Gigi Dan Mulut meliputi :
  - a. Melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bersifat promotif melalui penyuluhan kepada pasien di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta.
  - b. Melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bersifat Preventif melalui kegiatan pembersihan karang gigi (Scalling) kepada pasien di Rumah Sakit jiwa Daerah Surakarta.
  - c. Melaksanakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang bersifat Kuratif kepada pasien di Rumah Sakit jiwa Daerah Surakarta, yang terdiri dari :
    - 1) Premedikasi
      - Pengobatan darurat (pemberian resep)
    - 2) Konservasi
      - Perawatan Syaraf / Perawatan Saluran Akar
      - Penambalan dengan Glass Ionomer
      - Penambalan dengan Ligth Curring
    - 3) Exodontia
      - Pencabutan Gigi Tetap
      - Pencabutan Gigi Sulung
2. Setiap Tindakan Exodontia dipastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat sisi dengan penandaan / site marking
3. Pelayanan di Instalasi Gigi Dan Mulut hanya pada jam kerja.
4. Pelayanan pemeriksaan gigi pasien rawat inap bisa dilakukan di ruang rawat inap.
5. Semua Pasien Sub.Acute dilakukan skrining atau pemeriksaan Gigi dan mulut.

## Pasal 11

Kebijakan Instalasi Rehabilitasi Medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf i, mengatur:

1. Instalasi Rehabilitasi Medik dapat memberikan pelayanan berupa pelayanan dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, pelayanan Fisioterapi, pelayanan Okupasi terapi dan pelayanan Terapi wicara
2. Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik dapat diberikan kepada pasien rawat jalan dan rawat inap dengan rujukan dari dokter dan tenaga medis lainnya maupun akses/ permintaan langsung oleh pasien.

3. Jam pelayanan di Instalasi rehabilitasi medik sesuai jam kerja rawat jalan.
4. Pelaksanaan pelayanan rawat jalan fisioterapi dilaksanakan di ruang fisioterapi
5. Pelayanan rawat jalan Okupasi terapi dan terapi wicara untuk anak dilaksanakan di ruang Narayana
6. Pelaksanaan pelayanan rawat inap fisioterapi dilaksanakan di ruang fisioterapi apabila memerlukan peralatan / modalitas yang ada di ruang fisioterapi.
7. Pelaksanaan pelayanan rawat inap okupasi terapi dan terapi wicara untuk anak dilaksanakan di ruang narayana apabila memerlukan peralatan / modalitas yang ada di ruang Narayana.
8. Pelaksanaan pelayanan rawat inap fisioterapi, terapi okupasi dan terapi wicara dilaksanakan di ruang perawatan pasien (rawat inap) apabila pasien tidak dapat dibawa keluar ruang perawatan dan hanya memerlukan tarepi manual.
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik diselenggarakan sesuai dengan alur dan prosedur pelayanan yang ditetapkan
10. Petugas Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan kompetensi.
11. Pelayanan instalasi Rehabilitasi Medik meliputi pelayanan kasus Geriatri, Pediatri, Maskuloskeletal, Neuromuskular, kardiorespirasi, intervensi nyeri, prosedur diagnostik, dan Aktifitas Fungsional dan Relaksasi.
12. Dokumentasi pasien di Instalasi Rehabilitasi medik dalam bentuk asesmen medik Rehabilitasi medik, asesmen keperawatan, dan asesmen atau formulir layanan terapi oleh bagian fisioterapi, okupasi terapi dan terapi wicara.
13. Pelayanan harus berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien

#### Pasal 12

Kebijakan Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf j, mengatur:

1. Instalasi Kesehatan Jiwa Masyarakat (Keswamas) mengelola kegiatan pelayanan kesehatan jiwa berbasis masyarakat.
2. Instalasi keswamas mengkoordinasikan kegiatan lintas sektor untuk pelayanan kesehatan jiwa pasien gelandangan/terlantar .
  - a. Gelandangan/orang terlantar mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa rawat inap maupun rawat jalan.
  - b. Penanggungjawab gelandangan/orang terlantar pada saat membutuhkan pelayanan kesehatan jiwa di RSJD Surakarta adalah pihak Dinas Sosial.

3. Pelayanan pendampingan korban kekerasan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO) pendampingan korban kekerasan.
4. Penanganan penderita gangguan jiwa korban pasung bekerjasama dengan Dinas Terkait di wilayah setempat.
5. Kegiatan Integrasi usaha kesehatan jiwa dilaksanakan dengan pihak-pihak yang telah melakukan kerjasama dengan RSJD Surakarta.
6. Petugas medis dalam kegiatan integrasi usaha kesehatan jiwa adalah dokter umum, perawat dan petugas administrasi dari Instalasi Keswamas.
7. Pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan, integrasi dan kerjasama dalam kesehatan jiwa melibatkan berbagai profesi di rumah sakit dengan penunjukan oleh atasan langsung masing-masing.
8. Pelayanan Instalasi Keswamas harus selalu berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien.

### Pasal 13

Kebijakan Instalasi Kesehatan Jiwa Anak Dan Remaja sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf k, mengatur:

1. Pelayanan Rawat Jalan Instalasi Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja dilaksanakan di Klinik Narayana.
2. Pelayanan / tindakan di Instalasi Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja mengutamakan standar mutu dan keselamatan pasien
3. Klinik Narayana melayani pasien sampai dengan usia 18 tahun.
4. Pelayanan Klinik Narayana dilaksanakan pada jam kerja rawat jalan.
5. Pelayanan meliputi : kasus psikiatri anak, kasus medis umum komorbiditas gangguan psikiatri, skrining tumbuh kembang anak, psikoterapi, terapi okupasi, terapi wicara, terapi pedagoge (remedial terapi), asuhan keperawatan, biofeedback dan neurofeedback.
6. Semua pasien harus diperiksa psikiater sebelum dilakukan tindakan dan atau pemeriksaan lebih lanjut.
7. Semua pasien yang memerlukan okupasi terapi dan terapi wicara harus dilakukan assesment dan follow up oleh dokter spesialis kedokteran fisik dan rehabilitasi.
8. Petugas Pemberi Asuhan (PPA) sesuai dengan kompetensi.
9. Pelayanan Rawat Inap Instalasi Kesehatan Jiwa Anak dan Remaja dilaksanakan di Ruang Perawatan Instalasi Rawat Inap.
10. Pelayanan Rawat Inap Anak dan Remaja dikhususkan bagi usia diatas 12 tahun.

#### Pasal 14

Kebijakan Instalasi Rekam Medis sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf l, mengatur:

1. Pelayanan Instalasi Rekam Medis dilaksanakan dalam 24 jam
2. Rekam medis di Poli Rawat Jalan Psikiatri dan Poli Rawat Non Psikiatri menggunakan *E-MR* (elektronik medical record) serta *E-Resep* (elektronik resep).
3. Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas (bisa dibaca minimal oleh 3 orang) atau secara elektronik.
4. Setiap pasien Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta memiliki satu nomor rekam medis yang digunakan untuk selamanya (*Unit Numbering System*).
5. Setiap pasien yang masuk ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta didata melalui registrasi/admisi.
6. Identitas pasien sesuai dengan KTP/KK/SIM/PASPOR yang masih berlaku.
7. Pasien yang mempunyai 2 nomor rekam medis atau lebih, maka dokumen rekam medisnya digabung menjadi satu dengan menggunakan nomor yang pertama kali datang.
8. Penyimpanan dokumen rekam medis pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap disimpan dalam satu tempat (sentralisasi).
9. Penjajaran dokumen rekam medis menggunakan sistem angka akhir atau *Terminal Digit Filling* (TDF).
10. Tenaga kesehatan yang mempunyai akses terhadap dokumen rekam medis pasien adalah DPJP, Dokter Gigi, Dokter Umum, Case Manager, Perawat, Nutrisionist, Apoteker, Radiografer, Psikolog, Terapis Wicara, Okupasi Terapis, Petugas Laboratorium, Fisioterapis, Petugas Rekam Medis, Petugas penatalaksanaan Klaim BPJS dan Kepala Ruang, Panitia Rekam Medis, Sub Komite Mutu Medis, Komite Keperawatan.
11. Penulisan Kode diagnosis, kode tindakan/prosedur, standarisasi definisi, standarisasi simbol dan standarisasi singkatan yang boleh digunakan dan yang tidak boleh digunakan harus sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, khusus untuk simbol ditulis/digambar pada halaman depan dokumen rekam medis
12. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Untuk pengkodean penyakit menggunakan ICD 10 dan pengkodean tindakan medis menggunakan ICD 9 CM.

13. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) diwajibkan menulis seluruh asuhan pelayanan pada lembar/formulir rekam medis yang sudah ditentukan dan dilengkapi dengan tanda tangan/paraf, nama serta waktu (jam dan tanggal), apabila dalam penulisan pada formulir rekam medis masih tersisa ruang kosong, maka harus diberi tanda garis zig-zag, agar ruang kosong tersebut tidak diisi atau dipergunakan orang yang tidak bertanggungjawab.
14. Kesalahan penulisan di dokumen rekam medis dikoreksi dengan mencoret bagian yang salah, namun tetap terbaca dan diberikan paraf di atasnya oleh yang memberi koreksi dan tidak boleh menggunakan tip-ex.
15. Seluruh hasil pemeriksaan pelayanan penunjang wajib ditempelkan pada dokumen rekam medis.
16. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta membuat asesmen ulang yang dibuat oleh Dokter Penanggung Jawab Pemberi Pelayanan (DPJP), perawat dan Profesional Pemberi Asuhan (PPA) lainnya.
17. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dalam penyelesaian asesmen awal rawat jalan memerlukan waktu 30 menit.
18. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dalam penyelesaian asesmen awal gawat darurat memerlukan waktu 60 menit.
19. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis, serta keamanan dokumen rekam medis setiap saat dipergunakan untuk kepentingan pelayanan pasien, atau menjadi tanggung-jawab pengguna atau peminjam yang diberi ijin menggunakan pada saat dan tempat yang ditetapkan sesuai prosedur yang berlaku.
20. Kepala Ruang bertanggung jawab terhadap kelengkapan dokumen rekam medis.
21. Setiap pasien rawat inap yang pulang dibuatkan Ringkasan Perawatan Pasien (Resume Medis).
22. Setelah pasien pulang, dokumen rekam medis dikembalikan ke Instalasi Rekam Medis secara lengkap dan kembali dalam waktu 2x24 jam. Apabila belum lengkap, wajib dilengkapi oleh profesi tenaga kesehatan yang bersangkutan dalam waktu 1 X 24 jam setelah dokumen diterima oleh tenaga kesehatan yang bersangkutan.
23. Dokumen rekam medis yang tebalnya melebihi 5 cm harus dikurangi dan dijadikan beberapa volume.



24. Untuk membawa dokumen rekam medis dilingkungan Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta wajib menggunakan tas penyimpanan dokumen rekam medis.
25. Ruangan penyimpanan dokumen rekam medis selalu sejuk atau menggunakan AC (Air Condition) dengan suhu udara di ruangan penyimpanan dokumen rekam medis berkisar antara 18-28<sup>0</sup> C sedangkan kelembaban 50%-65%.
26. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta menyimpan dokumen rekam medis dengan lengkap, rapi, terjamin keamanan serta kerahasiaan dan privasinya. Dan tempat penyimpanan dokumen rekam medis tahan api/panas, terhindar dari binatang pengerat, serangga serta dilengkapi dengan menggunakan kunci pintu *finger print* dan CCTV.
27. Keamanan dokumen rekam medis menjadi tanggung jawab perawat/dokter pelayanan kesehatan setiap saat dipergunakan untuk kepentingan pelayanan pasien, atau menjadi tanggung jawab pengguna atau peminjam yang diberi izin menggunakan pada saat dan tempat yang ditetapkan sesuai prosedur yang berlaku.
28. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta melakukan penyimpanan dokumen rekam medis aktif di dalam tempat penyimpanan 20 tahun setelah kunjungan terakhir.
29. Setelah masa retensi terlampaui, dokumen rekam medis dimusnahkan dengan cara dibubur, kecuali ringkasan pulang dan persetujuan tindakan medik.
30. Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta mengatur privasi dan menjaga kerahasiaan serta mencegah akses dokumen rekam medis beserta informasi dari kehilangan, kerusakan, gangguan penggunaan yang tidak sah baik berbentuk kertas dan atau elektronik tanpa izin. Dan Apabila Pasien yang memerlukan data rekam medis harus mengajukan surat secara tertulis kepada Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta dengan disertai alasan permintaan dan hanya diberikan resume atau ringkasan keperawatan pasien.
31. Untuk pelaksanaan review dokumen rekam medis, Panitia Rekam Medis menggunakan Sistem Kuota Sampling.
32. Review Dokumen Rekam Medis dilakukan saat pasien masih dirawat dan saat pasien sudah pulang serta berfokus pada Ketepatan Waktu, Keterbacaan dan Kelengkapan Isi Dokumen Rekam Medis.

33. Hak akses masuk ke ruangan filling dokumen rekam medis aktif dan in aktif dibatasi yaitu hanya petugas rekam medis dan Surveior dari KARS yang melakukan penilaian akreditasi dengan menunjukkan identitas diri sebagai surveior.
34. Pintu ruang *filling* dokumen rekam medis selalu tertutup rapat dengan menggunakan akses *finger print*.
35. Pengajuan formulir rekam medis baru maupun yang diperbaharui, harus menggunakan surat yang ditujukan kepada Panitia Rekam Medis dengan menyertakan alasan dibuat/diperbaharui formulir rekam medis lama/baru serta petunjuk pengisian formulir rekam medis.
36. Formulir rekam medis diperbarui (*update*) untuk menjamin komunikasi dengan informasi mutakhir sesuai kebutuhan.
37. Menetapkan bahwa evaluasi system dan prosedur rekam medis dilakukan paling lambat dalam 3 (tiga) tahun sekali.

#### Pasal 15

Kebijakan Instalasi Farmasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf m, mengatur:

1. Instalasi farmasi adalah unit pelaksana fungsional yang menyelenggarakan seluruh kegiatan pelayanan kefarmasian di rumah sakit diantaranya kegiatan yang bersifat manajerial berupa pengelolaan sediaan farmasi, bmhp dan alat kesehatan serta kegiatan pelayanan farmasi klinik.
2. Pelayanan kefarmasian merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan rumah sakit jiwa yang utuh, memberikan pelayanan langsung dan bertanggung jawab kepada pasien yang berkaitan dengan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai (BMHP) untuk meningkatkan mutu kehidupan pasien.
3. Pelaksanaan pekerjaan kefarmasian meliputi seleksi atau pemilihan, perencanaan kebutuhan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pendistribusian, pengendalian, pemusnahan dan penarikan, pelayanan farmasi klinik, pencatatan dan pelaporan serta evaluasi kegiatan.
4. Pelayanan kefarmasian dilaksanakan dengan sistem satu pintu, yaitu dalam proses pembuatan formularium (melibatkan praktisi kesehatan lain), pengadaan dan pendistribusian sediaan farmasi, alat kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) yang bertujuan untuk mengutamakan kepentingan pasien harus melalui Instalasi Farmasi.

5. Instalasi farmasi bertanggungjawab terhadap sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP yang beredar di rumah sakit, melaksanakan fungsi manajemen, baik SDM, sarana dan peralatan maupun manajemen mutu.
6. Instalasi Farmasi dalam menyelenggarakan kegiatan pelayanan kefarmasian harus mempertimbangkan faktor resiko yang terjadi yang disebut dengan manajemen resiko.
7. Instalasi farmasi menerapkan medication safety bersama dengan tim keselamatan pasien melalui pelaporan, investigasi serta tindak lanjutnya guna meminimalisasi kesalahan penggunaan obat.
8. Instalasi farmasi dipimpin oleh Apoteker, berijazah sarjana farmasi yang telah lulus profesi sebagai apoteker dan telah mengucapkan sumpah jabatan apoteker, yang telah memiliki Surat Tanda Registrasi Apoteker dan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA).
9. Instalasi farmasi harus memiliki Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
10. Seluruh pegawai di Instalasi farmasi berpenampilan bersih dan rapi serta menjaga higiene perorangan dan lingkungan tempat kerja.
11. Instalasi farmasi dalam menyelenggarakan pelayanan kefarmasian dapat membentuk satelit farmasi sesuai dengan kebutuhan pelayanan di rumah sakit dengan apoteker sebagai penanggung jawab pelayanan.
12. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional dan kosmetika.
13. Obat adalah bahan atau paduan bahan, termasuk produk biologi yang digunakan dalam rangka penetapan diagnosis, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, peningkatan kesehatan dan kontrasepsi untuk manusia.
14. Alat kesehatan adalah instrumen/ aparatus yang tidak mengandung obat dan yang dikelola Instalasi Farmasi adalah alat kesehatan habis pakai/ peralatan non elektromedik seperti alat kontrasepsi (IUD), implan dan *stent*.
15. BMHP adalah alat kesehatan yang ditujukan untuk penggunaan sekali pakai (single use) yang daftar produknya diatur dalam peraturan perundang – undangan.
16. Instalasi farmasi tidak menggunakan produk single use untuk digunakan kembali (reuse).

17. Resep adalah permintaan tertulis dari dokter atau dokter gigi, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik untuk menyediakan dan menyerahkan obat bagi pasien sesuai dengan peraturan yang berlaku.
18. Pengelolaan reagensia dan bahan kimia lainnya oleh instalasi farmasi dapat dibantu oleh bagian laboratorium atau bagian yang menggunakannya.
19. Pengelolaan gas medis rumah sakit tidak dilakukan oleh instalasi farmasi tetapi dikelola oleh bagian pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit.
20. Penyelenggaraan pelayanan kefarmasian harus didukung oleh sarana dan prasarana yang memenuhi ketentuan dan perundang-undangan yang berlaku.
21. Kajian/ *review* pelayanan kefarmasian dan penggunaan obat harus dilakukan paling lama 1 tahun sekali oleh rumah sakit.
22. Formularium rumah sakit merupakan daftar obat yang disepakati staf medis, disusun oleh Panitia/ Tim Farmasi dan Terapi, yang ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit.
23. Formularium rumah sakit disusun mengacu pada formularium nasional, harus tersedia untuk semua penulis resep, pemberi obat dan penyedia obat di rumah sakit.
24. Daftar obat pada formularium rumah sakit direvisi dandikembangkan secara kolaboratif antar profesional kesehatan melalui kegiatan di Komite Farmasi dan Terapi (KFT).
25. Tinjauan ulang/ *Review* terhadap Formularium rumah sakit dilaksanakan paling lama 1 (satu) tahun sekali oleh Komite Farmasi dan Terapi (KFT) dengan pertimbangan terapeutik dan ekonomi dari penggunaan obat.
26. Perencanaan dan pengadaan sediaan farmasi mengacu pada formularium rumah sakit, data persediaan dan penggunaan sediaan farmasi di gudang farmasi, dengan metode konsumsi serta *buffer stock* 3 bulan.
27. Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP dilaksanakan oleh panitia/ pejabat pengadaan yang didalamnya ada tenaga kefarmasian yang telah ditetapkan oleh rumah sakit
28. Pengadaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP dilakukan berdasarkan pada perencanaan, kebutuhan cito, dan diutamakan melalui e-katalog sesuai peraturan pengadaan barang atau jasa pemerintah yang masih berlaku.
29. Pengadaan sediaan farmasi berdasarkan kontrak dengan distributor resmi berijin dimana distributor tersebut selalu menjaga stabilitas, mutu serta keaslian produknya.

30. Pengadaan obat yang dibutuhkan segera untuk pasien saat itu dan tidak ada substitusinya/ tidak tersedia di rumah sakit dikarenakan keterlambatan pengiriman, kurangnya stok nasional atau sebab lain yang tidak dapat dikendalikan maka dapat dilakukan melalui kerjasama dengan PBF/ distributor/ apotek berijin yang dapat segera menyediakan sediaan farmasi atau bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan pasien.
31. Rumah sakit hanya menggunakan obat – obat yang direkomendasikan oleh BPOM dan tidak *recall*.
32. Penerimaan sediaan farmasi dari penyedia dilakukan oleh tenaga kefarmasian di gudang farmasi dan harus disertai dengan fakturnya.
33. Pengawasan dan pengamanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP dilaksanakan melalui proses *stockopname* setiap bulan sekali di tiap unit farmasi, penggunaan CCTV dan *finger lock* di ruang penyimpanan dan jalurlalu lintas sediaan farmasi.
34. Pegawai yang diberi akses masuk gudang farmasi hanya kepala instalasi farmasi, APJP Gudang Farmasi beserta staf, dan tenaga kefarmasian IGD.
35. Penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP dilaksanakan sesuai petunjuk dari masing-masing pabrikan yang bersangkutan.
36. Standar suhu dan kelembaban penyimpanan sediaan farmasi adalah sebagai berikut :
  - a. Suhu dingin : 2<sup>0</sup> – 8<sup>0</sup>C.
  - b. Suhu ruangan : 15<sup>0</sup> – 30<sup>0</sup>C.
  - c. Kelembaban : 45% - 65%.
37. Seluruh tempat penyimpanan obat harus diinspeksi secara berkala untuk memastikan obat disimpan secara benar.
38. Obat-obat *High Alert* dan elektrolit konsentrat tidak disimpan di ruang perawatan/ pelayanan kecuali adanya kebutuhan klinis tertentu seperti di IGD, ICU, dan hemodialisa.
39. Penyimpanan bahan berbahaya dan beracun (B3) di ruang khusus B3 yang terpisah dengan ruang penyimpanan sediaan farmasi lainnya.
40. Penyimpanan narkotika dan psikotropika di area/ almari khusus dengan dua kunci yang berada dalam penguasaan dua tenaga kefarmasian yang ditunjuk, aman, tidak digunakan untuk menyimpan barang selain narkotika dan psikotropika.

41. Obat yang dibawa pasien dari luar rumah sakit (obat bebas, vitamin, obat resep, herbal, jamu, *traditional chinese medicine* (TCM), dll), dikelola dengan baik dan aman oleh Instalasi Farmasi, tersimpan, teridentifikasi dan terdokumentasi dengan jelas.
42. Pengawasan terhadap penggunaan obat dilaksanakan baik melalui visite mandiri maupun tim dengan tenaga kesehatan lain dalam pemantauan terapi obat maupun monitoring efek samping obat (MESO).
43. Pengawasan terhadap penggunaan obat psikotropika dan narkotika pasien rawat jalan dilaksanakan dengan kartu obat pasien sebagai alat bantu, dimana toleransi ambil obat lebih cepat maksimal 3 hari dari waktu kontrol, kecuali ada kebutuhan khusus tertentu atas rekomendasi DPJP.
44. Pemantauan terapi obat dilakukan melalui visite, rekonsiliasi ketika di ruang perawatan serta melalui formulir *clinical pathway*.
45. Efek yang tidak diharapkan dilaporkan dalam jangka waktu paling lambat 2 x 24 jam, dengan melengkapi formulir Reaksi Obat yang tidak dikehendaki (ROTD).
46. Obat-obat radioaktif, obat sampel, obat program pemerintah, obat kemoterapi dan produk nutrisi belum dibutuhkan oleh rumah sakit, sehingga Instalasi Farmasi tidak mengelola obat-obat tersebut.
47. Obat penelitian yang belum memiliki ijin edar dan belum teruji secara klinis tidak diperbolehkan untuk digunakan kepada pasien sehingga Instalasi Farmasi tidak mengelola obat penelitian.
48. Daftar obat dengan kewaspadaan tinggi HAM (*High Alert Medication*) / LASA (*Look Alike Sound Alike*) direvisi paling lama 1 (satu) tahun oleh tim keselamatan pasien.
49. Penyimpanan obat HAM/ LASA tidak ditempatkan berdekatan dan harus diberi penandaan khusus untuk mencegah terjadinya kesalahan pengambilan obat.
50. Daftar obat dan alat kesehatan darurat ditetapkan setelah diusulkan oleh KFT berdasarkan koordinasi dengan Instalasi Farmasi.
51. Pengelolaan obat darurat harus menjamin mutu, ketersediaan dan tertib administrasi.

52. Obat emergensi tersedia diruang perawatan dan ruang pelayanan pasien, diletakkan di area yang mudah diakses, terhindar dari penyalahgunaan dan pencurian dengan menggunakan *disposable key* yang bernomor register dan dimonitoring minimal 3 bulan sekali.
53. Pelaksanaan sistem *recall* penarikan kembali sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dilakukan segera setelah diterima permintaan/ instruksi dan didukung oleh sistem dokumentasi yang memadai.
54. Pemusnahan dan penarikan/ *recall*/Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
55. Pemusnahan dilakukan untuk Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan BMHP bila:
  - a. Produk tidak memenuhi persyaratan mutu;
  - b. Telah kadaluwarsa;
  - c. Tidak memenuhi syarat untuk dipergunakan dalam pelayanan kesehatan atau kepentingan ilmu pengetahuan; dan
  - d. Dicabut izin edarnya.
56. Penulisan resep, pemesanan dan pencatatan obat baik dalam bentuk *paper* maupun elektronik harus lengkap memenuhi elemen peresepan dan terbaca untuk menjamin keselamatan dan keamanan pasien.
57. Rumah sakit menetapkan staf medis yang berkompeten dan berwenang dalam menuliskan resep baik dalam bentuk *paper* maupun elektronik.
58. Penulisan resep dalam bentuk elektronik diselenggarakan di rawat jalan dan gawat darurat dengan pengarsipan pada *database* sistem komputer/ *billing system*.
59. Pemesanan obat cito yang dilakukan secara verbal (lisan/ telepon) dilakukan menggunakan fonetik alfabetik dan diverifikasi dengan dibaca ulang (*read back*).
60. Peresepan obat emergensi dilakukan segera setelah obat emergensi digunakan.
61. Instalasi farmasi tidak memiliki obat-obat *automatic stop*.
62. Tenaga kefarmasian berkonsultasi dan mengembalikan kepada dokter untuk mengganti resep dengan penulisan yang benar dan jelas apabila reseptidak terbaca dengan jelasatau ada ketidaksesuaian.

63. Daftar HAM (*High Alert Medicine*) serta kode alfabetik harus tersedia didekat *i-phone* unit farmasi pelayanan.
64. Instalasi Farmasi memiliki data terbaru tentang daftar dokter yang berwenang menuliskan resep (meliputi nama lengkap, spesimen tanda tangan dan parafserta nomor telepon yang bisa dihubungi).
65. Obat hanya dapat diberikan setelah dilakukan verifikasi pada resep mengenai kesesuaian obat dengan instruksi pengobatan/ resep.
66. Instalasi Farmasi tidak melayani resep dari luar rumah sakit.
67. Obat narkotika dan psikotropika hanya dapat diserahkan oleh apoteker dengan resep dari dokter yang telah diberikan kewenangan klinis oleh pimpinan rumah sakit.
68. Obat tidak diberikan jika terindikasi/ berpotensi tinggi terjadi penyimpangan/ penyalahgunaan oleh pasien.
69. Pelayanan resep dimulai dari tahap penerimaan, skrining/ pengkajian resep, dispensing/ penyiapan sediaan farmasi termasuk peracikan obat, verifikasi ketepatan obat/ pemeriksaan ulang, sampai penyerahan dan pemberian informasi.
70. Pasien geriatri mendapatkan prioritas pelayanan kefarmasian.
71. Setiap tahap alur pelayanan resep dilakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (*medication error*) dengan melakukan dokumentasi aktifitas.
72. Polifarmasi adalah penggunaan lebih dari 5 item obat (*multiple medications*) oleh seorang pasien.
73. Waktu tunggu pelayanan obat untuk obat racikan tidak melebihi 60 menit, sedangkan untuk obat jadi tidak melebihi 30 menit.
74. Pelayanan farmasi klinik dilaksanakan oleh Apoteker, apabila Apoteker tidak ada di tempat atau sedang melaksanakan tugas lain, maka dapat didelegasikan kepada TTK.
75. Pelayanan farmasi klinik yang dapat didelegasikan kepada TTK adalah pengkajian dan pelayanan resep, penelusuran riwayat penggunaan obat, rekonsiliasi obat, penyerahan obat dan pemberian informasi obat.
76. Pelayanan farmasi klinik yang tidak dapat didelegasikan kepada TTK adalah konseling, visite, Pemantauan Terapi Obat (PTO), Monitoring Efek Samping Obat (MESO), Evaluasi Penggunaan Obat (EPO), Pemantauan Kadar Obat Dalam Darah (PKOD).
77. Pelaksanaan visite apoteker dilakukan secara mandiri dan/ atau Visite Tim minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) periode rawat inap.



78. Dokter sebelum meresepkan harus membandingkan antara pengobatan pertama dibandingkan dengan daftar obat sebelum masuk rawat inap sebagaimana informasi dan pengisian formulir rekonsiliasi yang sudah ditetapkan.
79. Rekonsiliasi obat dilakukan minimal sebanyak tiga kali, pada saat awal masuk rawat inap, pindah ruangan dan saat pasien akan pulang.
80. Penggunaan obat oleh pasien/ pengobatan sendiri (*self administration*) selama rawat inap tidak diperbolehkan kecuali atas rekomendasi dari DPJP.
81. Obat yang dibawa dari rumah harus diketahui DPJP dan dicatat dalam status pasien pada formulir rekonsiliasi obat.
82. Obat untuk pasien rawat inap diserahkan oleh tenaga kefarmasian untuk tiap waktu minum obat kepada perawat bangsal yang bertugas dengan memberikan catatan pada FPPO.
83. Pencampuran obat intravena dan pengemasan obat suntik (produk steril intravena) dilakukan oleh perawat yang telah mendapat pelatihan oleh apoteker terlatih teknik aseptik.
84. Pelayanan Informasi Obat dilaksanakan oleh Apoteker pada jam kerja sedangkan diluar jam kerja dapat secara *on call*.
85. Pelaporan adanya insiden keselamatan pasien (IKP)/ *medication error* kepada tim keselamatan pasien dilakukan dalam waktu 2 x 24 jam setelah terjadinya insiden dengan menggunakan formulir IKP.
86. Kegiatan identifikasi dan monitoring ESO (Efek Samping Obat) dan ROTD dilaksanakan terutama kepada pasien yang mendapatkan obat baru.
87. Kegiatan identifikasi dan pelaporan Monitoring Efek Samping Obat (MESO)/ Reaksi Obat yang Tidak Diinginkan (ROTD) tercatat pada formulir ROTD, dikoordinasikan oleh Tim Keselamatan Pasien untuk dilaporkan ke RS melalui PFT.
88. Formulir MESO diisi dan dimasukkan di rekam medik hanya jika ada kejadian efek samping obat tidak diinginkan, jika tidak ada kejadian maka formulir MESO tidak perlu dilampirkan.
89. Sistem pelayanan kefarmasian berorientasi pasien dilaksanakan selama 24 jam per hari.
90. Instalasi farmasi menerapkan dan mengembangkan sistem informasi manajemen baik dokumentasi maupun administrasi yang dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan yang sudah berlalu.

91. Administrasi farmasi dilakukan secara tertib dan berkesinambungan untuk memudahkan penelusuran kegiatan, baik dalam pencatatan dan pelaporan maupun administrasi penghapusan.
92. Pemusnahan arsip resep dilaksanakan paling singkat 3 tahun.

#### Pasal 16

Kebijakan Instalasi Laboratorium sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf n, mengatur:

1. Pelayanan laboratorium harus memenuhi standar nasional, undang-undang dan peraturan.
2. Pelayanan laboratorium harus yang adekuat, teratur dan nyaman tersedia untuk memenuhi kebutuhan.
3. Pelayanan laboratorium dilakukan selama 24 jam dengan jam kerja sesuai dengan jadwal dan ketentuan sift jaga.
4. Pelayanan laboratorium untuk gawat darurat tersedia selama 24 jam.
5. Pelayanan laboratorium cito dilaksanakan dalam waktu 30 menit.
6. Pemilihan pelayanan laboratorium diluar rumah sakit dipilih berdasarkan reputasi baik dan yang memenuhi undang-undang dan peraturan.
7. Instalasi laboratorium memberi tahu kepada pasien bahwa ada hubungan antara dokter yang merujuk dengan pelayanan laboratorium diluar rumah sakit.
8. Instalasi laboratorium membuat dan melaksanakan program keselamatan/keamanan laboratorium.
9. Program keselamatan/keamanan laboratorium merupakan bagian dari program menejemen keselamatan/keamanan rumah sakit.
10. Instalasi laboratorium melaksanakan regulasi tentang penanganan dan pembuangan bahan berbahaya (B 3).
11. Instalasi laboratorium melaksanakan identifikasi resiko keselamatan yang dijabarkan melalui proses yang spesifik dan atau peralatan untuk mengurangi resiko keselamatan .
12. Pelaksanaan orientasi untuk staf laboratorium tentang prosedur dan praktik keselamatan / keamanan kerja.
13. Instalasi laboratorium melaksanakan orientasi tentang prosedur baru dan penggunaan bahan berbahaya (B 3) yang baru.
14. Penetapan petugas laboratorium dan staf yang mengarahkan atau mensupervisi pelaksanaan pemeriksaan laboratorium.

15. Pelaksanaan interpretasi hasil tes dilaksanakan oleh staf yang kompeten dan cukup berpengalaman.
16. Waktu selesainya hasil pemeriksaan laboratorium ditetapkan dan dipantau sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.
17. Pelaksanaan metode kolaboratif terhadap pemberian hasil yang kritis dari pemeriksaan diagnostik.
18. Instalasi laboratorium menetapkan nilai ambang kritis (normal) untuk setiap pemeriksaan laboratorium.
19. Instalasi laboratorium menetapkan pemeriksaan laboratorium yang termasuk dalam kategori hasil nilai kritis untuk dilakukan pencatatan dan pelaporan berikut evaluasinya.
20. Instalasi laboratorium membuat, melaksanakan dan melakukan evaluasi program pengelolaan peralatan laboratorium.
21. Semua peralatan laboratorium dilakukan pemeliharaan dan kalibrasi secara rutin dengan melibatkan pihak yang berkompeten.
22. Instalasi laboratorium menetapkan reagensia esensial dan bahan lainnya.
23. Reagen esensial dan bahan lain tersedia dan ada proses untuk menyatakan kapan reagen tidak tersedia serta pengelolaan bila terjadi kekosongan reagen.
24. Instalasi laboratorium membuat buku program pengelolaan dan pemakaian reagensia.
25. Instalasi laboratorium menetapkan prosedur memandu permintaan pemeriksaan, pengambilan dan identifikasi pasien, pengiriman spesimen, penyimpanan dan pengawetan spesimen, penerimaan dan tracking spesimen serta memperhatikan apabila sampel dikirim keluar rumah sakit.
26. Instalasi laboratorium menetapkan nilai/rentang nilai rujukan untuk setiap pemeriksaan yang dilaksanakan.
27. Rentang nilai rujukan disertakan pada hasil laboratorium dan catatan klinis pada waktu melaporkannya termasuk nilai rentang rujukan dari luar rumah sakit, apabila pemeriksaan dirujuk keluar rumah sakit.
28. Penunjukan staf rumah sakit yang kompeten untuk melaksanakan pengarah dan pengawasan pelayanan laboratorium klinis dan laboratorium lain di seluruh rumah sakit.
29. Laboratorium melaksanakan kegiatan pemantauan hasil pemeriksaan dengan melaksanakan pemantapan mutu internal.

30. Penunjukan staf laboratorium yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan kegiatan kontrol mutu dan pengawasan administrasi.
31. Penetapan dan pelaksanaan tanggung jawab untuk merekomendasi laboratorium rujukan.
32. Penetapan staf dalam pelaksanaan tanggung jawab untuk memonitor dan mereview semua pelayanan laboratorium di dalam dan di luar laboratorium.
33. Laboratorium ikut serta dalam program pemeliharaan mutu eksternal untuk semua pelayanan dan tes laboratorium spesifik.
34. Dalam penyusunan program kegiatan laboratorium melibatkan dokter konsultan laboratorium (Dokter Spesialis Patologi Klinik).
35. Penetapan daftar nama ahli untuk diagnostik spesialistik berikut proses pendukungnya.
36. Penunjukan laboratorium rujukan berdasarkan peraturan perundang-undangan dengan mempertimbangkan legalitas dan kualitas laboratorium yang ditunjuk.
37. Instalasi Laboratorium melaksanakan pelayanan darah sesuai dengan peraturan perundang-undangan dan standar pelayanan.
38. Semua aspek pelayanan darah di Rumah Sakit di bawah tanggung jawab seorang profesional yang memenuhi syarat dan berdasarkan peraturan perundang-undangan.
39. Instalasi Laboratorium melaksanakan program kendali mutu untuk terselenggaranya pelayanan darah dan transfusi yang aman.
40. Pelayanan laboratorium akan mendahulukan untuk pasien lansia dan disability.

#### Pasal 17

Kebijakan Instalasi Elektromedik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf o, mengatur:

1. Pelayanan di Instalasi Elektromedik berdasarkan pedoman pelayanan Instalasi Elektromedik Rumah Sakit Jiwa Surakarta.
2. Alur pelayanan di Instalasi Elektromedik sesuai dengan Pedoman pelayanan Instalasi Elektromedik RSJD Surakarta
3. Setiap pasien berhak untuk mendapat informasi tentang prosedur, manfaat dan risiko pelayanan di Instalasi Elektromedik.
4. Setiap petugas Instalasi Elektromedik yang melakukan pelayanan harus memiliki surat tugas dari rumah sakit dan sudah disumpah untuk menjaga kerahasiaan pasien

5. Setiap petugas Instalasi Elektromedik yang melakukan pelayanan harus memakai APD (alat pelindung diri) yaitu berupa sarung tangan dan masker
6. Setiap pasien mendapatkan pelayanan Elektrodiagnostik dan atau elektroterapi sesuai dengan advis dari dokter.
7. Peralatan medis di Instalasi Elektromedik dibersihkan sesuai dengan jenis dan bahannya, sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang ada.
8. Pelayanan di Instalasi Elektromedik meliputi Pelayanan Elektrodiagnostik dan Elektroterapi.
  - a. Kebijakan Pelayanan Elektrodiagnostik
    - 1) Pemeriksaan EKG
      - Pasien dilakukan pemeriksaan EKG atas permintaan dari Dokter
      - Pasien Rawat Inap yang berusia lebih dari atau sama dengan 40 tahun wajib dilakukan pemeriksaan EKG
      - Pemeriksaan EKG dilakukan oleh perawat yang sudah terlatih
      - Pembacaan EKG oleh Dokter yang berkompeten
    - 2) Pemeriksaan Stres Analiser
      - Pasien dilakukan pemeriksaan Stres Analiser atas permintaan dari Dokter
      - Pemeriksaan Stres Analiser dilakukan di Instalasi Elektromedik
      - Pemeriksaan Stres Analiser dilakukan oleh perawat yang sudah terlatih
      - Pembacaan Stres Analiser oleh Dokter yang berkompeten
    - 3) Pemeriksaan EEG/*Brain Mapping*
      - Pasien dilakukan pemeriksaan EEG/*Brain Mapping* atas permintaan dari Dokter
      - Pemeriksaan EEG/ *Brain Mapping* dilakukan di Instalasi Elektromedik
      - Pemeriksaan EEG/ *Brain Mapping* dilakukan oleh perawat yang sudah terlatih
      - Pembacaan EEG/ *Brain Mapping* oleh Dokter yang berkompeten, pembacaan paling lama 3 hari setelah pemeriksaan
    - 4) Tindakan terapi TMS (*Central/Periferal*)
      - Pasien dilakukan tindakan TMS atas permintaan dokter
      - Terapi TMS dilakukan di Instalasi Elektromedik.
      - Terapi TMS dilakukan oleh dokter dan perawat yang terlatih

- 5) Pemeriksaan EMG
  - Pasien dilakukan pemeriksaan atas permintaan dokter
  - Pemeriksaan EMG dilakukan di Instalasi Elektromedik.
  - Pemeriksaan EMG dilakukan oleh dokter spesialis syaraf dan perawat yang terlatih.
  - Pembacaan hasil EMG dilakukan oleh dokter spesialis syaraf, pembacaan maksimal 3 (tiga) hari setelah pemeriksaan.
- b. Kebijakan Pelayanan Elektroterapi (Terapi Elektro konvulsion Terapi), meliputi:
  - 1) Pasien dilakukan tindakan Elektro konvulsion Terapi (ECT) atas permintaan dari Dokter yang merawat.
  - 2) Tindakan ECT yang dilaksanakan di RSJD Surakarta adalah ECT dengan Anestesi (MECTA) dan tanpa Anestesi atau Konvensional
  - 3) Sebelum tindakan ECT harus dilakukan persiapan seperti : Puasa 6 jam, pemeriksaan EKG, Pemeriksaan Laboratorium, Pemeriksaan foto thoraks PA dan pemeriksaan gigi.
  - 4) Dokter berkewajiban untuk memberikan informasi kepada pasien atau keluarga atau penanggung jawab pasien mengenai prosedur, manfaat, risiko dan komplikasi dari tindakan ECT.
  - 5) Tindakan ECT harus mendapat persetujuan dari pasien atau keluarga atau penanggung jawab pasien.
  - 6) Pasien Rawat Inap yang direncanakan ECT, informasi dan lembar persetujuan/penolakan diberikan oleh Dokter kepada keluarga pasien/penanggung jawab pada saat pasien masuk RS baik lewat IGD maupun Rawat Jalan.
  - 7) Pasien rawat jalan yang direncanakan ECT, informasi dan lembar persetujuan / penolakan diberikan oleh Dokter kepada keluarga pasien/penanggung jawab sebelum diberikan persiapan seperti tersebut diatas.
  - 8) Tindakan ECT dilakukan di Instalasi Elektromedik
  - 9) Tindakan ECT tanpa anestesi (ECT Konvensional) dilakukan oleh psikiater sesuai jadwal dibantu oleh perawat.
  - 10) Tindakan ECT dengan Anestesi atau MECTA melibatkan dokter anestesi sebagai penanggungjawab anestesi dan psikiater sebagai operator ECT dibantu oleh perawat.
  - 11) Tindakan ECT harus dilakukan sesuai prosedur sehingga aman bagi pasien dan petugas.
  - 12) Setiap tindakan ECT harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien.

- 13) Penatalaksanaan jika pasien mengalami syok karena tindakan ECT yaitu dengan langkah-langkah pengelolaan pasien syok dengan pemberian antidotum.
- 14) Pasien dirujuk ke Rumah Sakit Umum apabila terjadi komplikasi yang tidak dapat ditangani di RSJD Surakarta.

#### Pasal 18

Kebijakan Instalasi Radiologi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf p, mengatur:

1. Pelayanan dilakukan selama 24 jam dengan ketentuan jaga dinas pagi pada jam kerja secara *on site* dan jaga dinas siang/malam secara *oncall*.
2. Seluruh pemeriksaan Radiologi Diagnostik dilaksanakan di Instalasi Radiologi dan tidak melayani pemeriksaan *bedside* / pada tempat tidur pasien di ruang perawatan.
3. Instalasi Radiologi memberikan pelayanan Radiodiagnostik yang meliputi pelayanan radiologi (X-ray) konvensional dan Multi Slice Computed Tomography Scan (MSCT Scan) serta pelayanan Imejing Diagnostik yang meliputi pemeriksaan ultrasonografi (USG).
4. Pelayanan pemeriksaan radiologi konvensional dan MSCT Scan dilakukan oleh radiografer sedangkan pelayanan pemeriksaan USG dilakukan oleh dokter spesialis radiologi.
5. Pengaturan jadwal dan persiapan pemeriksaan radiologi konvensional dan MSCT Scan serta pemeriksaan USG dilakukan oleh radiografer.
6. Pasien Gawat darurat dan usia lanjut akan mendapatkan prioritas untuk memperoleh pelayanan medis terlebih dahulu dengan pasien gawat darurat mendapatkan prioritas utama.
7. Setiap pasien yang akan menjalani pemeriksaan MSCT Scan berhak mendapatkan penjelasan mengenai dosis radiasi maksimum yang akan diterima saat menjalani pemeriksaan tersebut (besaran dosis radiasu sesuai SK No. 01-/Ka. BAPETEN/I-03) kemudian pasien memberikan persetujuan atau penolakan terhadap tindakan tersebut.
8. Petugas Radiologi tidak memintakan tanda tangan persetujuan tindakan sebelum pemeriksaan MSCT Scan pada pasien psikiatri yang tidak didampingi oleh keluarga atau pengampu.
9. Pelayanan pemeriksaan radiologi harus berdasarkan permintaan dari dokter pengirim secara tertulis dan setiap pemeriksaan yang dilakukan harus sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).

10. Hasil pemeriksaan radiologi diserahkan kepada pasien/keluarga pasien/petugas bangsal setelah ada ekspertise dokter spesialis radiologi dan diverifikasi petugas supervisi, terkecuali status pinjam basah.
11. Seluruh pembacaan hasil pemeriksaan radiologi atau ekspertise dilakukan oleh dokter spesialis radiologi.
12. Pembacaan foto radiograf diluar jam kerja dilakukan secara teleradiologi.
13. Pembacaan hasil pemeriksaan MSCT Scan hanya dilakukan pada saat jam kerja.
14. Radiografer melaksanakan kegiatan pemrosesan foto menggunakan *computed radiography* (CR) untuk X-ray konvensional dan *Workstation Syngo Acquisition Workplace* untuk MSCT Scan.
15. Pemeriksaan radiologi yang tidak dapat dilaksanakan atau tidak memiliki modalitas yang dimaksud, maka pemeriksaan akan dirujuk melalui Instalasi Radiologi ke rumah sakit yang telah memiliki kerjasama.
16. Hasil ekspertise dari rumah sakit rujukan harus dilakukan verifikasi terlebih dahulu oleh dokter spesialis radiologi Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta sebelum diserahkan kepada pasien/keluarga pasien/petugas bangsal.
17. Seluruh petugas radiologi selama menjalankan tugas di Instalasi Radiologi harus selalu memperhatikan kaidah-kaidah proteksi radiasi.
18. Personal dosimetri petugas radiologi diperiksa setiap 3 bulan sekali untuk dievaluasi, dicatat, dan diarsipkan dalam dokumen paparan radiasi.
19. Untuk peningkatan mutu pelayanan di Instalasi Radiologi dibuat indikator mutu dan sasaran mutu secara periodik.
20. Setiap akan melaksanakan tindakan pemeriksaan radiologi, petugas di Instalasi Radiologi (dokter spesialis radiologi dan radiografer) harus melakukan identifikasi pasien, jenis pemeriksaan, dan indikasi klinis.
21. Identifikasi foto berupa marker (R/L), nama pasien, tanggal lahir/umur, dan nomor rekam medis pasien.
22. Pengadaan perbekalan alat kesehatan (alkes), obat *emergency*, film X-ray/MSCT Scan/ USG dan Bahan Habis Pakai (BHP) melalui Gudang Farmasi dan untuk pengadaan perbekalan non alkes melalui Gudang Umum.



23. Instalasi Radiologi menyimpan perbekalan alkes, film X-ray/MSCT Scan/ USG dan BHP pada tempat yang sesuai dengan standar perbekalan.
24. Pengadaan seluruh kebutuhan dengan mempertimbangkan tingkat keamanan dan masa kadaluarsa.
25. Rumah sakit menyelenggarakan program proteksi radiasi, yang mengacu pada perundang-undangan yang menjadi bagian dari K3 rumah sakit.
26. Kegiatan supervisi pelayanan radiologi dilakukan oleh kepala ruang Radiologi serta dapat dilakukan oleh radiografer yang berdinis diluar jam kerja atau pada saat kepala ruang Radiologi berhalangan hadir.
27. Peralatan radiologi harus memiliki izin operasional yang dikeluarkan oleh Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN) serta harus dilakukan pemeliharaan, kalibrasi dan uji fungsi secara rutin sesuai dengan prosedur yang berlaku.
28. Film *reject* dikelola oleh Instalasi Radiologi.
29. Pemberian hasil pemeriksaan radiologi/ekspertise pada kasus regular dilaksanakan maksimal 3 jam sedangkan pada kasus CITO dan nilai kritis maksimal 1 jam. Waktu tunggu pelayanan atau pemberian hasil pemeriksaan khusus foto Thorax maksimal 45 menit.
30. Pemeriksaan radiologi yang tidak dilakukan di Instalasi Radiologi RSJD Surakarta dirujuk ke Rumah Sakit yang bekerjasama dengan RSJD Surakarta.

#### Pasal 19

Kebijakan Instalasi Hemodialisa sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf q, mengatur:

1. Pelayanan Hemodialisa dibagi dalam dua shift (pagi dan siang)
  - a. Pagi (07.00 WIB s.d 12.00 WIB)
  - b. Siang (12.00 WIB s.d 18.00 WIB)
  - c. Hari Senin s.d Sabtu
2. Pelayanan hemodialisa dilakukan secara komprehensif dan terintegrasi dengan psikologi, ahli gizi dan psikiater.
3. Pelayanan Hemodialisis dilakukan oleh dokter dan perawat yang berkompeten.
4. Pemeriksaan laboratorium hemoglobin (Hb) pasien dilakukan rutin setiap bulan.
5. Pemeriksaan laboratorium ureum dan creatinin pasien dilakukan rutin per tiga bulan.

6. Pemeriksaan laboratorium HbsAg, HIV, dan Anti HCV pasien dilakukan rutin per enam bulan.
7. Penggunaan alat dialiser dilakukan secara reuse sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

#### Pasal 20

Kebijakan Instalasi Sanitasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf r, mengatur:

1. Pelayanan Instalasi Sanitasi diselenggarakan berdasarkan Kepmenkes 1204 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit.
2. Pelayanan Instalasi Sanitasi Rumah Sakit meliputi Monitoring Penyehatan Ruang Bangunan dan Halaman Rumah Sakit, Monitoring Higiene dan Sanitasi Makanan Minuman, Monitoring Penyehatan Air, Monitoring Pengelolaan Limbah Padat dan Cair, Monitoring Pengelolaan Tempat Pencucian Linen (Laundry), Monitoring Pengendalian Serangga, Tikus dan Binatang Pengganggu Lainnya, Monitoring Dekontaminasi Melalui Disinfeksi dan Sterilisasi, Monitoring Pengamanan Radiasi dan Upaya Promosi Kesehatan Lingkungan.
3. Monitoring Penyehatan Ruang Bangunan dan Halaman Rumah Sakit, Pengelolaan Limbah Padat dan Cair, Pengendalian Serangga, Tikus dan Binatang Pengganggu Lainnya, Dekontaminasi Melalui Disinfeksi dan Sterilisasi, Pengamanan Radiasi dan Upaya Promosi Kesehatan Lingkungan dilaksanakan oleh Instalasi Sanitasi.
4. Monitoring Higiene dan Sanitasi Makanan Minuman dilaksanakan oleh Instalasi Sanitasi bekerjasama dengan Instalasi Gizi.
5. Monitoring Penyehatan Air dilaksanakan oleh Instalasi Sanitasi bekerjasama dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPS RS).
6. Monitoring Pengelolaan Tempat Pencucian Linen (Laundry) dilaksanakan oleh Instalasi Sanitasi bekerjasama dengan Instalasi Laundry.
7. Kegiatan yang tidak dapat dilaksanakan sendiri oleh Instalasi Sanitasi akan bekerjasama dengan penyedia jasa.
8. Petugas Pengelola Limbah harus memakai Alat Pelindung Diri (APD).
9. Instalasi Sanitasi menjaga kualitas pelayanan melalui penetapan indikator mutu unit kerja yang diukur capaiannya secara periodik.

## Pasal 21

Kebijakan Instalasi Gizi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf s, mengatur:

1. Pelayanan gizi dilaksanakan berdasarkan PMK No. 78 tentang Pelayanan Gizi Rumah Sakit.
2. Pelayanan gizi diselenggarakan dari pukul 04.30 – 18.00 WIB.
3. Jam Kerja Pegawai Instalasi Gizi adalah jam kerja shift.  
Dengan pembagian shift sebagai berikut :
  - a. Ahli gizi/Nutrisisionis/Dietisien
    - Dinas Subuh : jam 05.00 - jam 12.00
    - Dinas Pagi : jam 07.00 – jam 14.00
    - Dinas Siang : jam 11.00 – jam 18.00
  - b. Pramuboga
    - Dinas Subuh : jam 04.30 – jam 11.30
    - Dinas Siang : jam 11.00 – jam 18.00
  - c. Pramusaji
    - Dinas Subuh : jam 05.00 – jam 12.00
    - Dinas Siang : jam 12.00 – jam 19.00
4. Penyusunan anggaran Instalasi Gizi dilakukan setiap akhir tahun.
5. Pengadaan bahan makanan dilakukan oleh penyedia barang yang terikat oleh perjanjian kerjasama.
6. Pendistribusian makanan menggunakan sistem yang dipusatkan (sentralisasi) dan sistem yang tidak dipusatkan (desentralisasi) dilakukan secara tepat waktu.  
Dengan pembagian sebagai berikut :
  - a. Distribusi makan pagi : jam 06.45 – jam 07.30
  - b. Distribusi snak pagi dan minuman susu : jam 08.45- jam 09.30
  - c. Distribusi Makan siang : jam 11.45 – jam 12.30
  - d. Distribusi snak sore dan minuman susu : jam 14.45 – jam 15.30
  - e. Distribusdi makan sore/malam : jam 17.15 - jam 18.00
7. Jam pelayanan makan dengan pembagian makan sbb :
  - a. Makan Pagi : jam 07.00 – jam 07.30
  - b. Snak pagi dan minuman susu : jam 09.00 – jam 09.30
  - c. Makan Siang : jam 12.00 – jam 12.30
  - d. Snak sore dan minuman susu : jam 15.00 – jam 15.30
  - e. Makan Sore dan snak malam : jam 17.30 – jam 18.00
8. Setiap petugas di bagian pengolahan makanan harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) dan menjaga hygiene sanitasi perorangan dan lingkungan.

9. Setiap pegawai Instalasi Gizi harus mendapatkan pemeriksaan kesehatan secara berkala setiap setahun sekali.
10. Sanitasi dapur ditangani dengan baik untuk meminimalkan resiko kontaminasi.
11. Instalasi Gizi menerima permintaan pemesanan makanan pasien rawat inap dari bangsal perawatan melalui billing system / airphone.
12. Pasien rawat inap akan mendapatkan assesmen gizi lanjut oleh ahli gizi dalam waktu maksimal 1 X 24 jam setelah pasien masuk bangsal perawatan.
13. Pasien yang belum diassesment lengkap 1 x 24 jam karena kondisi masih gaduh gelisah maka akan dilaksanakan asesment lagi setelah pasien kooperatif.
14. Asuhan gizi lanjut dan monitoring pada pasien dengan resiko nutrisi dan masalah gizi yang lain dilakukan maksimal 10 hari sekali.
15. Pelaksanaan asuhan gizi dan konsultasi gizi dilakukan oleh ahli gizi.
16. Pegawai yang bekerja di tempat berisiko (Radiologi, Laboratorium, Laundry, sanitasi, gizi) mendapatkan ekstra minuman susu setiap hari pada jam kerja.
17. Pencucian peralatan makan dan minum dilakukan oleh petugas Instalasi Gizi sesuai dengan prinsip dasar hygiene pencucian.
18. Trolley pendistribusian makanan dibedakan atas trolley bersih untuk makanan matang dan trolley kotor untuk untuk pengambilan alat makan dari ruang perawatan.
19. Kegiatan penelitian dan pengembangan gizi terapan dilakukan untuk meningkatkan mutu pelayanan gizi.
20. Pemeliharaan peralatan dan bangunan Instalasi Gizi dilakukan secara periodik bekerjasama dengan Instalasi Pemeliharaan Sarana Dan Prasarana Rumah Sakit, dan Sub Bagian Rumah Tangga.

#### Pasal 22

Kebijakan Instalasi Laundry sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf t, mengatur:

1. Pelayanan Laundry dilaksanakan dengan jam kerja sebagai berikut :
  - Senin - Kamis : Pukul 07.00 – 14.00
  - Jum'at : Pukul 07.00 – 11.00
  - Sabtu : Pukul 07.00 – 13.00

2. Pada hari libur dan cuti bersama lebih 2 hari berurutan pelayanan diatur supaya tidak ada penumpukan linen kotor yang harus dicuci
3. Pengelolaan linen dilakukan secara sentralisasi
4. Pemeriksaan kesehatan dilakukan kepada petugas Laundry secara rutin setahun sekali
5. Pengelolaan linen harus meminimalisasi potensi bahaya yang ditimbulkan dari infeksi silang dan efek dari Zat kimia berbahaya
6. Pengelolaan linen dilaksanakan dengan berpedoman pada mutu dan kualitas
7. Perbaikan linen yang rusak dengan kategori ringan bisa dilakukan di Instalasi Laundry.
8. Pada saat ada kerusakan mesin atau mati lampu dalam waktu yang lama (lebih dari 2 hari), maka pelayanan pencucian akan dikerjakan oleh pihak ke-3 yang telah bekerjasama.

### Pasal 23

Kebijakan Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf u, mengatur:

1. Jam Pelayanan IPSRS sesuai jam kerja.
2. Pelayanan IPSRS meliputi urusan pemeliharaan listrik dan air, urusan pemeliharaan elektronika komunikasi dan mekanik, urusan pemeliharaan alat medis.
3. Perbaikan kerusakan sarana Rumah Sakit dilaksanakan oleh teknisi IPSRS.
4. Perbaikan kerusakan sarana Rumah Sakit yang tidak bisa diselesaikan oleh IPSRS akan dikerjakan oleh Pihak ke - III.
5. Peralatan yang memerlukan Kalibrasi maupun Sertifikasi maka hal tersebut dilakukan oleh pihak ke - III yang mempunyai Kewenangan.
6. IPSRS bertanggung jawab atas air baku selama 24 jam sehari, dan atau 7 hari seminggu.
7. IPSRS bertanggung jawab atas listrik di lingkungan Rumah Sakit selama 24 jam sehari dan atau 7 hari seminggu.
8. IPSRS menjamin fasilitas atau sarana medik atau non medik yang handal dan akurat.
9. IPSRS mengadakan penarikan kembali produk atau peralatan di RS yang sudah tidak layak pakai.

## Pasal 24

Kebijakan Instalasi Humas Dan Pemasaran sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf v, mengatur:

1. Setiap kegiatan kehumasan harus diorganisasi dengan baik
2. Setiap kegiatan protokoler harus diatur dengan baik
3. Setiap kegiatan pelayanan pelanggan(customer service) harus diatur dengan baik
4. Setiap kegiatan pemasaran harus diatur dengan baik
5. Setiap klien/pelanggan yang datang berkunjung ke Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta yang datang melalui customer service harus dilayani dengan keramahan, kesopanan dan keiklasan petugas Instalasi Humas dan Pemasaran.
6. Setiap keluhan klien/pelanggan yang diterima oleh Instalasi Humas dan Pemasaran harus ditanggapi dengan baik dan dicarikan pemecahan/jalan keluarnya.
7. Kegiatan pelayanan keluhan pelanggan dapat diterima kapanpun dalam kurun waktu 24 jam sehari, termasuk komplain melalui saluran 'hotline service' Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta di nomor telepon : 08 2323 000 333
8. Pelayanan Informasi Publik dilaksanakan dengan mengacu pada UU No.14 th. 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik dan Petunjuk Teknis Lainnya.
9. Permintaan informasi terkait dengan informasi umum tentang pasien baik rawat jalan maupun rawat inap yang diajukan kepada petugas Instalasi Humas dan Pemasaran harus mengacu pada ketentuan yang berlaku.
10. Permintaan informasi sesuai UU RI no. 25 th. 2009 tentang Pelayanan Publik, yang tidak dapat dipenuhi dapat diinformasikan pada klien/ pemohon informasi atas data-data rekam medik pasien baik pasien rawat inap maupun rawat jalan
11. Peralatan penunjang kegiatan humas harus dilakukan pemeliharaan secara teratur
12. Pelayanan di Instalasi Humas dan Pemasaran harus selalu berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien
13. Dalam melaksanakan tugasnya setiap anggota petugas wajib mematuhi ketentuan dalam K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) termasuk penggunaan alat pelindung diri (APD), serta selalu mengacu pada pencegahan dan pengendalian infeksi
14. Pelayanan Humas dan Pemasaran dilaksanakan sesuai dengan ketentuan jam kerja yang diberlakukan di Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta, yaitu jam 07.00 WIB - 16.00WIB untuk hari Senin sampai Kamis dan jam 07.00 WIB - 14.00 WIB untuk hari Jumat

15. Untuk melaksanakan koordinasi dan evaluasi wajib dilaksanakan rapat rutin bulanan minimal satu bulan sekali
16. Wajib membuat laporan secara berkala kepada direktur

#### Pasal 25

Kebijakan Instalasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 huruf w, mengatur:

1. Jam pelayanan Instalasi SIMRS sesuai dengan jam kerja
2. Pelayanan pada Instalasi SIMRS meliputi :
  - Pengelolaan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang terdiri dari *billing system*, e-Rekam Medis, e-Resep
  - Pengelolaan Perangkat Keras (Hardware) Komputer, Printer, LCD, Speaker, Scanner, UPS dan Stabilizer
  - Pengelolaan Perangkat Lunak (Software) dan Aplikasi Komputer
  - Pengelolaan Jaringan Komputer baik Jaringan Internal (LAN) dan Jaringan Wi-Fi
3. Perbaikan aplikasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) yang tidak bisa diselesaikan oleh Instalasi SIMRS akan dikerjakan oleh Pihak ke-3 melalui prosedur yang telah ditentukan
4. Perbaikan Perangkat Keras (Hardware) Komputer, Printer, LCD, Speaker, Scanner, UPS dan Stabilizer yang tidak bisa diselesaikan oleh Instalasi SIMRS akan dikerjakan oleh Pihak ke-3 melalui prosedur yang telah ditentukan
5. Pencadangan data komputer (*Backup Data*) dilakukan oleh Instalasi SIMRS
6. Pengembalian cadangan data server (*Recovery Database Server*) dilakukan oleh Instalasi SIMRS
7. Pengembangan dan pemeliharaan website dilakukan oleh Instalasi SIMRS
8. Pengelolaan pengisian tinta printer dilaksanakan di Instalasi SIMRS kecuali untuk toner diisikan kepada pihak ke-3 yang telah ditunjuk melalui prosedur yang telah ditentukan

**BAB III**  
**KETENTUAN PENUTUP**

Pasal 26

Pada saat Peraturan Direktur ini berlaku:

Peraturan Direktur Rumah Sakit Jiwa Daerah Surakarta Nomor 188/3337/08/2017 tanggal 01 Agustus 2017 tentang Kebijakan Instalasi dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 27

Peraturan Direktur ini mulai berlaku sejak ditetapkan.

Ditetapkan Di : Surakarta  
Pada Tanggal : 02 Januari 2018

---

DIREKTUR RS. JIWA DAERAH SURAKARTA  
PROVINSI JAWA TENGAH

