RSUD SLG KEDIRI

# BUKU SAKU AKREDITASI

Cetakan ke 3

By:
**Tim Akreditasi**
**RSUD SLG**




**BUKU SAKU AKREDITASI KARS**

**TAHUN 2022**

**KATA SAMBUTAN**

Assalamu'alaikum **Wr.Wb.**

Salam sejahtera bagi kita semua

Puji syukur kepada Allah SWT. Tuhan Yang Maha Esa, atas segala rahmat yang telah dikaruniakan, sehingga Buku Saku Karyawan UOBK RSUD SLG Kediri dapat selesai disusun.

Buku Saku Karyawan UOBK RSUD SLG Kediri ini merupakan pedoman bagi seluruh karyawan UOBK RSUD SLG Kediri dalam tata cara penyelenggaraan pelayanan di UOBK RSUD SLG Kediri, guna mensukseskan Akreditasi Rumah Sakit STARKES Kemenkes R.I 2022.

Dalam Buku Saku Karyawan UOBK RSUD SLG Kediri ini diuraikan tentang falsafah UOBK RSUD SLG Kediri, Gambaran Umum UOBK RSUD SLG Kediri, Standard dan Elemen Akreditasi.

Tidak lupa penyusun sampaikan terimakasih kepada semua pihak yang sudah membantu dalam menyelesaikan Buku Saku ini. Semoga Buku Saku ini dapat bermanfaat bagi semua karyawan UOBK RSUD SLG Kediri.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Ketua TIM Akreditasi

UOBK RSUD SLG Kediri

dr. Christopher Antony S., Sp.O.T

# Tentang Kami

**RSUD SImpang Lima Gumul Kediri (RSUD SLG)** adalah Rumah Sakit Milik Pemerintah Daerah Kabupaten Kediri yang didirikan dengan tujuan untuk mendukung keberhasilan program pembangunan kesehatan. RSUD SLG beorientasi service excellent yang mengutamakan mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Pembangunan Rumah Sakit UPTD RSUD SLG Kediri tahap I dimulai pada tahun 2016 sedangkan tahap II pada tahun 2017. UPTD RSUD baru ini berlokasi di Desa Tugurejo Kecamatan Ngasem, Kabupaten Kediri. Awal mula kepemilikan tanah untuk pendirian UPTD RSUD SLG Kediri adalah tanah milik perseorangan kemudian menjadi milik pemerintahan Kabupaten Kediri. UPTD RSUD SLG Kediri menempati lahan seluas 75.504 m2 dengan luas bangunan 22.469 m2 UPTD RSUD SLG Kediri diresmikan oleh Bupati Kediri pada tanggal 7 agustus 2018.

**Alamat :**
**Jl. Galuh Chandra Kirana**

| | |
|---|---|
| Kode RS | : 3506066 |
| Desa | : Tugurejo |
| Kecamatan | : Ngasem |
| Kabupaten | : Kediri |
| Kode Pos | : 64182 |
| Telepon | : (0354) 2891400 |
| Direktur | : |

**dr. TONY WIDYANTO, Sp. OG (K)**

Kelas RS : Kelas C

# Logo & Motto

RSUD SLG KEDIRI

## *Arti Warna*

**Merah** bermakna kekuatan dan Semangat;

**Hijau** bermakna Kedamaian dan Keseimbangan;

**Orange** bermakna kehangatan dan Kenyamanan;

**Biru** bermakna Kecerdasan dan Rasa Percaya Diri.

## *Arti Gambar*

Kemitraan 3 pilar/komponen layanan di UPTD RSUD SLG, yang stabil bergerak melayani dan memiliki daya tahan sepanjang masa;
3 pilar layanan di UPTD RSUD SLG yaitu Layanan Medis, Layanan Paramedis dan Layanan Penunjang Medis; dan
3 Komponen yang terdiri dari Sumberdaya Manusia, Peralatan Kesehatan dan Sediaan Obat & Perbekalan Kesehatan.

**- MOTTO -**
**- Pelayanan prima komitmen kami -**

# VISI MISI

R : RESPONSIF
S : SANTUN
U : UNGGUL
D : DISIPLIN
S : SPORTIF
L : LOYALITAS
G : GUYUB

## Visi

**Menjadi rumah sakit pilihan utama masyarakat dengan pelayanan kesehatan yang berkualitas serta mendukung pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat**

## Misi

**M**enyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna bagi seluruh lapisan masyarakat yang berorientasi kepada mutu dan keselamatan pasien.

**M**embangun sumber daya manusia Rumah sakit yang profesional sesuai standar diiringi integritas dalam pelayanan.

**M**endorong pengembangan ilmu dan teknologi kesehatan serta layanan unggulan Rumah sakit

**M**engembangkan pendidikan, pelatihan, penelitian dan pengabdian yang terintegrasi untuk meningkatkan mutu pelayanan

**M**enyelenggarakan kegiatan manajemen Rumah sakit secara profesional, efektif dan efisien untuk meningkatkan kemandirian Rumah sakit dan kesejahteraan karyawan



**DAFTAR ISI**


Kata Sambutan ..... 1
**Logo & Motto ..... 2**
**Visi dan Misi UPTD RSUD SLG Kediri ..... 3**
Daftar Isi ..... 4
Akreditasi Rumah Sakit ..... 5
SNARS Edisi 1 ..... 7
Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) ..... 8
Akses Ke Rumah Sakit Dan Kontinuitas Pelayanan (ARK) ..... 14
Hak Pasien Dan Keluarga (HPK) ..... 18
Asesmen Pasien (AP) ..... 23
Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP) ..... 29
**Alur EWS Dewasa ..... 32**
**Alur EWS Maternal ..... 33**
**Alur EWS Anak ..... 33**
**Mekanisme Aktifasi Code Blue ..... 34**
**Resusitasi Jantung Paru ..... 36**
Pelayanan Anesthesi Dan Bedah (PAB) ..... 37
Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO) ..... 38
Manajemen Komunikasi Dan Edukasi (MKE) ..... 39
Peningkatan Mutu Dan Keselamatan pasien (PMKP) ..... 41
**Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien ..... 43**
Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI) ..... 44
**Cuci Tangan ..... 45**
Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS) ..... 47
Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK) ..... 49
CARA Penggunaan APAR ..... 52
Kode Darurat Di UPTD RSUD SLG Kediri ..... 53
Manajemen Informasi Dan Rekam Medis (MIRM) ..... 55
Program Nasional ..... 56
Kompetensi Dan Kewenangan Staf (KKS) ..... 58
MARS RSUD SLG Kediri ..... 60

## AKREDITASI RUMAH SAKIT

**A.** DEFINISI AKREDITASI

Akreditasi adalah pengakuan terhadap mutu pelayanan rumah sakit setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi yang disetujui oleh Pemerintah.

**B.** TUJUAN AKREDITASI

1. Untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.
2. Menjadi acuan bagi lembaga independen penyelenggara akreditasi rumah sakit dan rumah sakit dalam penyelenggaraan akreditasi rumah sakit.
3. Menjadi acuan bagi Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota dalam pembinaan dan evaluasi mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

**C.** MANFAAT AKREDITASI

1. Sebagai alat bagi pemilik dan pengelola RS mengukur kinerja RS
2. Melindungi masyarakat dari pelayanan sub standar/malpraktek
3. Meningkatkan citra RS dan kepercayaan masyarakat

**D.** PRINSIP AKREDITASI

Tulis yang dikerjakan, kerjakan yang ditulis dan bisa dibuktikan
Apakahyang harus ditulis?

1. Dokumen Regulasi Rumah Sakit

   Dokumen regulasi di RS, dapat dibedakan menjadi :

   a. Regulasi pelayanan RS,yang terdiri dari :

      - Kebijakan Pelayanan RS
      - Pedoman/Panduan Pelayanan RS

- Standar Prosedur Operasional (SPO)
- Rencana jangka panjang (Renstra, Rencana strategi bisnis, bisnis plan)
- Rencana kerja tahunan (RKA, RBA atau lainnya)

b. Regulasi diunit kerja RS yang terdiri dari
- Kebijakan pelayanan RS
- Pedoman/Panduan Pelayanan unit kerja di RS
- Standar Prosedur Operasional (SPO) di Unit Kerja
- Program (Rencana kerja tahunan unit kerja)

2. Apakah yang dikerjakan?

Standar Akreditasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan RI yaitu standar pelayanan berfokus pada pasien untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dengan pendekatan manajemen risiko di Rumah Sakit yang terdiri dari 4 kelompok sebagai berikut:

1. Kelompok Manajemen Rumah Sakit terdiri atas:
   a. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS),
   b. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS),
   c. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), '
   d. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP),
   e. Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK),
   f. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan
   g. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK).

2. Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas:
   a. Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP),
   b. Hak Pasien dan Keluarga (HPK),
   c. Pengkajian Pasien (PP),
   d. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP),
   e. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB),
   f. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan
   g. Komunikasi dan Edukasi (KE).
3. Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).
4. Kelompok Program Nasional (PROGNAS).

3. Bagaimana membuktikan?

   - Dicatat apa yang dikerjakan pada rekam medik.
   - Ciri rekam medik yang baik adalah:
     Jelas – Lengkap – Benar (*Clear–Complete–Correct*)

**STARKES Standar KEMENKES 2022 Terdiri dari**

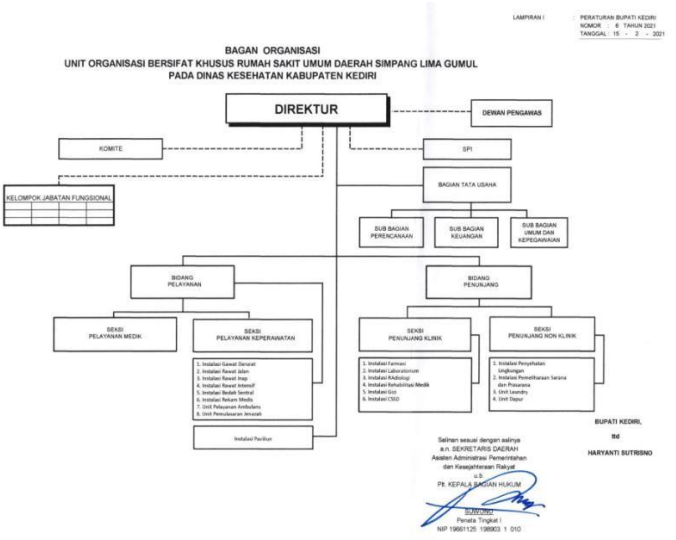
Kelompok Kerja Manajemen
1. Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS),
2. Kualifikasi dan Pendidikan Staf (KPS),
3. Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK), '
4. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP),
5. Manajemen Rekam Medik dan Informasi Kesehatan (MRMIK),
6. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), dan
7. Pendidikan dalam Pelayanan Kesehatan (PPK).

Kelompok Pelayanan Berfokus pada Pasien terdiri atas:
1. Akses dan Kontinuitas Pelayanan (AKP),
2. Hak Pasien dan Keluarga (HPK),
3. Pengkajian Pasien (PP),
4. Pelayanan dan Asuhan Pasien (PAP),
5. Pelayanan Anestesi dan Bedah (PAB),
6. Pelayanan Kefarmasian dan Penggunaan Obat (PKPO), dan
7. Komunikasi dan Edukasi (KE).

Kelompok Sasaran Keselamatan Pasien (SKP).

Kelompok Program Nasional (PROGNAS).

# TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)



**Pelayanan di RSUD SLG Kediri**






## KUALIFIKASI & PENDIDIKAN STAF (KPS)

**A. Dapatkah anda menjelaskan Uraian Tugas anda?**

Rumah sakit membutuhkan staf yang memiliki keterampilan dan kualifikasi untuk mencapai misinya dan memenuhi kebutuhan pasien. Para pimpinan rumah sakit mengidentifikasi jumlah dan jenis staf yang dibutuhkan berdasarkan rekomendasi dari unit.

Perekrutan, evaluasi, dan pengangkatan staf dilakukan melalui proses yang efisien, dan seragam. Di samping itu perlu dilakukan kredensial kepada tenaga medis, tenaga perawat, dan tenaga kesehatan lainnya, karena mereka secara langsung terlibat dalam proses pelayanan klinis. Orientasi terhadap rumah sakit, dan orientasi terhadap tugas pekerjaan staf merupakan suatu proses yang penting. Rumah sakit menyelenggarakan program kesehatan dan keselamatan staf untuk memastikan kondisi kerja yang aman, kesehatan fisik dan mental, produktivitas, kepuasan kerja.

Program ini bersifat dinamis, proaktif, dan mencakup hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan staf seperti pemeriksaan kesehatan kerja saat rekrutmen, pengendalian pajanan kerja yang berbahaya, vaksinasi/imunisasi, cara penanganan pasien yang aman, staf dan kondisi-kondisi umum terkait kerja.
Fokus pada standar ini adalah:

a. Perencanaan dan pengelolaan staf;

b. Pendidikan dan pelatihan;
c. Kesehatan dan keselamatan kerja staf;
d. Tenaga medis;
e. Tenaga keperawatan; dan
f. Tenaga ke

## MANAJEMEN FASILITAS DAN KESELAMATAN (MFK)

**Apa tujuan MFK?**

1. Mengurangi dan mengendalikan bahaya dan resiko.
2. Mencegah kecelakaan dan cidera.
3. Memelihara kondisi aman.

**Bagaimana Prosedur Evakuasi?**

1. Tetap tenang, jangan panik, jangan berlari, ikuti petunjuk arah evakuasi atau dari petugas evakuasi.
2. Jangan mencoba mengambil barang yang tertinggal.
3. Lepaskan sepatu hak tinggi.
4. Gunakan tangga darurat terdekat menuju jalur evakuasi.
5. Jalan merangkak menuju tangga darurat, bila lorong dipenuhi asap, dan jangan gunakan lift.
6. Tutup hidung dan mulut dengan saputangan atau tissue yang telah dibasahi air guna menghindari dari kemungkinan menghirup zat beracun.
7. Keluar menuju tempat berhimpun di halaman rumah sakit.
8. Jika kasus gempa, maka segera amankan diri ke kolong, bagian sudut ruang atau di samping almari/tempat berlindung yang kuat.
9. Jangan kembali keruangan sebelum ada intruksi bahwa situasi telah aman dan petuga keamanan
10. Setelah keadaan terkendali, Ketua Tim Code Red / Tim K3RS bersama kepala IPSRS bertanggungjawab melakukan koordinasi investigasi bersama kepala unit kerja terkait maksimal 2 X 24 jam untuk melaporkan kepada direktur

**Titik kumpul darurat adalah ?**

Tempat berkumpul sementara seluruh petugas RS, pasien, keluarga pasien dan pengunjung saat terjadi keadaan bencana di lingkungan Rumah Sakit.



**Dimanakah letak titik kumpul jika terjadi Kebakaran / Bencana Alam?**

1. Halaman depan RS / area parkir Depan IGD dan Poliklinik Spesialis
2. Halaman / area parkir Gedung D (R.Perkutut / Cendrawasih)
3. Halaman belakang Gedung E
4. Halaman Belakang Gedung C (Ruang Kasuari/Gelatik)

**Bagaimana jika menemukan titik api / kebakaran ?**

1. Tetap tenang, tidak panik dan segera panggil bantuan untuk aktifasi Code Red di nomor telepon **1133,** laporkan bahwa ada kebakaran di ruang atau area .....
2. Tekan tombol alarm yang paling dekat dengan titik api agar sistem detektor kebakaran di RS bisa segera mendeteksinya.
3. Padamkan api menggunakan APAR dengan metode **TATS.**
4. Semua petugas RS yang bertugas sebagai tim code red menuju ke titik api dengan menggunakan helm berwarna merah dan membawa APAR.
5. Jika api tidak bisa padam dengan menggunakan APAR, maka tim code red akan melakukan pemadaman dengan menggunakan Hydrant.



**Kode Simbol di RSUD**

| Simbol | Keterangan |
|---|---|
|  | DILARANG MEROKOK |
|  | AWAS RADIASI |
|  | AWAS TEGANGAN TINGGI |
|  | MUDAH TERBAKAR |
|  | AWAS MUDAH MELEDAK |
|  | AWAS KOROSIF |
|  | DAERAH BERBAHAYA ATAU TOXIC |


Pertolongan pertama
Tempat berhimpun / berkumpul
Telepon emergensi
Pintu geser
Pintu darurat
Pintu darurat arah kiri
Pintu darurat arah kanan
Arah pintu darurat kebawah
Tekan
Tarik
Pintu arah lari
Lari arah kiri
Arah lari kekanan bawah
Arah lari kekanan
Arah lari kebawah
Pintu darurat ke bawah


Petunjuk Penggunaan APAR
How to use Fire Extinguisher
1
2
3
4
Tarik
Kunci
Pengaman
Pull Pin
Arahkan
Ke Dasar Api
Aim At Base Of Fire
Tekan
Gagang
Squeeze Handle
Sapukan
Dari Sisi
Ke Sisi
Sweep Side to Side

**KODE DARURAT DI RSUD SLG KEDIRI**

**A.** *Code Blue* (Kegawatdaruratan Medis)

Untuk menyelamatkan orang yang berada dalam area rumah sakit dengan kondisi klinis akut tertentu maupun komplikasi serius yang membutuhkan pertolongan medis segera, **Telepon 1133**.

**B.** *CodeRed*(Kebakaran)

Untuk menyelamatkan setiap orang yang berada dalam area kebakaran **Telepon 1133.**

**C.** *Code Grey* (GangguanKeamanan)

Untuk menyelamatkan setiap orang dari situasi berbahaya berhubungan dengan kejahatanyangmengancamfisik.

**D.** *CodePink*(PenculikanBayi)

Untuk menyelamatkan bayi atau anak-anak yang hilang atau diculik di area Rumah Sakit.

**E.** *Code Purple* (Perintah untuk Evakuasi)

Perintah untuk meninggalkan lokasi bencana, karena dapat membahayakan nyawa, kesehatan atau keamanan.

**F.** *CodeGreen* (Gempa Bumi)

Untuk menyelamatkan setiap orang pada waktu terjadi gerakan bumi yang mengakibatkanadanyaguncanganoleh faktor alam yang dapat mengakibatkan timbulnya korban jiwa, kerusakan serta dampakpsikologis.

**G.** *CodeBlack*(AncamanBom)

Adanya informasi ancaman bom lewat telpon, sms atau media lainnya.

**JADWAL TIM BENCANA**

Di RSUD SLG Kediri terdapat beberapa titik area yang terpasang Papan Jadwal Tim Bencana. Papan tersebut wajib diisi sesuai dengan jumlah helm dan penanggung jawabnya masing-masin.

Penanggung jawab area harus selalu menjadwalkan tim untuk siaga di setiap shift. Sehingga jika terjadi bencana sewaktu-waktu semua tim sudah siap sesuai jadwalnya.

1. Helm Merah untuk Fire Warden / Petugas yang merespon ke titik api jika terjadi kebakaran / bencana dengan membawa APAR terdekat.
2. Helm Putih bertugas untuk mengamankan dokumen penting milik RS yang berada di ruangannya maing-masing.
3. Helm Kuning adalah untuk petugas yang bertanggung jawab mengamankan Aset berharga milik RS, seperti misalnya alat-alat medis kedkteran.
4. Helm Biru bertugas untuk mengamankan pasien / pengunjung / semua orang yang ada di areanya masing-masing dan mengarahkannya ke titik kumpul darurat yang palin dekat.



## PENINGKATAN MUTU & KESELAMATAN PASIEN (PMKP)

**A. Apa itu PMKP ? (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien)**

**Peningkatan Mutu** : Pendekatan Pendidikan (edukasi) berkelanjutan dan perbaikan proses-proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan pasien dan pihak-pihak yang berkepentingan lainnya.

**Keselamatan Pasien adalah** : suatu sistem dimana RS membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

**B. Apa Fungsi IndikatorMutu?**

Untuk mengukur mutu pelayanan RS

**C. Apa DasarPemilihan Indikator:**

1. High Risk (resiko tinggi)
2. High Volume (jumlah tinggi)
3. Problem Prone (berpotensi menjadi masalah)

**D. Sebutkan JenisIndikatorMutu !**

1. Indikator Kunci:
   a. Indikator Area Klinis (10 indikator)
   b. Indikator Area Manajemen (9 indikator)
   c. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien(6 indikator)
   d. JCI *Library* (5 indikator) >> versi Internasional
2. Indikator Unit Kerja (16 indikator)
3. Indikator Mutu wajib Nasional (12 indikator)

**E. INDIKATOR MUTU WAJIB NASIONAL**

| No | Indikator | Standar |
|---|---|---|
| 1 | Kepatuhan Identifikasi Pasien | 100% |
| 2 | Emergency Respon Time | ≤ 5 menit |
| 3 | Waktu Tunggu Rawat Jalan | < 60menit |
| 4 | Penundaan Operasi Elektif | 0% |
| 5 | Kepatuhan Jam Visite Dokter Spesialis | 100% |
| 6 | Waktu Lapor Hasil Tes Kritis laboratorium | 100% |
| 7 | Kepatuhan Penggunaan Formularium Nasional | 100% |
| 8 | Kepatuhan Cuci Tangan | 100% |
| 9 | Kepatuhan Upaya Pencegahan Risiko Cedera Akibat Pasien Jatuh pada pasien Rawat Inap | 0% |
| 10 | Kepatuhan Terhadap Clinical Pathway | 100% |
| 11 | Kepuasan Pasien dan Keluarga | 90% |
| 12 | Kecepatan respon Terhadap Komplain | 75% |

**F. Apaitu Insiden Keselamatan Pasien (IKP)?**

**Insidenkeselamatanpasien** (IKP) adalah setiap kejadian yg tidak disengaja & kondisi yang mengakibatkan/berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien,terdiri dari:

1. KPC (**Kondisi Potensial Cedera**) adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
2. KNC (**Kondisi Nyaris Cedera**) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar kepasien.
3. KTD (**Kejadian Tidak Diharapkan**) adalaah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien
4. Kejadian Sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

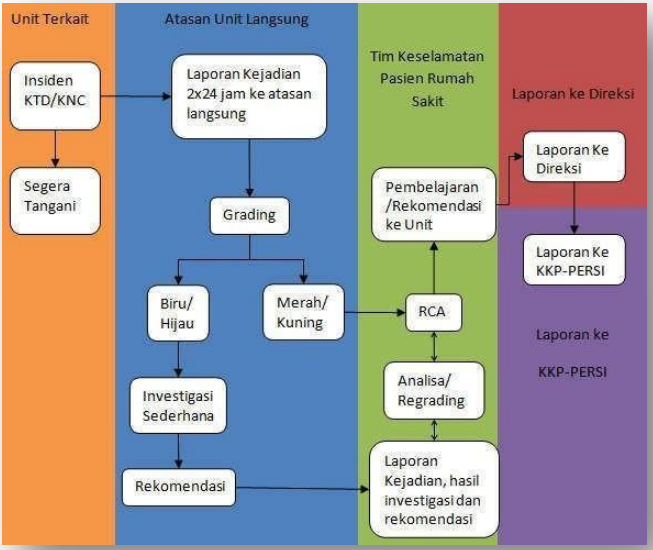
**Yang** termasuk **Kejadian Sentinel** di RS:

1. Kematian yang tidak terkait dengan perjalanan alamiah penyakit
2. Kehilangan fungsi utama(major) secarapermanen
3. Salah lokasi, prosedur dan pasien operasi yang menyebabkan cedera
4. Penculikan bayi atau dipulangkan bukan dengan orang tuanya.
5. Kejadian menyangkut *Outbreak* (infeksi/non infeksi) di RS.

**G. Berapa lama Waktu Pelaporan IKP ?**

Siapapun yang melihat atau mengalami IKP **WAJIB** melaporkan ke PMKP maksimal 2 x 24 jam.

**H. Bagaimana Alur Pelaporan IKP?**



## MANAJEMEN REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN (MRMIK)

**A. Penulisan RekamMedis**

1. Tulislah dengan tulisan yang dapat dibaca oleh semua orang
2. Tulislahdenganmenggunakan tinta **HITAM**
3. Koreksi tulisan yang salah dengan dicoret sekali dan diberi paraf, tulisan yang salah masih bisa dibaca dan menulis koreksinya diatas
   i. / disamping kanan tulisan yang salah. Tidak boleh menggunakan Tipe-X
   ii. Contoh : ~~Viral Infection~~ Bacterial Infection
   Bacterial Infection
   iii. Viral ~~Infection~~

4. Apabila ada isian form yang tidak diisi karena suatu alasan, maka
   i. **TIDAK BOLEH DIKOSONGKAN** tetapi diberi tanda silang penuh (X)
5. Petugas yang melakukan entry dalam waktu 1 x 24 jam wajib menuliskan **TANGGAL, JAM, NAMA PETUGAS YANG MELAKUKAN ENTRY, DAN TANDA TANGAN** pada setiap isian yang disediakan
6. DPJP wajib melakukan Verifikasi dalam waktu 1x 24 jam atas entry rekammedisyang dilakukan olehasistenDPJP.
7. Gunakanlah standar singkatan dan kode yang telah ditentukan oleh rumah sakit, sesuai buku daftar singkatan yang telah disepakati dalam daftar singkatan Rumah Sakit UPTD RSUD SLG KEDIRI. Apabila tidak ada dalam daftar wajib ditulis lengkap.
8. Pada *Informed Consent* dan Resume Medis **TIDAK BOLEH ADA SINGKATAN**
9. Rekammedis harus dijaga kerahasiaannya,**TIDAK BOLEH** :
10. Didokumentasikan / difoto
11. Fotocopy
12. Dibawa Pasien
13. Dibawa KeluargaPasien.
14. Rekam medis yang sudah dipinjam harus kembali ke rekam medis
    i. **maksimal 2 x 24 Jam**.

## PENCEGAHAN DAN PENANGANAN INFEKSI (PPI)

**A. Ada Berapakah macam Kewaspadaan Isolasi?**

1. Kewaspadaan Standar
2. Kewaspadaan Transmisi

**B. Apa saja yang termasuk Kewaspadaan Standar?**

1. Kebersihan tangan
2. Alat Pelindung Diri (APD)
3. Dekontaminasi peralatan perawatan pasien
4. Pengendalian lingkungan
5. Pengelolaan limbah
6. Penatalaksanaan linen
7. Perlindungan kesehatan karyawan
8. Penempatan pasien
9. Etika batuk
10. Praktik menyuntik yang aman
11. Praktik lumbal punksi yang aman

**C. Jenis Kewaspadaan Transmisi :**

1. Transmisi melakui KONTAK.
   contoh : MRSA *(Meticilline Resistant Staphylococus Aureus*)
2. Transmisi melalui PERCIKAN / droplet (ludah / dahak), contoh: flu burung, difteri.
3. TransmisimelaluiUDARA/airborne, contoh: TBC

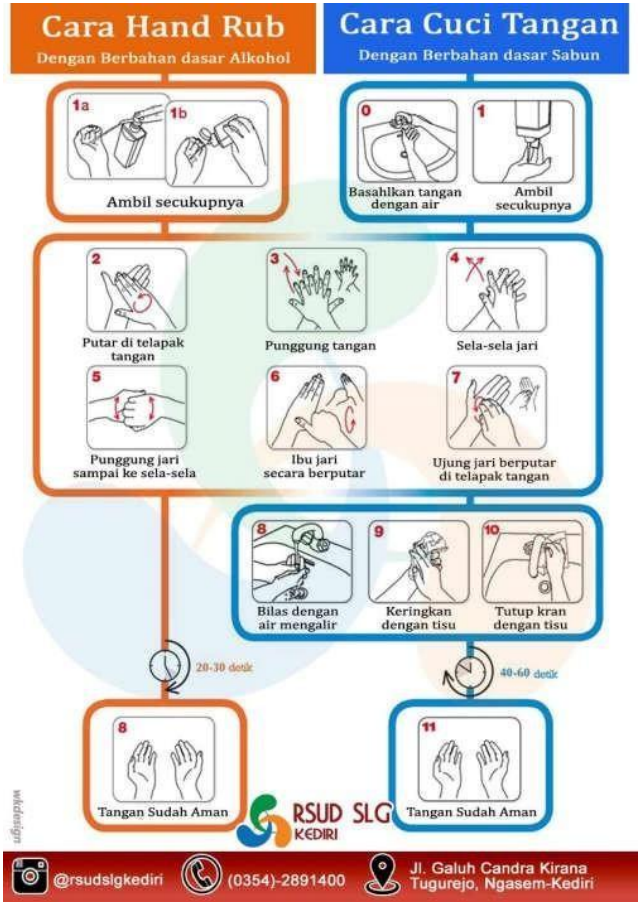
**D. Berapa Cara Cuci Tangan :**

1. **Handwash: selama 40-60 detik** - Cuci tangan dengan air mengalir dan sabun. Dilakukan saat tangan terlihat kotor.
   Contoh: menyentuh darah/cairan /kotoran tubuh pasien
2. **Handrubs: selama 20-30 detik** - Cuci tangan dengan cairan berbasis dasar alkohol 70%, Dilakukan saat tangan tidak tampak kotor

**E. Lima (5) Momen Cuci Tangan menurut WHO (2 sebelum 3 setelah)**

1. Sebelum kontak dengan pasien
2. Sebelum tindakan aseptik
3. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien
4. Setelah kontak dengan pasien
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien




Cara Hand Rub
Dengan Berbahan dasar Alkohol
Cara Cuci Tangan
Dengan Berbahan dasar Sabun
1a
1b
Ambil secukupnya
0
Basahlkan tangan dengan air
1
Ambil secukupnya
2
Putar di telapak tangan
3
Punggung tangan
4
Sela-sela jari
5
Punggung jari sampai ke sela-sela
6
Ibu jari secara berputar
7
Ujung jari berputar di telapak tangan
8
Bilas dengan air mengalir
9
Keringkan dengan tisu
10
Tutup kran dengan tisu
20-30 detik
40-60 detik
8
Tangan Sudah Aman
11
Tangan Sudah Aman
RSUD SLG KEDIRI
@rsudslgkediri
(0354)-2891400
Jl. Galuh Candra Kirana
Tugurejo, Ngasem-Kediri

## MANAJEMEN INFORMASI REKAM MEDIK (MIRM)

**A. Penulisan RekamMedis**

2. Tulislah dengan tulisan yang dapat dibaca oleh semua orang
3. Tulislahdenganmenggunakan tinta **HITAM**
4. Koreksi tulisan yang salah dengan dicoret sekali dan diberi paraf, tulisan yang salah masih bisa dibaca dan menulis koreksinya diatas / disamping kanan tulisan yang salah. Tidak boleh menggunakan Tipe-X

   Contoh : ~~Viral Infection~~ Bacterial Infection

   Bacterial Infection

   Viral ~~Infection~~

5. Apabila ada isian form yang tidak diisi karena suatu alasan, maka **TIDAK BOLEH DIKOSONGKAN** tetapi diberi tanda silang penuh (X)
6. Petugas yang melakukan entry dalam waktu 1 x 24 jam wajib menuliskan **TANGGAL, JAM, NAMA PETUGAS YANG MELAKUKAN ENTRY, DAN TANDA TANGAN** pada setiap isian yang disediakan
7. DPJP wajib melakukan Verifikasi dalam waktu 1x 24 jam atas entry rekammedisyang dilakukan olehasistenDPJP.
8. Gunakanlah standar singkatan dan kode yang telah ditentukan oleh rumah sakit, sesuai buku daftar singkatan yang telah disepakati dalam daftar singkatan Rumah Sakit UPTD RSUD SLG KEDIRI. Apabila tidak ada dalam daftar wajib ditulis lengkap.
9. Pada *Informed Consent* dan Resume Medis **TIDAK BOLEH ADA SINGKATAN**
10. Rekammedis harus dijaga kerahasiaannya,**TIDAK BOLEH** :
    - Didokumentasikan / difoto
    - Fotocopy
    - Dibawa Pasien
    - Dibawa Keluarga Pasien.
11. Rekam medis yang sudah dipinjam harus kembali ke rekam medis **maksimal 2 x 24 Jam**.

## PENDIDIKAN DALAM PELAYANAN KESEHATAN (PPK)

Rumah sakit pendidikan harus mempunyai mutu dan keselamatan pasien yang lebih tinggi daripada rumah sakit non pendidikan. Agar mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit pendidikan tetap terjaga maka perlu ditetapkan standar akreditasi untuk rumah sakit pendidikan. Rumah sakit pendidikan memiliki keunikan dengan adanya peserta didik yang terlibat dalam upaya pelayanan pasien. Keberadaan peserta didik ini dapat membantu proses pelayanan namun juga berpotensi untuk mempengaruhi mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Ini disebabkan peserta didik masih dalam tahap belajar dan tidak memahami secara penuh protokol yang ditetapkan oleh rumah sakit. Untuk itu perlu pengaturan khusus bagi rumah sakit yang mengadakan pendidikankesehatan.

1. Rumah sakit menetapkan regulasi tentang persetujuan dan pemantauan pemilik &pimpinan dalam kerja sama penyelenggaraan pendidikan kesehatan di rumah sakit.
2. Pelaksanaan pelayanan dalam pendidikan klinis yang diselenggarakan di rumah sakit mempunyai akuntabilitas manajemen, koordinasi, dan prosedur yang jelas. Rumah sakit memiliki regulasi yang mengatur:
   a) Kapasitas penerimaan peserta didik sesuai dengan kapasitas rumah sakit yangdicantumkan dalam perjanjian kerja sama;
   b) Persyaratan kualifikasi pendidik/dosen klinis; dan
   c) Peserta pendidikan klinis di rumah sakit yang dipertimbangkan berdasarkan masapendidikan dan level kompetensi.
3. Tujuan dan sasaran program pendidikan klinis di rumah sakit disesuaikan dengan jumlahstaf yang memberikan pendidikan klinis, variasi dan jumlah pasien, teknologi, serta fasilitas rumah sakit.
4. Seluruh staf yang memberikan pendidikan klinis mempunyai kompetensi sebagai pendidik klinis dan mendapatkan kewenangan dari institusi pendidikan dan rumah sakit.
5. Rumah Sakit Memastikan pelaksanaan pendidikan yang dijalankan untuk setiap jenis dan jenjang pendidikan staf klinis di rumah sakit aman bagi pasien dan peserta didik.

6. Pelaksanaan pendidikan klinis di rumah sakit harus mematuhi regulasi rumah sakit dan pelayanan yang diberikan berada dalam upaya mempertahankan atau meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

## AKSES DAN KESINAMBUNGAN PELAYANAN (AKP)

**A. SKRINING** : Identifikasi kebutuhan pelayanan untuk menyesuaikan dengan kemampuan rumah sakit. Terdiri dari :

1) **PINTU MASUK** : Satpam, mengetahui maksud kedatangan pengunjung, pasien atau
2) **LUAR RS** : VIATelepon(rujuk ke IGD)

3) **VISUAL/PENGAMATAN(SeluruhStafRS)**

| Hasil Pengamatan | Pertanyaan Singkat | Tindak Lanjut |
|---|---|---|
| **Memegang dada** | Sakit Dada | **Arahkan ke IGD** |
| Ekspresi wajah kesakitan | Nyeri ringan | Dahulukan antrian poliklinik |
| Ekspresi wajah kesakitan | Nyeri hebat | Arahkan keIGD |
| Tampak sesak nafas atau terengah-engah | Sesak nafas ringan | Dahulukan antrian poliklinik |
| Tampak sesak nafas atau terengah-engah | Sesak nafas berat | Arahkan ke IGD |
| Pingsan | | Arahkanke IGD |
| Muntah-muntah | | Arahkanke IGD |

**4) TRIASE (IGD) : Kriteria ESI**

| Kasus Kategori | ESI 1 | ESI 2 | ESI 3 | ESI 4 | ESI 5 | DOA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bedah** | Ruang resusitasi | Tindakan bedah | Tindakan bedah | Tindakan bedah | Tindakan bedah | **Lakukan penanganan jenazah dan ditempatkan di ruang transit jenazah** |
| **Non bedah** | Ruang resusitasi | Tindakan Non bedah | Tindakan Non bedah | Bila jam poliklinik, alihkan kepoliatau FKTP,biladiluar jampolitanganidi IGD | | |
| **Kebidanan dan neonatus** | Ruang resusitasi | Stabilisasi di IGD lalu transfer PONEK | PONEK | Bila jam poliklinik, alihkan ke poli atau FKTP,biladiluar jampolitanganidi PONEK | | |

**B. MANAJER PELAYANAN PASIEN/MPP**

Adalah petugas yang mengkoordinasi antar PPA. Tidak semua pasien dikoordinasi oleh MPP. Skrining awal kebutuhan MPP dilakukan di asesmen awal.

Berikut kriteria pasien yang membutuhkan MPP :

1. Pasien dengan kebutuhan P3 (Perencanaan Pemulangan Pasien) / *Discharge Planning*
2. Pasien dengan pelayanan risiko tinggi (Penyakit menular, dialisis, koma, immuno-suppressed, restraint, risiko bunuh diri, risiko tindak kekerasan atau ditelantarkan)
3. Pasien Potensi komplain tinggi
4. Kasus denganpenyakitkronis, katastropik, terminal
5. Pasien dengan riwayat penggunaan peralatan medis di masalalu
6. Status fungsional rendah, kebutuhan bantuan ADL (*Activity Daily Living*) yang tinggi
7. Riwayat gangguan mental, upaya bunuh diri,krisis keluarga, isusosial a.l. terlantar, tinggalsendiri, narkoba.
8. Sering masuk IGD, readmisi rumah sakit
9. Kemungkinan sistem pembiayaan yang komplek/masalah finansial
10. Kasus yang melebihi rata-rata lama dirawat
11. Kasus yang diidentifikasi rencana pemulangannya penting/berisiko atau yang membutuhkan kontinuitas pelayanan.
12. Perkiraan asuhan dengan biaya tinggi

**C.TRANSFER PASIEN**

Adalah proses memindahkan pasien dari satu tempat ketempat lain (internal, maupun eksternal-Rujukan).

Petugas yang mendampingi pasien saat proses rujukan adalah tenaga yang kompeten dan terlatih, yaitu Tim Rujukan / Tim Medevak.

| DPJP | PPJA | Pendamping | Pengemudi |
|---|---|---|---|
| • Keputusan transfer<br>• Stabilisasi sebelum transfer<br>• Tentukan kebutuhan transfer | • Memastikan pasien diterima sebelum berangkat<br>• Memastikan pendamping kompeten<br>• Memastikan dokumen, obat, BHP selama transfer | • Pemantauan dan pencatatan selama transfer<br>• Mengatasi kegawatan selama transfer<br>• Melakukan serah terima | • Memastikan kendaraan siap pakai<br>• Dekontaminasi kendaraan<br>• Mengendarai dan mematuhi peraturan lalu lintas |

**Level Kebutuhan Transfer**

| Pasien | Petugas pendamping (minimal) | Keterampilan yang dibutuhkan | Peralatan Utama |
|---|---|---|---|
| Derajat 0 | Petugas keamanan / transporter | Bantuan hidup dasar (BHD) | - |
| Derajat 0,5 (orangtua / delirium) | Petugas keamanan / transporter / staf keperawatan | Bantuan hidup dasar | - |
| Derajat 1 | staf keperawatan | Bantuan hidup dasar<br>Pemberian oksigen<br>Pemberian obat-obatan<br>Kenal akan tanda deteriorasi<br>Keterampilan perawatan trakeostomi dan suction | Oksigen<br>Suction<br>Tiang infus portabel<br>Infus pump dengan baterai<br>Oksimetri<br>Kursi roda/brankar |
| Derajat 2 | Dokter, staf keperawatan | Semua ketrampilan di atas, ditambah;<br>Penggunaan alat pernapasan<br>Bantuan hidup lanjut<br>Penggunaan kantong pernapasan (bag-valve mask)<br>Penggunaan defibrillator<br>Penggunaan monitor intensif | Semua peralatan di atas, ditambah;<br>Monitor EKG dan tekanan darah<br>Defibrillator bila diperlukan |
| Derajat 3 | Dokter, staf keperawatan | Dokter:<br>Minimal berpengalaman mengenai perawatan pasien intensif<br>Keterampilan BHD dan lanjut<br>Keterampilan menangani permasalahan jalan napas dan pernapasan, minimal level ST 3 atau sederajat.<br>Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis<br><br>Perawat:<br>Terlatih dan pengalaman untuk kegawat daruratan<br>Keterampilan BHD dan lanjut<br>Harus mengikuti pelatihan untuk transfer pasien dengan sakit berat / kritis | Monitor pasien portabel yang lengkap<br>Ventilator dan peralatan transfer yang memenuhi standar minimal. |

## D. PEMULANGAN PASIEN

Proses pasien keluar dari rawat inap RS. Pasien yang memerlukan pemulangan kompleks dilakukan **P3 (Perencanaan Pemulangan Pasien).** Berikut kriteria pasiennya ;

1. Pasien Geriatri (>65 tahun)
2. Pasien tinggalsendirian
3. Pasien dengan keterbatasan mobilitas atau memerlukan alat bantu
4. Memerlukanbantuan dalamkehidupan sehari-hari
5. Riwayat sering menggunakan fasilitas gawat darurat (>1 kali/bulan)
6. Pasien pulang dengan jumlah obat lebih dari 6 jenisobat
7. Memerlukan perawatan lanjutan di rumah, contohnya:
    - Perawatan luka di tempat yang tidak terjangkau oleh diri sendiri
    - Perawatan luka yang luas
    - Pasien yang tidak mampu merawat luka
    - Pasien yang tidak mampu melanjutkan kontinuitas perawatan, misal: tidak mampu menyuntikkan insulin, tidak mampu merawat bayi BBLR, dll

## HAK PASIEN DAN KELUARGA (HPK)

**Tahukah anda tentang bagaimana hak pasien di rumah sakit ?**

RSUD Simpang Lima Gumul Kediri bertanggung jawab untuk melindungi dan mengedepankan hak pasien dan keluarga sesuai UU RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit yaitu :

a. Pasien berhak memperoleh informasi mengenai tatatertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
b. Pasien berhak informasitentang hak dan kewajiban pasien.
c. Pasien berhak memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpadeskriminasi.

d. Pasien berhak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
e. Pasien berhak meperoleh layanan yang efektif dan efisien sehngga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi.
f. Pasien berhak mengajukan pengadaan atas kualitas pelayanan yang didapatkan.
g. Pasien berhak memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di RumahSakit
h. Pasien berhak meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik di dalam maupun diluar Rumah Sakit.
i. Pasien berhak mendapat privasi dan kerahasiaan penyaki yang diderita termasuk data-data medisnya.
j. Pasien berhak mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
k. Pasien berhak memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan terhaap penyakit yang dideritanya.
l. Pasien berhak didampingi keluarganya dalam keadaan kritis.
m. Pasien berhak menjalankan agama/ kepercayaan yang dianutnya selama hali itutidak mengganggu pasien lainnya.
n. Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit.
o. Pasien berhak mengajukan usul, saran, perbaikan atas perilaku Rumah Sakit terhadap dirinya.
p. Pasien berhak menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dianutnya.

q. Pasien berhak menggugat dan/ atau menuntut rumah sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana.
r. Pasien berhak mengeluh pelayanan Rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

**Apa saja kewajiban pasien di rumah sakit?**

Menurut Permenkes No. 69 Tahun 2014 kewajiban pasien yaitu :

a. Mematuhi peraturan yang berlaku di Rumah Sakit.
b. Menggunakan fasilitas Rumah Sakit secara bertanggung jawab.
c. Menghormati hak Pasien lain, pengunjung dan hak Tenaga Kesehatan serta petugas lainnya yang bekerja di Rumah Sakit.
d. Memberikan informasi yang jujur, lengkap dan akurat sesuai dengan kemampuan dan pengetahuannya tentang masalah kesehatannya.
e. Memberikan informasi mengenai kemampuan finansial dan jaminan kesehatan yang dimilikinya.
f. Mematuhi rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan di Rumah Sakit dan disetujui oleh Pasien yang bersangkutan setelah mendapatkan penjelasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
g. Menerima segala konsekuensi atas keputusan pribadinya untuk menolak rencana terapi yang direkomendasikan oleh Tenaga Kesehatan dan/atau tidak mematuhi petunjuk yang diberikan oleh Tenaga Kesehatan untuk penyembuhan penyakit atau masalah kesehatannya, dan
h. Memberikan imbalan jasa atas pelayanan yang diterima

**Bagaimana prosedur pemberian informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga ?**

Pemberian informasi dan edukasi diberikan sesuai kebutuhan, dan diberikan oleh petugas dengan kompetensi yang sesuai.

**Bagaimana prosedur pemberian informed Consent kepada pasien dan keluarga ?**

**Siapa yang memberikan informed consent?**

**Apa saja yang diinformasik an saat informed consent?**

Persetujuan Tindakan Kedokteran (Acuan : manual persetujuan tindakan kedokteran dari Konsil Kedokteran Indonesia)

* Pernyataan persetujuan (Informed Consent) dari pasiesn didapat melalui suatu proses yang ditetapkan rumah sakit dan dilaksanakan oleh staf yang terlatih, dalam bahasa yang dipahami pasien.
  **SPO Pemberian Informed Consent**
* Semua tindakan kedokteran harus mendapat persetujuan pasien dan atau keluarga setelah mendapat penjelasan yang cukup tentang hal-hal yang berkaitan dengan tindakan tersebut dari Dokter Penanggungjawab Pasien (DPJP).
* Informed Consent menginformasikan tentang : diagnosis (WD&DD), dasar diagnosis, tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tata cara, tujuan, resiko, komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko.

Pihak yang berhak memberikan persetujuan setelah mendapatkan informasi adalah:

a. Pasien sendiri, yaitu apabila telah berumur 21 tahun atau telah menikah.
b. Bagi Pasien dibawah umur 21 tahun:
   - Ayah Ibu Kandung
   - Saudara kandung
c. Bagi pasien dibawah umur 21 tahun: dan tidak mempunyai orang tua atau orang tuanya berhalangan hadir
   - Ayah/ Ibu Adopsi
   - Saudara Kandung
   - Indung Semang
d. Bagi pasien dewasa dengan gangguan mental:
   - Ayah/Ibu kandung

- Wali yang sah
- Saudara Kandung

e. Bagi pasien dewasa yang berada dibawah pengampunan (*curatelle*):
   - Wali
   - Curator

f. Bagi Pasien dewasa yang telah menikah/ orang tua:
   - Suami/ Istri
   - Ayah/ Ibu Kandung, Anak-anak Kandung dan saudara kandung

**Bagaimana pasien mendapatkan informasi pelayanan kerohanian di RS ?**

Pasien yang membutuhkan pelayanan kerohanian akan mengisi formulir permintaan pelayanan kerohanian, kemudian perawat akan menghubungi petugas rohaniawan sesuai daftar yangada.

**SPO Pelayanan Kerohanian .**

**Bagaimana RS melindungi kebutuhan privasi pasien ?**

Saat dilakukan pemeriksaan, konsultasi, tatalaksana antar pasien akan dibatasi dengan tirai.

**SPO Kebutuhan Privasi dan Simpan Rahasia Pasien.**

**Selain itu terdapat form Permintaan Privasi** jika pasien tidak ingin dikunjungi oleh orang tertentu. Serta formulir **Pelepasan Informasi Rawat Inap** jika pasien mengijinkan kepada orang tertentu untuk mendapatkan informasi dan data kesehatannya.

**Bagaimana RS melindungi pasien terhadap kekerasan fisik ?**

* Kriteria kekerasan fisik di lingkungan Rumah sakit tediri atas : Pelecehan seksual, pemukulan, penelantaran, dan pemaksaan fisik terhadap pasien baik yang dilakukan oleh penunggu/ pengunjung pasien maupun petugas.
* Kecuali terdapat indikasi, petugas kesehatan dapat melakukan pemaksaan fisik (seperti pengekangan )sesuai standar medis dan etika rumah sakit yanag berlaku.
* Setiap petugas keamanan sudah terlatih untuk menangani hal tsb.

* Setiap pasien/ pengunjung/ karyawan yang berada dalam rumah sakit harus menggunakan tanda pengenal berupa gelang identitas pasien , kartu visitor/ pengunjung atau name tag karyawan.
  **SPO Perlindungan Terhadap Kekerasan Fisik.**

**Bagaimana prosedur melindungi barang milik pasien ?**

Harta benda pasien yang tidak sadar atau tidak ada keluarganya disimpan di lemari penyimpanan di IGD oleh petugas keamanan.

**SPO Perlindungan Harta Pasien**

**Apa yang dilakukan RS jika pasien menolak/ memberhen tikan tindadakan (resusitasi) atau pengobatan yang diberikan ?**

Rumah sakit menghormati keinginan dan pilihan pasien untuk menolak pelayanan resusitasi. Keputusan untuk tidak melakukan RJP harus dicatat di rekam medis pasien dan di formulir Do Not Resuscitate (DNR). Formulir DNR harus diisi dengan lengkap dan disimpan di rekam medis pasien. Alasan diputuskannya tindakan DNR dan orang yang terlibat dalam pengambilan keputusan harus dicatat di rekam medis pasien dan formulir DNR. Keputusan harus dikomunikasikan kepada semua orang yang terlibat dalam aspek perawatan pasien.

**SPO Penolakan Tindakan atau Pengobatan.**

## PENGKAJIAN PASIEN (AP)

**A. Apa yang dimaksud dengan Pengkajian Pasien**

Adalah proses yang dilakukan untuk menentukan perawatan, pengobatan dan pelayanan yang akan memenuhi kebutuhan awal dan kebutuhan berkelanjutan pasien.

**B. Apa inti isi dari Pengkajian Pasien?**

1. Mengumpulkan informasi dan data terkait keadaan fisik, psikologis, status sosial, dan riwayat kesehatan pasien.
2. Menganalisis data dan informasi, termasuk hasil pemeriksaan laboratorium, pencitraan diagnostik, dan pemantauan fisiologis, untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan layanan kesehatan.
3. Membuat rencana perawatan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang telah teridentifikasi.

**C. Siapa saja yang bisa mengakses Status Terintegrasi (CPPT)?**

1. DPJP/Dokter Kondulen
2. Dokter Jaga
3. Perawat/Bidan
4. Farmasi
5. Fisioterapis
6. Ahli Gizi

**D. Apa yang dimaksud Proses Pengkajian harus Terintegrasi?**

Semua disiplin klinis yang melakukan proses asesmen (dokter, perawat, bidan, ahli gizi, farmasi, fisioterapis) mendokumentasikan hasil asesmen dalam rekam medis pasien yaitu pada lembaran CPPT.

**E. Apakah yang dimaksud dengan Pengkajian Awal?**

Adalah pengkajian yang dilakukan pertama kali petugas kesehatan kontak dengan pasien di UOBK RSUD SLG KEDIRI yang bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien akan pelayanan kesehatan terkait di bidang masing-masing.

**F. Bagaimana kebijakan mengenai Pengkajian Medis dan Keperawatan Gawat Darurat ?**

1. Asesmen medis dan keperawatan di IGD dilakukan berdasarkan kebutuhan & kondisi dari pada pasien.
2. Apabila pasien direncanakan akan menjalani operasi maka setidaknya ada catatan ringkas dan diagnosis pra-operasi dicatat sebelum tindakan dalam RekamMedis IGD.

   Kerangka waktu penyelesaian asesmen pasien Gawat Daurat dilakukan berdasarkan prioritas Triase.

**G. Berapa Lama Asesmen Medis dan Keperawatan awal pasien Rawat Inap harus diselesaikan?**

Dalam waktu maksimal 24 jam setelah pasien dirawat inap.

**H. Apa yang diketahui mengenai *Re-Assesment* (asesmen ulang) ?**

1. Asesmen ulang adalah pengkajian ulang yang bertujuan untuk memonitor/mengevaluasi hasil dari pelaksanaan, rencana pelayanan/pengobatan selanjutnya/pemulangannya.
2. Asesmen medis ulang : Seluruh DPJP wajib melakukan asesmen medis ulang setiap harinya baik pasien dalam fase akut maupun non-akut.
3. Asesmen keperawatan ulang : dilakukan minimal 3 kali sehari dimana masing-masing shift dilakukan sekali, kecuali ada perubahan kondisi pasien maka dapat dilakukan lebih dari sekali dalam sehari.

**I. Bagaimana prosedur asesmen nyeri mulai dari skrining di RS. UOBK RSUD SLG KEDIRI?**

1. Prosedur terbagi menjadi 2 (dua) komponen yaitu Skrining dan Asesmen Nyeri. Skrining pasien nyeri di UPTD RSUD SLG KEDIRI menggunakan pendekatan dasar RAT, yaitu :

   **R**ecognize : Mengenali / Skrining

   **A**ssess : Menilai

   **T**reat : Mengobati

   **Recognize/ Skrining -** *Ask*/Tanya (Anamnesa)

   Auto Anamnesa → *GOLD STANDARD* : Percaya apa yang disampaikan oleh pasien. "Apakah Anda merasakan nyeri saat ini?" Hambatan :

   ***Asessment* (Menilai) :** Asesmen nyeri dilakukan pada saat : Pasien baru datang di RS/Ruangan dengan ada rasa nyeri Pemeriksaan Vital Sign

   Setelah manajemen nyeri (*re-assesment*)

   - 30 – 60 menit pada nyeri berat
   - 2 – 4 jam pada nyeri sedang
   - 6 – 8 jam pada nyeri ringan

**J. Bagaimana tahap penilaian asesmen nyeri di RS. UOBK RSUD SLG KEDIRI?**

1. Skrining dengan menggunakan metode *OLDCART* :
   - ***O****nset* : Jarang, Hilang Timbul, Terus menerus
   - ***L****ocation*: Bagian tubuh mana, satu atau beberapa lokasi, somatik atau viseral, kiri atau kanan, menyebar atau tidak menyebar, sesuai dermatom saraf atau tidak.
   - ***D****uration* : berapa lama nyeri dirasakan, jarak antara nyeri yang pertama kali dan berikutnya dirasakan apabila onsetnya hilang timbul atau jarang timbul.

- ***C**haracteristics* : deskripsi daripada nyeri, menusuk-nusuk, nyeri tumpul, myeri tajam, tersayat-sayat.
- ***A**ssociated Factors* : Faktor yang memperberat nyeri.
- ***R**elieving Factors* : Faktor yang memperingan nyeri, diam, meringkuk, bergerak.
- ***T**reatments so far* : usaha baik medikamentosa ataupun non-medikamentosa yang dilakukan untuk meringan nyeri.

2. Intensitas Nyeri berdasarkan umur dan kondisi pasien

- NRS *(Number Rating Scale)*

  Cara penilaian skala nyeri untuk pasien yang dapat mendeskripsikan rasa nyerinya dengan menggunakan skala 0 sampai dengan 10.




  0 = tidak nyeri
  1 – 3 = nyeri ringan
  4 – 6 = nyeri sedang
  7 – 10 = nyeri berat

- *Wong Bakers Face*

  Cara penilaian skala nyeri untuk pasien yang tidak dapat mendeskripsikan rasa nyerinya dengan menggunakan sistem NRS.




  0 - 1 = tidak merasa nyeri sama sekali
  2 – 3 = sedikit nyeri
  4 – 5 = cukup nyeri
  6 – 7 = lumayan nyeri
  8 – 9 = sangat nyeri
  10 = amat sangat nyeri (tak tertahankan)

## *Neonatal Infants Pain Scale (NIPS)*

| Parameter | | Temuan | Poin | Skor |
|---|---|---|---|---|
| Ekspresi Wajah | | Santai | 0 | |
| | | Meringis | 1 | |
| Menangis | | Tidak Menangis | 0 | |
| | | Merengek | 1 | |
| | | Menangis Kuat | 2 | |
| Pola Bernapas | | Santai | 0 | |
| | | Perubahan Pola Napas | 1 | |
| Lengan | | Santai | 0 | |
| | | Fleksi/Ekstensi | 1 | |
| Kaki | | Santai | 0 | |
| | | Fleksi/Ekstensi | 1 | |
| Keadaan Rangsangan | | Tertidur/Bangun | 0 | |
| | | Rewel | 1 | |
| PREMATURE | Heart Rate | 10% dari baseline | 0 | |
| | | 11-20% dari baseline | 1 | |
| | | >20% dari baseline | 2 | |
| | SpO2 | Tidak diperlukan O2 tambahan | 0 | |
| | | Penambahan O2 diperlukan | 1 | |

***FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Concolability Scale)***

Cara penilaian skala nyeri untuk pasien dengan usia < 6 tahun dengan menggunakan skala sikap dan perilaku pasien, yaitu dengan melihat ekspresi wajah, kaki, aktivitas, menangis dan kenyamanan.

| Pengkajian | 0 | 1 | 2 | Nilai |
|---|---|---|---|---|
| Wajah | Tersenyum/tidak ada ekspresi khusus | Terkadang menangis/menarik diri | Sering menggetarkan dagu dan mengatupkan dahi | |
| Kaki | Gerakan normal/relaksasi | Tidak tenang/tegang | Kaki dibuat menendang/menarik diri | |
| Aktivitas | Tidur, posisi normal, mudah bergerak | Gerakan menggeliat, berguling, kaku | Melengkungkan punggungkaku/menghentak | |
| Menangis | Tidak menangis (bangun/tidur) | Mengerang, merengek-rengek | Menangis terus-menerus/terisak/menjerit | |
| Suara | Bersuara normal/tenang | Tenang bila dipeluk, digendong atau diajak bicara | Sulit untuk ditenangkan | |
| TOTAL SKOR | | | | |

0 : Nyaman
1 – 3 : Kurang Nyaman
4 – 6 : Nyeri Sedang
7 – 10 : Nyeri Hebat

***CPOT (Critical Pain Observation Tools)***

Cara penilaian skala nyeri untuk pasien dengan penurunan kesadaran/pasien yang dirawat di ICU/IRI dengan menggunakan skala ekspresi wajah, gerakan tubuh, penyesuaian dengan ventilator bagi pasien terintubasi, vokalisasi untuk pasien yang tidak terintubasi dan ketegangan otot.

| Kategori | Parameter | Nilai |
|---|---|---|
| **Ekspresi Wajah (Facial)** | 0 = Rileks / Tenang, netral<br>1= Tegang<br>2 = Meringis | |
| **Gerakan Tubuh** | 0 = Tidak bergerak sama sekali atau posisi normal<br>1 = Perlindungan/Protection<br>2 = Gelisah/agitasi | |
| **Penyesuaian dengan ventilator (Pasien terintubasi)** | 0 = Toleransi terhadap ventilator baik<br>1 = Batuk tetapi dapat ditoleransi<br>2 = Fighting dengan ventilator | |
| Atau | | |
| **Vokalisasi (pasien tidak terintubasi)** | 0 = Nada bicara normal atau tidak ada suara<br>1 = Mengeluh, merintih, mengerang<br>2 = Menangis, Menjerit, terisak-isak | |
| **Ketegangan otot**<br>**Evaluasi fleksi dan ekstensi ekstremitas atas pada saat pasien diubah posisinya** | 0 = Rileks<br>1 = Tegang, kaku<br>2 = Sangat tegang atau kaku | |

0 : Tidak Nyeri
1 – 3 : Nyeri Ringan
4 – 6 : Nyeri Sedang
7 – 10 : Nyeri Berat

## PELAYANAN DAN ASUHAN PASIEN (PAP)

**A. Apakah yang dimaksud Pelayanan Pasien Seragam?**

1. Akses untuk asuhan dan pengobatan yang memadai dan diberikan oleh PPA yang kompeten tidak bergantung pada hari setiap mingguatauwaktunya setiap hari ;
2. Penggunaan alokasi sumber daya yang sama, antara lain staf klinis & pemeriksaan diagnostik untuk memenuhi kebutuhan pasien pada populasi yang sama;
3. Pemberian asuhan yang diberikan kepada pasien sama di semua unit pelayanan di UOBK RSUD SLG KEDIRI;
4. Pasien dengan kebutuhan asuhan keperawatan yang sama menerima asuhan keperawatan yang setara di seluruh unit pelayanan UOBK RSUD SLG KEDIRI;
5. Penerapan serta penggunaan regulasi dan form dalam bidang klinis antara lain metode assesmen IAR (Informasi, Analisis, Rencana), form assesmen awal-assesmen ulang, PPK, alur klinis terintegrasi/clinical pathway, pedoman manajemen nyeri, dan regulasi untuk berbagai tindakan klinis lainnya yang dilakukan di UOBK RSUD SLG KEDIRI.

**B. Siapakah yang termasuk PPA (Profesional Pemberi Asuhan)**

| | | |
|---|---|---|
| 1.Dokter | 3.Bidan | 5.Apoteker/Farmasi |
| 2.Perawat | 4.Ahli Gizi | 6.Fisiotherapis |

C. **Kebijakan Pemberian Asuhan Pasien:**

1. Pemberian asuhan pasien adalah proses asuhan pasien agar mendapat hasil yangoptimal.
2. Asuhan untuk setiap pasien direncanakan oleh dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat dan pemberi pelayanan kesehatan lain dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk rawatinap.
3. Rencana asuhan pasien harus individual & berdasarkan data pengkajian awal pasien.
4. Rencana asuhan dicatat dalam rekam medis dalam bentuk kemajuan terukur pencapaian sasaran.
5. Kemajuan yang diantisipasi dicatat atau direvisi sesuai kebutuhan; berdasarkan hasil pengkajian ulang atas pasien oleh praktisi pelayanan kesehatan.
6. Rencana asuhan untuk tiap pasien direview dan diverifikasi oleh DPJP dengan mencatat kemajuannya.
7. Rencana asuhan disediakan Tindakan diagnostik dan tindakan lain yang dilakukan dan hasilnya, dicatat dalam rekam medis pasien.
8. Asuhan yang diberikan kepada setiap pasien dicatat dalam rekam medis pasien oleh pemberi pelayanan.

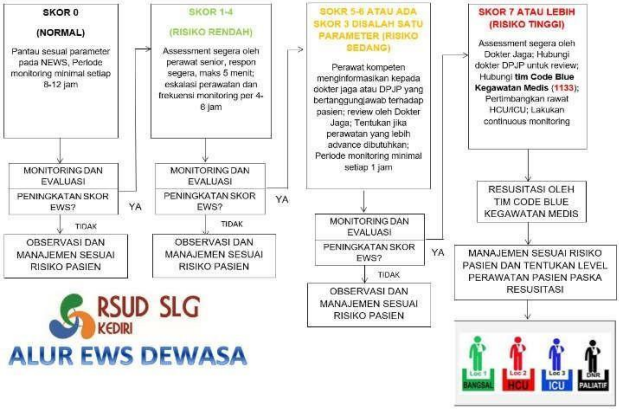
**D. Prinsip Pelayanan Pasien Risiko Tinggi :**

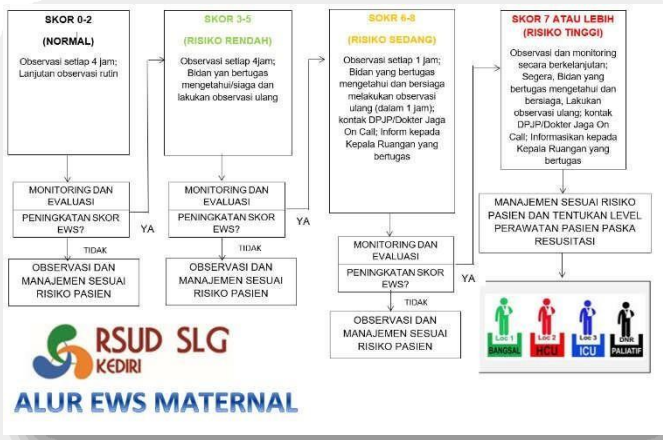
1. Selalu mengutamakan keselamatan pasien dan tetap memperhatikan keselamatan kerja karyawan.
2. Diberikan di semua unit pelayanan di Rumah Sakit UOBK RSUD SLG KEDIRI.
3. Disediakan secara memadai, secara teratur dan disesuaikan dengan kebutuhan pasien.
4. Tersedia dalam 24 jam termasuk keadaan darurat di luar jam kerja.
5. Pemberi pelayanan adalah tenaga medis, perawat, bidan & tenaga kesehatan lainnya sesuai SK Direktur UOBK RSUD SLG Kediri yang senantiasa mengembangkan kompetensinya sesuai kebutuhan dari pasien.
6. Harus memberikan asuhan yang seragam sesuai dengan panduan yang berlaku di masyarakat.
7. Harus mentaati kebijakan, pedoman dan standar tentang pelayanan pasien risiko tinggi telah ditetapkan Direktur UOBK RSUD SLG Kediri.
8. Pelayanan pasien berisiko tinggi diberikan sesuai standar keselamatan pasien dan keselamatan kerja karyawan rumah sakit (K3RS).
9. Pelayanan pasien risiko tinggi yang kita berikan kepada pasien harus didokumentasikan dalam lembar rekam medik pasien sesuai panduan rekam medik.
10. Sebelum pemberian tindakan petugas harus memberikan informasi dan mendapatkan persetujuan dari pasien dan atau keluarga.
11. Harus sesuai dengan kaidah moral, sosial budaya, kepercayaan dan panduan pelayanan di UOBK RSUD SLG KEDIRI.
12. Adanya pelaporan apabila mendapatkan pasien dengan riwayat kekerasan misalnya KDRT, penyiksaan, pemerkosaan kepada petugas yang mendapatkan tugas dari Direktur UOBK RSUD SLG KEDIRI.
13. Apabila ada pasien dengan riwayat mendapat kekerasan,

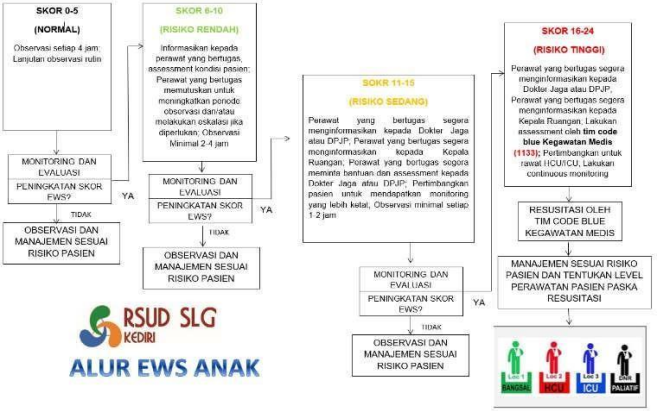
penyalahgunaan obat, penurunan imunitas (misalkan kasus yang rawan di masyarakat: HIV, AIDS) maka pasien tersebut harus dirawat di kamar/ruang isolasi untuk menjaga keamanan dan kenyamanan pasien baik secara psikologi maupun fisiologi.

14. *Informed Consent* yang berkaitan dengan pelayanan pasien yang mendapatkan kekerasan, penyalahgunaan obat, penurunan imunitas (misalkan kasus yang rawan di masyarakat: HIV, AIDS) dilakukan oleh petugas yang telah ditunjuk Direktur UOBK RSUD SLG KEDIRI.
15. Apabila mendapatkan pasien dengan riwayat kekerasan, penyalahgunaan obat, penurunan imunitas harus melaporkan kepada petugas yang ditunjuk direktur dilanjutkan dengan pelaporan kepada Dinas Kesehatan Kab. Kediri.
16. Dalam memberikan pelayanan, privacy pasien dan rasa aman harus tetap terjaga.

**E. Early *Warning System* (EWS) :**




SKOR 0-2
(NORMAL)
Observasi setiap 4 jam; Lanjutan observasi rutin
SKOR 3-5
(RISIKO RENDAH)
Observasi setiap 4jam; Bidan yan bertugas mengetahui/siaga dan lakukan observasi ulang
SOKR 6-8
(RISIKO SEDANG)
Observasi setiap 1 jam; Bidan yang bertugas mengetahui dan bersiaga melakukan observasi ulang (dalam 1 jam); kontak DPJP/Dokter Jaga On Call; Inform kepada Kepala Ruangan yang bertugas
SKOR 7 ATAU LEBIH
(RISIKO TINGGI)
Observasi dan monitoring secara berkelanjutan; Segera, Bidan yang bertugas mengetahui dan bersiaga, Lakukan observasi ulang; kontak DPJP/Dokter Jaga On Call; Informasikan kepada Kepala Ruangan yang bertugas
MONITORING DAN EVALUASI
PENINGKATAN SKOR EWS?
YA
TIDAK
OBSERVASI DAN MANAJEMEN SESUAI RISIKO PASIEN
MANAJEMEN SESUAI RISIKO PASIEN DAN TENTUKAN LEVEL PERAWATAN PASIEN PASKA RESUSITASI
Low 1 BANGSAL
Low 2 HCU
Low 3 ICU
ONK PALIATIF
RSUD SLG KEDIRI
ALUR EWS MATERNAL


SKOR 0-5
(NORMAL)
Observasi setiap 4 jam; Lanjutan observasi rutin
SKOR 6-10
(RISIKO RENDAH)
Informasikan kepada perawat yang bertugas, assessment kondisi pasien: Perawat yang bertugas memutuskan untuk meningkatkan periode observasi dan/atau melakukan eskalasi jika diperlukan; Observasi Minimal 2-4 jam
SOKR 11-15
(RISIKO SEDANG)
Perawat yang bertugas segera menginformasikan kepada Dokter Jaga atau DPJP; Perawat yang bertugas segera menginformasikan kepada Kepala Ruangan; Perawat yang bertugas segera meminta bantuan dan assessment kepada Dokter Jaga atau DPJP; Pertimbangkan pasien untuk mendapatkan monitoring yang lebih ketat, Observasi minimal setiap 1-2 jam
SKOR 16-24
(RISIKO TINGGI)
Perawat yang bertugas segera menginformasikan kepada Dokter Jaga atau DPJP; Perawat yang bertugas segera menginformasikan kepada Kepala Ruangan; Lakukan assessment oleh tim code blue Kegawatan Medis (1133); Pertimbangkan untuk rawat HCU/ICU, Lakukan continuous monitoring
MONITORING DAN EVALUASI
PENINGKATAN SKOR EWS?
YA
TIDAK
OBSERVASI DAN MANAJEMEN SESUAI RISIKO PASIEN
RESUSITASI OLEH TIM CODE BLUE KEGAWATAN MEDIS
MANAJEMEN SESUAI RISIKO PASIEN DAN TENTUKAN LEVEL PERAWATAN PASIEN PASKA RESUSITASI
Low 1 BANGSAL
Low 2 HCU
Low 3 ICU
ONK PALIATIF
RSUD SLG KEDIRI
ALUR EWS ANAK

# AKTIVASI "CODE BLUE"

**Code Blue System Rumah Sakit Umum Daerah Simpang Lima Gumul**

## Pasien/Korban henti jantung-napas

**Pastikan lingkungan aman**

**Tidak Respon**
**Tidak Bernapas atau tidak bernapas normal (hanya *gasping*)**



**Cek ResponPasien /Korban**

1

Panggil bantuan tim primer dan Aktivasi Code Blue *1133*

Tim Sekunder datang membawa defibrilator



2

Mulai RJP



3

Lakukan RJP secara kontinyu hingga tim primer/sekunder datang dengan alat defibrilator



4

LANJUTKAN RJP SAMPAI TANDA KEHIDUPAN TIDAK TERDETEKSI, KECEPATAN 100-120 X/MENIT, KEDALAMAN 5-6 CM

**Siklus RJP (Resusitasi Jantung Paru): 30 kompresi dada diikuti 2 pernapasan bantuan**

RSUD SLG KEDIRI

**Minta Bantuan Segera**
**HUBUNGI TELP: 1133**

**Mekanisme Aktifasi CODE BLUE :**

1. Mengaktifkan CodeBlue
2. Seseorang yang menemukan pasien/klien meminta pertolongan dan menyebut nama/identitas pelapor dengan menelepon ke No: ***1133*** untuk menginformasikan dengan pengeras suara bahwa ada ***Code Blue Code Blue*** *Code Blue di Ruang .....*
3. Tugas dan tanggung jawab staf dan Tim Code Blue
   **Orang pertama** yang menemukan klien :
   - Memastikan aman penolong, aman korban dan lingkungan.
   - Mengecek kesadaran korban dengan memanggil dan menepuknya.
   - Jika tidak ada respon segera meminta pertolongan dan menyebut nama/identitas pelapor dengan menelepon di nomor **1133** untuk menginformasikan dengan pengeras suara bahwa ada ***Code Blue Code Blue Code Blue diRuang.....***
   - Sambil menunggu bantuan datang, posisikan korban diposisi datar dan keras.
   - Buka jalan napas korban dengan cara *Head tilt-chin lift atau jaw trust (tengadahkan kepala, angkat dagu).* Jika ada sumbatan bebaskan dengan cara *finger sweep (sapuan jari).*
   - Cek adanya napas dengan metode *Look-Listen-Feel* (Lihat perkembangan dada, dengarkan suara napas dan rasakan hembusan napas)
   - Jika tidak ada napas lanjutkan cek sirkulasi dengan cara mengecek nadi karotis (tidak boleh lebih dari 10 detik)
   - Jika nadi tidak teraba segera lakukan resusitasi jantung paru.
   - Melakukan RJP dengan perbandingan **30 kompresi** dan **2 kali** ventilasi dan tetap melakukan BHD sampai pertolongan datang / Tim *Code Blue* tiba.

# Resusitasi Jantung Paru

## 1 Danger

Pastikan
Penolong Aman,
Korban Aman,
Lingkungan Aman

## 2 Response



Panggil dan
tepuk korban

## 3 Panggil Bantuan

**Call 1133**

## 4 Airway



Buka Jalan Napas
-Head Tilt
-Chin Lift

## 5 Breathing

Cek Napas



Lihat pergerakan dada
Dengarkan suara napas
Rasakan hembusan napas

## 6 CPR



- Lakukan pijatan dada 100-120x/menit.
- Rasio 30:2 (30x pijatan : 2x Napas buatan)
- Kedalaman pijatan 5-6cm
- Titik tumpuan pada bagian tengah dada

- Evaluasi dilakukan **tiap 2 menit**
- AHA 2015 tidak menyebutkan evaluasi tiap 5 siklus

- Jika napas (-) dan nadi (-) → kompresi dan ventilasi 30 : 2
- Jika napas (-) dan nadi (+) → ventilasi 10 kali/menit
- Jika napas (+) dan nadi (+), → beri *recovery position*

## 7



| Kedalaman | Rasio | Teknik |
|---|---|---|
| **Dewasa dan remaja** | | |
| 5 – 6 cm<br>(2 – 2.4 inchi) | 30:2<br>(1 atau 2 penolong) | 2 tangan pada seperdua bawah sternum |
| **Anak (1 tahun s.d. puber)** | | |
| 1/3 diameter dada | 30:2 (1 penolong)<br>15:2 (2 penolong) | 2 atau 1 tangan pada seperdua bawah sternum |
| **Bayi (<1 tahun)** | | |
| 1/3 diameter dada | 30:2 (1 penolong) | 2 jari dibawah *nipple line* |
| | 15:2 (2 penolong) | 2 jempol dibawah *nipple line* |

## PELAYANAN ANESTESI DAN BEDAH (PAB)

**A. Pelayanan Sedasi Seragam:**

Pelayanan yang menggunakan sedasi berada di bawah kendali dokter anestesi. Pemberian sedasi moderat dan dalam dilakukan sesuai regulasi yg ditetapkan meliputi :

1. Kualifikasi staf yg memberikan sedasi
2. Peralatan medis ygdigunakan
3. Bahan yg dipakai
4. Cara pemonitoran di RS

**B. Apa sajakah Asesmen Pra Sedasi :**

1. Siapkan peralatan emergency yang dibutuhkan
2. Sesuaikan dengan tahapan yang ada di SPO pemberian sedasi
3. Inform Consent

**C. Bagaimana dan Kapan Asesmen Pra Anestesi dilakukan :**

Asesmen Berbasis IAR (Informasi, Analisis, Rencana) dapat dilakukan sebelum masuk rawat inap atau sebelum dilakukan tindakan bedah atau sesaat menjelang operasi, misalnya pada pasien darurat. Karena anestesi mengandung resiko maka pemberiannya harus direncanakan.

**D. Monitoring Intra Anestesi :**

Rumah Sakit menetapkan regulasi untuk menentukan status fisiologis dimonitor selama proses anestesi dan bedah sesuai dengan panduan praktik klinis dan didokumentasikan di dalam form anestesi.

**E. Monitoring Pasca Anestesi :**

Rumah Sakit menetapkan regulasi utk memonitor status pasca anestesi setiap pasien, dan dicatat dalam rekam medis pasien. Pasien dipindah dari ruang pemulihan oleh staf yg kompeten dan berwenang, atau berdasarkan kriteria baku yg ditetapkan.

## PELAYANAN KEFARMASIAN & PENGGUNAANS OBAT (PKPO)

**A. Apa saja daftar obat-obatan yang termasuk dalam LASA/NORUM?**
Daftar obat-obatan **LASA *(Look a like sound a like)*/ NORUM (Nama Obat Rupa Ucap Mirip)**

**B. Bagaimana kebijakan Penyimpanan Elektrofit Pekat di RS?**
Obat-obatan high Allert (klarium klorida 7,16 % dalam ampul dan natrium klorida 3% dalam kolf) hanya disamping diruangan rawat insentif. Obat high alret tersebut diberi stiker **"high Allert"** berwarna merah dan khusus untuk larutan elektrolit pekat juga diberi penandaan stiker yang bertuliskan **"Elektrolit pekat, harus diencerkan sebelum diberikan".**

**C. Bagaimana prosedur Pengelolaan Obat Emergensi di RS?**
Obat emergensi disimpan ditroli/kit/lemari emergensi terkunci, diperiksa, dipastikan, selalu tersedia dan harus diganti segera jika jenis dan jumlahnya sudah tidak sesuai lagi dengan daftar yang ditempel/digantung/ ditroli /kit /lemari emergensi terkunci. Perbekalan farmasi dan penguncian troli tersebut, Troli akan diperiksa satu bulan sekali olehpetugas monitoring dan eveluasi instalasi farmasi dengan daftar ketepatan penyimpanan dan tanggal kadaluarsa dikontrol perhari olehpetugas perawatan.

**D. Bagaimana alur pelaporan insiden apabila terjadi *Medication Error*?**
Baik dokter maupun perawat yang menemukan terjadinya *medication error* harus melaporkankejadiantersebutkekepala unitkerja.

**E. Bagaimana kebijakan RS tentang Persyaratan Resep Lengkap?**

- Nama pasien, tgl lahir /umur pasien (jika tidak dapat mengingat tanggal lahir), No RM dan berat badan pasien (untuk pasien anak)
- Nama dokter, tanggal penulisan resep dan ruang pelayanan

- Mengisi kolom riwayat alergi obat pada bagian kanan atas lembar resep manual
- Menulis tanda R/ pada setiap sediaan. Untuk nama obat tinggal ditulis dengan generik
- Untuk obat kombinasi ditulis sesuai nama didalam Formularium, dilengkapi dengan injeksi, tablet, kapsul, salep), serta kekuatannya (contoh : 500 mg, 1 gram)
- Bila obat berupa racikan ditulis nama setiap jenis/bahan obat dan jumlah bahan obat (untuk bahan padat: mikrogram, miligram, gram) dan untuk cairan (tetes, militer, liter)
- Pencampuran beberapa obat dalam satu sediaan tidak dilanjutkan, kecuali sediaan dalam bentuk campuran tersebut telah terbukti aman dan efektif
- Aturan pakai (frekuensi, dosis, rute pemberian). Untuk aturan pakai jika perlu atau PRN atau "pro re nata", harus dituliskan dosis maksimal dalam sehari.
- Resep hanya boleh ditulis oleh dokter.

**MANAJEMEN KOMUNIKASI DAN EDUKASI (MKE)**




PROSEDUR PENJAMINAN KASUS KECELAKAAN LALU LINTAS DI RUMAH SAKIT
PESERTA BPJSK MENGALAMI KECELAKAAN
KECELAKAAN LALU LINTAS
KECELAKAAN TUNGGAL
PESERTA WAJIB MENGURUS LAPORAN KEPOLISIAN (LP)
PESERTA WAJIB MENGURUS LAPORAN KEPOLISIAN (LP)
1. BPJSK MELAPORKAN KASUS KLL KE KORLANTAS POLRI
2. BPJKS MENGAKSES APLIKASI DATA ONLINE KLL
BPJSK MENGIRIMKAN EMAIL KE JR LAPORAN PESERTA YANG DI RAWAT KARENA KLL
SELURUH BIAYA PERAWATAN DIJAMIN OLEH BPJSK SESUAI DENGAN KETENTUAN PEMBIAYAAN JKN YANG BERLAKU
JIKA ADA LP
JIKA ADA LP
DIJAMIN JR MAKS 20 JUTA*
TIDAK DIJAMIN JR
JR → BELUM DAPAT DIBERIKAN KEPASTIAN PENJAMINAN
SELAMBAT-LAMBATNYA
2X24 JAM
SELURUH BIAYA PELAYANAN DIJAMIN OLEH BPJSK SESUAI DENGAN KETENTUAN BERLAKU
TIDAK DIJAMIN JR DAN BPJSK
PASIEN PULANG

## SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

**A. Enam (6) Sasaran Keselamatan Pasien, yaitu :**

1. **Ketepatan identifikasi pasien.**
   Minimal 3 identitas (yaitu nama, tanggal lahir, nomor rekam medik dan atau alamat).
2. **Peningkatan komunikasi yang efektif.**
   Menggunakan teknik SBAR (*situation – background – assessment - recommendation*), dan CaBaK : Catat, Baca, Konfirmasi ulang
3. **Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*Hight Alert*).**
   Dengan cara tidak menyimpan obat dengan konsentrat tinggi di ruang perawatan, tetapi harus di Farmasi.
4. **Kepastian tepat tepat-lokasi tepat-prosedur dan pasien operasi.**
   Dengan cara memberi tanda di tempat operasi, mengunakan checklist pre-operasi dan *timeout.*
5. **Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.**
   Dengan cara mengikuti panduan cuci tangan (*hand hygiene*).
6. **Pengurangan resiko pasien jatuh** dan melakukan pencegahannya.

**1. Bagaimana mengidentifikasi pasien? Kapan identifikasi dilakukan ?**

Identifikasi pasien harus selalu dilakukan dan dikonfirmasi ulang, caranya :

1. Meminta pasien / pendamping pasien menyebut nama pasien bila akan menjalani layanan (periksa dokter, periksa laboratorium, periksa radiologi, tindakan medis, pemberian obat dll).
2. Langkah lain untuk identifikasi pasien adalah pemberian gelang pasien untuk pasien rawat inap.
   a. Gelang Identitas :
      1) Laki-laki : Gelang Biru Muda
      2) Perempuan : Gelang Merah Muda
   b. Gelang Pasien Resiko Jatuh : Stiker Gelang Warna Kuning
   c. Gelang Alergi : Stiker Gelang Warna Merah
   d. Gelang DNR : Stiker Gelang Warna Ungu

2. **Apa teknik komunikasi yang dipakai di RS ?**
   a. **SBAR**
      **S Situation**
      (Sebutkan perubahan / perkembangan keadaan pasien, TTV)
      **B Background**
      (Sebutkan latar belakang pasien, alasan dirawat inap, perawatan hari ke -)
      **A Assessment**
      (Penilaian pasien menurut Anda)
      **R Recommendation**
      (Usulan Anda untuk Pasien ini)
      **Konfirmasi ulang**
      (Baca ulang semua instruksi / advice yang baru diberikan dan mintakan persetujuan dari pemberi advice / intstruksi)

   ***b.*** *Writeback, Readback*, dan *Reconfirm.*
   Catat, baca kembali dan konfirmasi ulang **(CaBaK).**

3. **Apa yang harus diperhatikan sebelum perawat memberikan obat?**
   a. Apakah pasien benar?
   b. Apakah obat benar?
   c. Apakah dosis benar?
   d. Apakah waktu pemberian benar?
   e. Apakah rute/cara pemberian benar?

4. **Apa saja yang termasuk obat-obat *Hight Alert Medication* di Rumah Sakit ?**
   a. Elektrolit Pekat : KCL 7,46 meq 25ml, MgSO4 20% dan 40% 25ml, Natrium Bicarbonat 8,4% 2mOsm/ml 25ml, NaCl >0,9%, D 40% 2,018mOsm/ml 25ml.
   b. NORUM (Nama Obat Rupa Mirip) / LASA *(Look Alike Sound Alike)*, yaitu obat-obat yang terlihat mirip dan terdengar mirip.
   c. Narkotika dan Psikotropika
   *d.* Obat kategori ISMP *(Institute for Safe Medication Pactices)*

**5. Bagaimana Cara Pengelolaan *High Alert Medication* ?**

a. Obat yang termasuk dalam kategori *High Alert Medication* diberi penandaan khusus yang tertempel pada kotak obat dan ampul obat.
b. Penyimpanan *High Alert Medication* dipisahkan dari obat lain dengan tujuan untuk menghindari kesalahan penyerahan obat.
c. Penyimpanan *High Alert Medication* di ruang perawatan ditempatkan pada tempat khusus dengan akses terbatas, berkunci, dan diberi penandaan berupa stiker warna merah.
d. *High Alert Medication* yang termasuk elektrolit pekat diberi penandaan yang jelas dengan stiker bertuliskan "AWAS ELEKTROLIT PEKAT"

**6. Bagaimana prosedur penandaan lokasi yang akan dioperasi di Rumah Sakit?**

a. Orang yang bertanggungjawab untuk membuat tanda pada pasien adalah Operator (orang yang akan melakukan tindakan)
b. Operator yang membuat tanda itu harus hadir pada operasi tersebut.
c. Penandaan titik yang akan dioperasi dilakukan sebelum pasien dipindahkan ke ruang operasi. Dimana pasien ikut dilibatkan, terjaga dan sadar, sebaiknya dilakukan sebelum pemberian obat pre-medikasi.
d. Tanda berupa **" O (Lingkaran)"** di titik yang akan dioperasi.
e. Tanda harus dibuat dengan pena atau spidol permanen berwarna hitam atau yang lain di semua prosedur yang melibatkan sayatan, tusukan perkutan, atau penyisipan instrument, dan jika memungkinkan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti.
f. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*Laterality*), struktur multipel level (tulang belakang).
g. Beberapa prosedur yang tidak memerlukan penandaan :
    1) Kasus organ tunggal (misalnya operasi SC)
    2) Kasus yang melibatkan gigi.
    3) Prosedur yang melibatkan bayi premature, dimana penandaan akan menyebabkan tato permanen.

*h.* Pada kasus-kasus seperti operasi spinal, dapat dilakukan dua tahap proses yang meliputi penandaan preoperative per level spinal (yang akan dioperasi) dan *interspace* spesifik intraoperatif menggunakan *radiographic marking.*

**7. <u>Bagaimana prosedur Check list keselamatan pasien operasi di RS?</u>**

Proses ***Time Out*** ini merupakan standar operasi yang meliputi pembacaan dan pengisian formulir ***Sign in*** yang dilakukan **sebelum pasien di anestesi** di Ruang Persiapan Sebelum Operasi (Ruang Penerimaan), ***Time out*** yang dilakukan di ruang operasi **sesaat sebelum insisi** pasien operasi, dan ***Sign out*** yang dilakukan **setelah operasi selesai** (dapat dilakukan di *recovery room*). Proses sign in, time out dan sign out ini dipandu oleh **perawat sirkuler dan diikuti oleh operator, dokter anestesi, perawat.**

**8. <u>Bagaimana cara mengkaji pasien resiko jatuh ?</u>**

Penilaian resiko jatuh dilakukan saat pengkajian awal dengan menggunakan metode pengkajian resiko jatuh yang telah ditetapkan oleh UPTD RSUD SLG Kediri. Penilaian resiko jatuh pada pasien anak menggunakan scoring ***HUMPTY DUMTY*** dan pada pasien dewasa menggunakan scoring ***MORSE*** dan pada geriatri menggunakan ***SYDNEY*** *scoring*.

**SKALA RESIKO JATUH *HUMPTY DUMPTY* UNTUK PEDIATRI**

| Parameter | Kriteria | Nilai | Skor |
|---|---|---|---|
| **Usia** | ϒ < 3 tahun | 4 | |
| | ϒ 3 – 7 tahun | 3 | |
| | ϒ 7 – 14 tahun | 2 | |
| | ϒ > 14 tahun | 1 | |
| **Jenis kelamin** | ϒ Laki-laki | 2 | |
| | ϒ Perempuan | 1 | |
| **Diagnosis** | ϒ Diagnosis neurologi | 4 | |
| | ϒ Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop, pusing, dsb.) | 3 | |
| | ϒ Gangguan perilaku / psikiatri | 2 | |
| | ϒ Diagnosis lainnya | 1 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Gangguan kognitif** | ϒ Tidak menyadari keterbatasan dirinya<br>ϒ Lupa akan adanya keterbatasan<br>ϒ Orientasi baik terhadap diri sendiri | 3<br>2<br>1 | |
| **Faktor lingkungan** | ϒ Riwayat jatuh (bayi-anak) saat diletakkan di tempat tidur dewasa<br>ϒ Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah<br>ϒ Pasien diletakkan di tempat tidur<br>ϒ Area di luar rumah sakit | 4<br>3<br>2<br>1 | |
| **Respons terhadap:**<br>1. Pembedahan/ sedasi / anestesi | ϒ Dalam 24 jam<br>ϒ Dalam 48 jam<br>ϒ > 48 jam atau tidak menjalani pembedahan/sedasi/anestesi | 3<br>2<br>1 | |
| 2. Penggunaan medikamentosa | ϒ Penggunaan multipel: sedatif, obat hipnosis, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkose<br>ϒ Penggunaan salah satu obat di atas<br>ϒ Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi | 3<br>2<br>1 | |
| **TOTAL SKOR** | | | |

Skor assesmen resiko jatuh (skor minimum 7, skor maksimum 23) :

- Skor 7-11 : resiko rendah
- Skor ≥ 12 : resiko tinggi

***ONTARIO MODIFIED STRATIFY - SIDNEY SCORING* UNTUK GERIATRI**

| Parameter | Skrining | Jawaban | Keterangan Nilai | Skor |
|---|---|---|---|---|
| Riwayat jatuh | Apakah pasien datang ke rumah sakit karena jatuh? | Ya/ tidak | Salah satu jawaban ya = 6 | |
| | Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuh dalam 2 bulan terakhir ini? | Ya/ tidak | | |
| Status mental | Apakah pasien delirium? (tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat) | Ya/ tidak | Salah satu jawaban ya = 14 | |
| | Apakah pasien disorientasi? (salah menyebutkan waktu, tempat, atau orang) | Ya/ tidak | | |
| | Apakah pasien mengalami agitasi? (ketakutan, gelisah, dan cemas) | Ya/ tidak | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Penglihatan | Apakah pasien memakai kacamata? | Ya/ tidak | Salah satu jawaban ya = 1 | |
| | Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram? | Ya/ tidak | | |
| | Apakah pasien mempunyai glaukoma, katarak, atau degenerasi makula? | Ya/ tidak | | |
| Kebiasaan berkemih | Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? (frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia) | Ya/ tidak | ya = 2 | |
| Transfer (dari tempat tidur ke kursi dan kembali ke tempat tidur) | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) | 0 | Jumlahkan nilai transfer dan mobilitas. Jika nilai total 0-3, maka skor = 0. jika nilai total 4-6, maka skor = 7 | |
| | Memerlukan sedikit bantuan (1 orang) / dalam pengawasan | 1 | | |
| | Memerlukan bantuan yang nyata (2 orang) | 2 | | |
| | Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total | 3 | | |
| Mobilitas | Mandiri (boleh menggunakan alat bantu jalan) | 0 | | |
| | Berjalan dengan bantuan 1 orang (verbal/fisik) | 1 | | |
| | Menggunakan kursi roda | 2 | | |
| | Imobilisasi | 3 | | |
| **TOTAL SKOR** | | | | |

Risiko Tinggi : 17 – 30;
Risiko Sedang : 6 – 16;
Risiko Rendah : 0 – 5.

### *MORSE FALL SCALE* (SKALA JATUH MORSE)

| Faktor Risiko | Skala | Nilai | Skor |
|---|---|---|---|
| Riwayat pernah jatuh | Ya | 25 | |
| | Tidak | 0 | |
| Diagnosis sekunder | Ya | 15 | |
| | Tidak | 0 | |

| | | |
|---|---|---|
| Alat bantu jalan | Berpegang pada furniture | 30 |
| | Kruk / Tongkat / Walker | 15 |
| | Tanpa alat bantu / Bed Rest / Kursi Roda / Dengan Perawat | 0 |
| IV akses | Ya | 20 |
| | Tidak | 0 |
| Kemampuan berjalan | Terganggu | 20 |
| | Lemah | 10 |
| | Normal / Bed Rest / Tak mampu berjalan | 0 |
| Mental Status | Tidak menyadari keterbatasannya | 15 |
| | Sadar atas keterbatasannya | 0 |
| Risiko Tinggi : ≥ 45<br>Risiko Sedang : 25 – 44<br>Risiko Rendah : 0 – 24 | **Total Morse Fall Scale Score =** | |

**9. <u>Apa yang dilakukan jika ada pasien yang jatuh?</u>**

Dilakukan tatalaksana pasien jatuh dan membuat laporan insiden keselamatan pasien.

## PROGRAM NASIONAL (PROG-NAS)

**A. Apayang andaketahui tentang PONEK ?**

PONEK (Pelayanan obstetric neonatal emergensi komprehensif) berfungsi untuk menurunkan angka kematian bayi & meningkatkan kesehatan ibu.

**B. Apayang andaketahui tentang Program Penganggulangan TB**

Pemerintah mengeluarkan kebijakan penanggulangan tuberkulosis berupa upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan untuk melindungi kesehatan masyarakat, menurunkan angka kesakitan, kecatatan atau kematian, memutuskan penularan mencegah resistensi obat dan mengurangi dampak negatif yang ditimbulkan akibat tubekulosis.

**Rumah Sakit melaksanakan penanggulangan TB** melakukan kegiatan yang meliputi:

1. Promosi kesehatan
2. Surveilans tuberkulosis
3. Pegendalian faktor risiko tuberkulosis
4. Penemuan dan penanganan kasus tuberkulosis
5. Pemberian kekebalan
6. Pemberian obat pencegahan

**C. Apayang anda ketahui tentang Penanggulangan HIV/AIDS**

Rumah sakit dalam melaksanakan penanggulangan HIV/AIDS sesuai standar pelayanan bagi rujukan orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dan satelitnya dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1) Meningkatkan fungsi pelayanan *Voluntary Counseling and Testing* (VCT).
2) Meningkatkan fungsi pelayanan *Antiretroviral Therapy* (ART) atau bekerjasamadengan rumah sakit yang ditunjuk.
3) Meningkatkan fungsi pelayanan Infeksi Oportunistik (IO).
4) Meningkatkan fungsi pelayanan pada ODHA dengan factor resiko *Injection DrugUse* (IDU).
5) Meningkatkan fungsi pelayanan penunjang yang meliputi pelayanan gizi, laboratorium dan radiologi, pencatatan dan pelaporan.

**D. Apa yang anda ketahui tentang PROGRAM STUNTING & WASTING**

Stunting adalah tinggi badan yang rendah untuk berat badan anak. Wasting adalah berat badan yang rendah untuk tinggi badan anak.

Penurunan Prevalensi *Stunting* dan Prevalensi *Wasting* meliputi:

1) Kegiatan sosialisasi dan pelatihan staf tenaga kesehatan rumah saki tentangProgram Penurunan *Stunting* dan *Wasting*.
2) Peningkatan efektifitas intervensi spesifik.
   a) Program 1000 HPK.
   b) Suplementasi Tablet Besi Folat pada ibu hamil.
   c) Pemberian Makanan Tambahan (PMT) pada ibu hamil.
   d) Promosi dan konseling IMD dan ASI Eksklusif.
   e) Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA).
   f) Pemantauan Pertumbuhan (Pelayanan Tumbuh Kembang bayi dan balita).
   g) Pemberian Imunisasi.
   h) Pemberian Makanan Tambahan Balita Gizi Kurang.
   i) Pemberian Vitamin A.
   j) Pemberian taburia pada Baduta (0-23 bulan).
   k) Pemberian obat cacing pada ibu hamil.
3)penguatan sistem surveilans gizi
   a) Tata laksana tim asuhan gizi meliputi Tata laksana Gizi *Stunting*, Tata Laksana Gizi Kurang, Tata Laksana Gizi Buruk (Pedoman Pencegahan dan Tata Laksana Gizi Buruk pada Balita).
   b) Pencatatan dan Pelaporan kasus masalah gizi melalui aplikasi ePPGBM (Aplikasi Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat).
   c) Melakukan evaluasi pelayanan, audit kesakitan dan kematian, pencatatan dan pelaporan gizi buruk dan *stunting* dalam Sistem Informasi Rumah sakit (SIRS).

**E. Apa yang anda ketahui tentang PELAYANAN KB RS**

Pelayanan Keluarga Berencana di Rumah Sakit (PKBRS) merupakan bagian dari programkeluarga berencana (KB), yang sangat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu dan percepatan penurunan stunting.

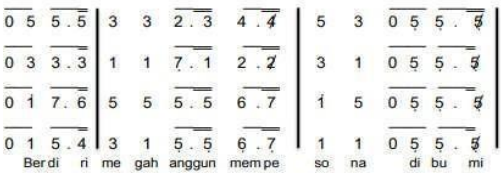
Pelaporan dan analisis PKBRS meliputi:

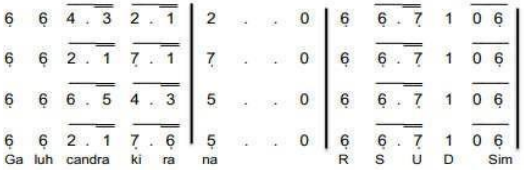
a) Ketersediaan semua jenis alat dan obat kontrasepsi sesuai dengan kapasitas rumah sakit dan kebutuhan pelayanan KB.
b) Ketersediaan sarana penunjang pelayanan KB.
c) Ketersediaan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan KB.
d) Angka capaian pelayanan KB per metode kontrasepsi, baik MetodeKontrasepsi Jangka Panjang (MKJP) dan Non MKJP.
e) Angka capaian pelayanan KB Pasca Persalinan dan Pasca Keguguran.
f) Kejadian tidak dilakukannya KB Pasca Persalinan pada ibu baru bersalindan KB Pasca Keguguran pada Ibu pasca keguguran.

# MARS RSUD SLG KEDIRI

4/4, Con Brio
1 = D/ Es

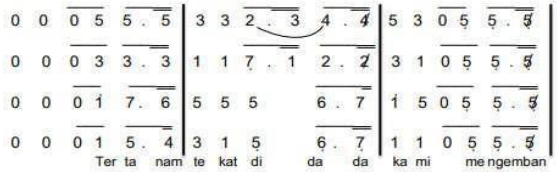
Cipt. P. Rudy HT, SP.d
Syair : Lely Kumolosari, SKM

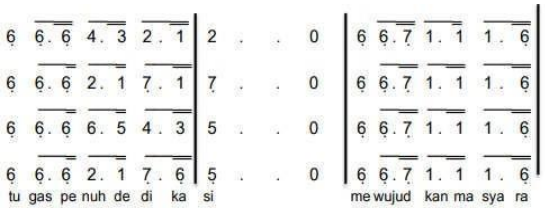


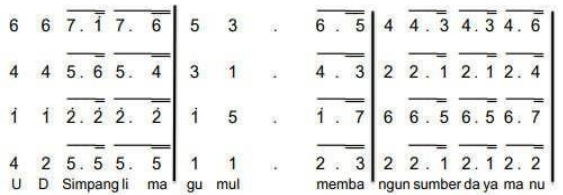


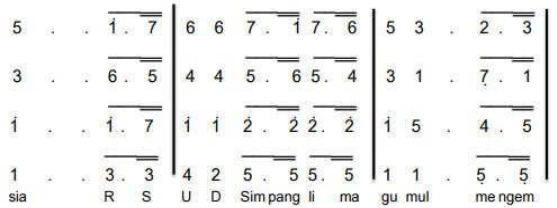


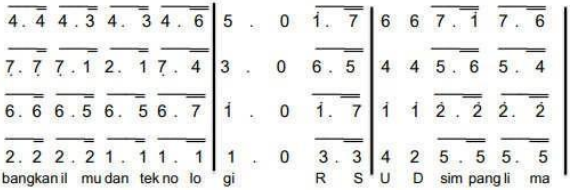


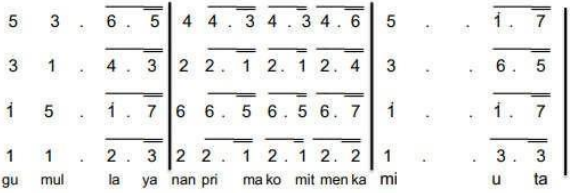

tu gas pe nuh de di ka si
me wujud kan ma sya ra

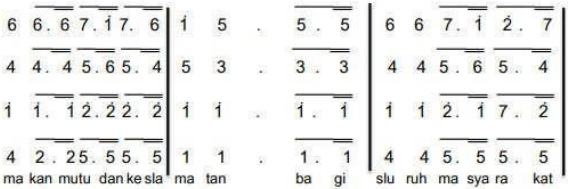

Kat yg man di ri
a dil di bi dang ke se ha tan
R S

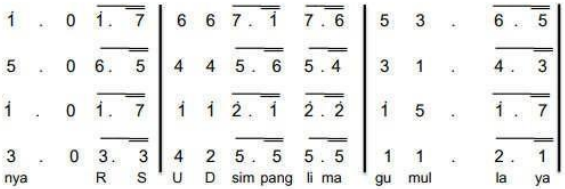

U D Simpang li ma
gu mul
memba ngun sumber da ya ma nu

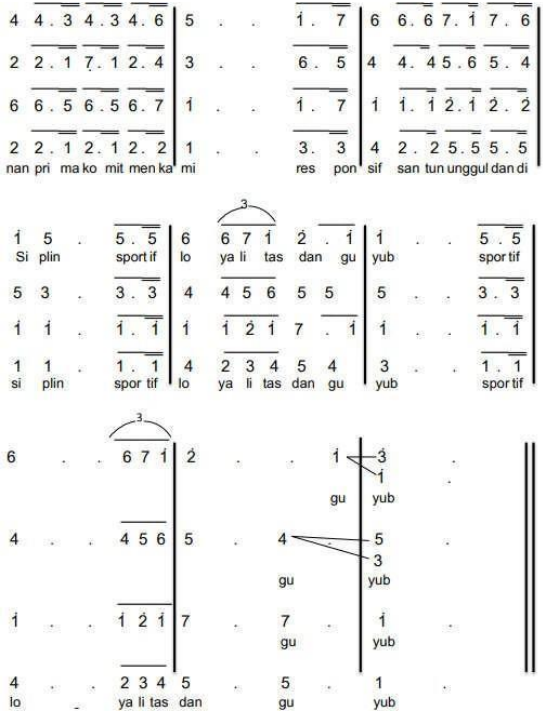

sia
R S
U D Sim pang li ma
gu mul
me ngem


bangkan il mu dan tek no lo gi R S U D sim pang li ma


gu mul la ya nan pri ma ko mit men ka mi u ta


ma kan mutu dan ke sla ma tan ba gi slu ruh ma sya ra kat


nya R S U D sim pang li ma gu mul la ya


nan pri ma ko mit men ka mi
res pon sif san tun unggul dan di
Si plin sport if lo ya li tas dan gu yub spor tif
si plin spor tif lo ya li tas dan gu yub spor tif
lo ya li tas dan gu yub



# Pelayanan Prima Komitmen Kami

pelayanan professional yang handal dan mampu berkembang kepuasan pelanggan adalah prioritas