



පිළිගිණුරු සංග්‍රහණයේ භාෂිතය
PEMERINTAH KABUPATEN GIANYAR
භූමාසාසිනේ ඉප්පච්චි නගර සංස්ථාපනී
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI

Jln. Clung Wanara No. Gianyar
Website : sanjiwanigianyar.gianyarkab.go.id

Tlp./Faks. (0361) 943049
E-Mail : sanjiwanigianyar@yahoo.com



KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI
KABUPATEN GIANYAR

NOMOR 188/34071/RSU

TENTANG

PENETAPAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SANJIWANI KABUPATEN GIANYAR

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI KABUPATEN GIANYAR,

Menimbang : a. bahwa setiap penyelenggaraan pelayanan publik wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan serta menetapkan Maklumat Pelayanan dengan memperhatikan kemampuan penyelenggara, kebutuhan masyarakat, dan kondisi lingkungan;

b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar, dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 69 Tahun 1958 tentang Pembentukan Daerah-daerah Tingkat II dalam wilayah Daerah-daerah Tingkat I Bali, Nusa Tenggara Barat dan Nusa Tenggara Timur (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1958 Nomor 122, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655)

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5038);

3. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587), sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2022 tentang Hubungan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6757);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 115, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5357);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara & Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara & Reformasi Birokrasi Nomor: 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
8. Peraturan Bupati Gianyar Nomor 94 Tahun 2019 tentang Penomoran dan Autentifikasi Produk Hukum Daerah Kabupaten Gianyar (Berita Daerah Kabupaten Gianyar Tahun 2019 Nomor 94);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.

- KEDUA : Standar Pelayanan tersebut agar dapat digunakan sebagai landasan bekerja, pemberian pelayanan dan komitmen dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi.
- KETIGA : Pada saat Keputusan Direktur ini mulai berlaku, maka Keputusan Direktur Nomor 445/14664/RSU tentang Penetapan Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.
- KEEMPAT : Segala biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini di bebaskan pada Anggaran Belanja Operasional BLUD Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Kabupaten Gianyar.
- KELIMA : Keputusan Direktur ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Gianyar
Pada tanggal, 29 September 2023

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SANJIWANI KABUPATEN GIANYAR,



NYOMAN BAYU WIDHIARTHA

Keputusan ini disampaikan kepada Yth;

1. Dewan Pengawas RSUD Sanjiwani Kabupaten Gianyar.
2. Para Wadir RSUD Sanjiwani Kabupaten Gianyar.
3. Ketua SPI RSUD Sanjiwani Kabupaten Gianyar.
4. Arsip.

LAMPIRAN

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI
KABUPATEN GIANYAR
NOMOR 188/34071/RSU
TENTANG PENETAPAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH SANJIWANI KABUPATEN GIANYAR

STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SANJIWANI
KABUPATEN GIANYAR

I. SERVICE DELIVERY

1. Standar Pelayanan Pendaftaran dan Admisi

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. KTP/KK /Akta Kelahiran (Anak dibawah 17 tahun); b. Kartu BPJS/Kartu jaminan asuransi pasien lainnya; c. Surat Rujukan (jika pasien rujukan dari Faskes I atau rumah sakit lain); d. Surat Kontrol Kembali untuk pasien yang masih menjalani perawatan control kembali; e. Resume untuk pasien setelah menjalani rawat inap. 2. Pasien IGD <ol style="list-style-type: none"> a. KTP/KK/Akta Kelahiran (Anak di bawah 17 tahun); b. Kartu BPJS/Kartu jaminan asuransi pasien lainnya; c. Surat rujukan (jika pasien rujukan dari rumah sakit lainnya). 3. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. KTP/KK/Akta Kelahiran (Anak Usia di bawah 17 tahun); b. Kartu BPJS (kepastian kepesertaan jaminan kesehatan 1x24 jam untuk rawat jalan 3x24 jam untuk rawat inap); c. Surat Permohonan MRS (Masuk Rumah Sakit) RSUD Sanjiwani Gianyar.
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. RAWAT JALAN <ol style="list-style-type: none"> A. Daftar Secara Manual <ol style="list-style-type: none"> a. Mengambil nomor antrian pendaftaran; b. Menunggu nomor antrian dipanggil di ruang tunggu pendaftaran pasien poliklinik; c. Menuju loket pendaftaran sesuai dengan panggilan dan menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses; d. Pasien lansia, disabilitas, Poliklinik Paru dan Poliklinik Sinta, pendaftaran dilakukan di loket khusus (loket 4) tanpa mengambil nomor antrean; e. Menerima SEP (Surat Eligibilitas Peserta) untuk pasien BPJS dan SJP (Surat

		<p>Jaminan Pelayanan) untuk pasien non BPJS dari Petugas Pendaftaran Pasien Poliklinik;</p> <p>f. Menyerahkan SEP dan SJP kepada Perawat Poliklinik;</p> <p>g. Menunggu di Poliklinik yang dituju.</p> <p>B. Pendaftaran online :</p> <p>a. Mendaftar paling lambat 1 (satu) hari sebelum kunjungan ke rumah sakit melalui aplikasi GIANYARKU AMAN dari Jam 07.00 wita s.d 19.00 Wita;</p> <p>b. Pada hari janji poliklinik, Pasien Pendaftaran Online melakukan registrasi ulang dengan menyerahkan surat rujukan dari Faskes Pertama bagi pasien BPJS dan kelengkapan berkas (KTP/KK/Akta Kelahiran) di loket pendaftaran online (Loket 3).</p> <p>c. Menerima SEP (Surat Eligibilitas Peserta) untuk pasien BPJS dan SJP (Surat Jaminan Pelayanan) untuk pasien non BPJS dari Petugas Pendaftaran Pasien Poliklinik;</p> <p>d. Petugas menyerahkan SEP rawat jalan (Pasien BPJS) dan SJP untuk pasien selain BPJS.</p> <p>e. Menyerahkan SEP dan SJP kepada Perawat Poliklinik;</p> <p>f. Pasien menunggu di Poliklinik yang dituju.</p> <p>2. IGD</p> <p>a. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran IGD dengan membawa persyaratan yaitu KTP/KK serta Kartu Peserta BPJS Kesehatan jika diperlukan dan Akta Kelahiran untuk anak dengan usia di bawah 17 Tahun untuk dientry pada SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit);</p> <p>b. Menerima SEP untuk Pasien BPJS dan SJP untuk pasien non BPJS serta Rekam Medis Pasien IGD;</p> <p>c. Membawa SEP/SJP dan Rekam Medis Pasien IGD ke IGD serta menyerahkan kepada Perawat IGD.</p> <p>3. RAWAT INAP</p> <p>a. Melakukan pendaftaran rawat inap di Loket Pendaftaran Pasien Rawat Inap;</p> <p>b. Menerima penjelasan dari Admission tentang hak dan kewajiban pasien selama menjalani rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar;</p> <p>c. Menandatangani <i>general consent</i> (Surat Persetujuan Umum) sebagai bukti persetujuan tentang hak dan kewajiban pasien selama menjalani rawat inap di RSUD Sanjiwani Gianyar;</p> <p>d. Menerima SEP/SJP dan Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap dari Petugas Admission;</p> <p>e. Membawa dan menyerahkan SEP/SJP dan Berkas Rawat Inap ke poliklinik/IGD dan menyerahkan kepada Perawat Poliklinik/IGD.</p>
--	--	--

3.	Jangka Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan 15-20 menit 2. Pendaftaran Rawat Jalan Senin s.d. Kamis : Jam 07.00 s.d. 12.00 WITA Jum'at : Jam 07.00 s.d. 11.00 WITA Sabtu : Jam 07.00 s.d. 11.30 WITA 3. Pendaftaran IGD dan Rawat Inap dibuka 24 jam
4.	Biaya /tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	Pelayanan Pendaftaran dan Admisi
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SI/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang administrasi/pendaftaran pasien IGD dan Rawat Inap 3. Meja admisi rawat jalan 4. Loker pendaftaran 1-4 5. TV informasi RS 6. Banner/leaflet 7. Set komputer 8. Alat finger print 9. CCTV 10. Ruang penyimpanan rekam medis
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Rekam Medis memiliki kualifikasi minimal D-III 2. Petugas administrasi/pendaftaran memiliki kualifikasi minimal SMA sederajat 3. Petugas administrasi/pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi 4. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku 5. Seluruh petugas mampu berkomunikasi secara lisan dan tulisan dengan baik.

4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Umum, Hukum, Humas Kepegawaian dan SIMRS melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting. 2. Dilakukan langsung oleh Kepala Instalasi SIMRS.
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Petugas pendaftaran dibagi dalam 3 shift :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas shift pagi : <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran rawat jalan 5 orang b. Pendaftaran IGD 1 orang. c. Rawat Inap/Petugas Admission 2 orang 2. Petugas shift siang : <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran IGD 1 orang. b. Rawat Inap/Petugas Admission 1 orang 3. Petugas shift malam : <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran IGD 1 orang. b. Rawat Inap/Petugas Admission 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Bidang Umum, Hukum, Humas Kepegawaian dan SIMRS 2. Survey Kepuasan Pasien melalui aplikasi, kerjasama dengan pihak ketiga dan kotak saran

2. Standar Pelayanan Rawat Jalan

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas/KTP/NIK 2. Kartu BPJS 3. Surat rujukan
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengambil nomor antrian 2. Mendaftar di loket pendaftaran 3. Menuju Poliklinik yang menangani 4. Menunggu panggilan dari poliklinik 5. Mendapatkan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) apabila diperlukan. 6. Mendapatkan terapi atau resep obat 7. Mengambil obat di Apotek (apabila mendapatkan resep obat). 8. Menyelesaikan administrasi/ pembayaran di kasir 9. Pulang.

3.	Waktu pelayanan	2 jam (Khusus prosedur 1 s.d 5) (waktu yang tertera dalam standar ini sangat tergantung dengan kondisi pasien)
4.	Biaya/tarif	1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	1) Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan : a) Kebidanan dan Penyakit Kandungan b) Fetomaternal c) Fertilitas-Endokrinologi Reproduksi d) Obstetri-Ginekologi Sosial e) Keluarga Berencana 2) Poliklinik Bedah a) Bedah Umum b) Bedah Digestif c) Bedah Onkologi d) Bedah Orthopedi e) Bedah Urologi f) Bedah Plastik 3) Poliklinik Anastesi 4) Poliklinik Umum 5) Poliklinik Penyakit Dalam 6) Poliklinik Geriatri 7) Poliklinik Ginjal dan Hipertensi 8) Poliklinik Paru a) Paru b) TB 9) Poliklinik Jantung 10) Poliklinik VCT (<i>Voluntary Conselling Test</i>) 11) Poliklinik Anak 12) Poliklinik Gizi 13) Poliklinik Tumbuh Kembang 14) Poliklinik Gigi a) Konservasi gigi/endodontik b) Bedah mulut c) Orthodontia d) Periodontia e) Pedodontia f) Prostodontia 15) Poliklinik Kulit & Kelamin 16) Poliklinik Jiwa/Psikiatry 17) Poliklinik Saraf/Neurologi 18) Poliklinik THT 19) Poliklinik Mata 20) Poliklinik Covid-19 21) Poliklinik Pariwisata 22) Poliklinik Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi
6.	Pengelolaan pengaduan	Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran

B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1 29/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu di lengkapi dengan kursi tunggu, AC, banner/leaflet, televisi layanan informasi 2. Ruang Pelayanan 3. Ruang Laktasi 4. Ruang Bermain Anak 5. Alat kesehatan/pemeriksaan diagnostik: USG 4 dimensi, ENT, EEG, EKG, Spirometri, Slit Lamp, dll 6. CCTV 7. Bed pasien 8. Kursi roda 9. WC pasien & keluarga.
3.	Kompetensi Pelaksana	Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	Kepala instalasi rawat jalan dan kepala ruangan poliklinik melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan rawat jalan setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sebanyak 74 orang 2. Dokter Gigi Spesialis 6 orang 3. Dokter umum 1 orang pada poliklinik umum 4. Dokter gigi umum 3 orang 5. Tenaga perawat sebanyak 46 orang 6. Tenaga bidan 10 orang 7. Tenaga perawat gigi 8 orang 8. Tenaga akademi refraksi mata 0 orang 9. Tenaga kebersihan 6 orang 10. Security 1 orang setiap shift
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan standar operasional prosedur(SOP).
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku

8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kabid Keperawatan. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui aplikasi dan kotak saran
----	----------------------------	--

3. Standar Pelayanan Rawat Inap

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Pengantar / permintaan rawat inap 2. Kartu identitas/KTP/NIK 3. Kartu BPJS 4. Surat Rujukan
2.	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendaftar di Loker Pendaftaran (Admission) 2. Menuju kamar perawatan diantar oleh petugas. 3. Mendapatkan asuhan dari profesional pemberi asuhan (PPA) yaitu : medis, keperawatan, gizi dan farmasi, selama masa perawatan. 4. Menyelesaikan administrasi di kasir. 5. Pulang.
3.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu sampai di ruang rawat inap 1 jam 2. Waktu pelayanan pasien dirawat sesuai dengan kondisi pasien. 3. Pelayanan rawat inap buka 24 jam.
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	Pelayanan Pasien Rawat Inap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rawat inap VVIP 2. Pelayanan rawat inap VIP 3. Pelayanan rawat inap kelas 1 4. Pelayanan rawat inap kelas 2 5. Pelayanan rawat inap kelas 3 6. Pelayanan rawat inap burn unit 7. Pelayanan rawat inap isolasi TB Paru 8. Pelayanan rawat inap Stroke Corner 9. Pelayanan rawat inap Psikiatri 10. Pelayanan rawat inap Kemoterapi.
6.	Pengelolaan pengaduan	Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Pu (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1

		<p>291Menkes/SK/11/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit</p> <p>4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang security 3. Ayodya Lantai 4 kelas VVIP : 1 (satu) bed, 1 (satu) bed penunggu, 1 (satu) sofa tamu, 1 (satu) set meja makan, 2 (dua) kursi tamu, 1 (satu) meja nakas, smart TV, wifi, 1 (satu) set kursi dan meja balkon, kulkas, dispenser, dan kamar mandi di dalam. 4. Ayodya Lantai 4 kelas VIP : 1 (satu) bed, 1 (satu) sofa bed, 1 (satu) meja nakas, 1 (satu) kursi penunggu, smart TV, wifi, kulkas, dan kamar mandi di dalam. 5. Ayodya Lantai 4 kelas 1 : 1 (satu) bed, 1 (satu) sofa bed, 1 (satu) meja nakas, televisi, dan kamar mandi di dalam. 6. Ayodya Lantai 3 Kelas 1 : 1 (satu) bed, 1 (satu) sofa bed, 1 (satu) meja nakas, televisi, dan kamar mandi di dalam. 7. Ayodya Lantai 3 ruang Stroke Corner : 8 (delapan) Bed Side monitor, 8 (delapan) Bed Pasien, 8 (delapan) meja nakas, AC, dan WC di dalam. 8. Ayodya Lantai 2 Kelas 2 : 2 (dua) bed, 2 (dua) meja nakas, 2 (dua) kursi penunggu, dan kamar mandi di dalam. 9. Ayodya Lantai 2 , Ruang Luka Bakar, Tetanus : 4 (empat) bed, 4 (empat) meja nakas, 4 (empat) kursi penunggu, dan kamar mandi di dalam. 10. Ayodya Lantai 2 Kelas 3 : 4 (empat) bed, 4 (empat) meja nakas, 4 (empat) kursi penunggu, dan kamar mandi di dalam. 11. Ayodya Lantai 1 (Kemoterapi, Isolasi tekanan negatif, Psikiatri dan Obygn) : Bed pasien, meja nakas, kursi penunggu, dan kamar mandi di dalam. 12. Oxygen sentral & Oksigen Tabung. 13. Alat kesehatan/pemeriksaan. 14. Nurse station & Nurse Call. 15. Banner/leaflet. 16. Brankard. 17. Kursi roda. 18. WC penunggu pasien/ keluarga.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis spesialisasi masing-masing. 2. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS dan sertifikat lainnya dengan kualifikasi pendidikan minimal D-III. 3. Tenaga kebidanan telah memiliki sertifikat Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetri Neonatal (PPGDON) dan memiliki kualifikasi minimal D-III 4. Tenaga farmasi memiliki kualifikasi minimal TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) 5. Ahli gizi dengan pendidikan minimal D-III dan Surat Tanda Registrasi masih aktif.

		<p>6. Petugas administrasi/pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi.</p> <p>7. Seluruh petugas dalam memberikan pelayanan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Kepala instalasi rawat inap melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan rawat inap setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting</p> <p>2. Dilakukan langsung oleh Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan.</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis sebanyak 66 orang Jadwal visite Dokter Spesialis : Jam 08.00 WITA s.d. 14.00 WITA setiap hari Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien.</p> <p>2. Dokter umum ruangan sebanyak 2 orang per shift.</p> <p>3. Jumlah Perawat dan bidan total 143 orang</p> <p>4. Jadwal dinas perawat dan bidan terbagi dalam 3 shift :</p> <p>a. Shift pagi : Jam 07.00 WITA s.d. 13.00 WITA</p> <p>b. Shift siang : Jam 13.00 WITA s.d. 19.00 WITA</p> <p>c. Shift malam : Jam 19.00 WITA s.d. 07.00 WITA</p> <p>5. Tenaga kebersihan 1-2 orang setiap lantai. Jadwal shift terbagi 3 yaitu :</p> <p>a. Shift pagi : Jam 06.00 WITA s.d. 14.00 WITA</p> <p>b. Shift siang : Jam 14.00 WITA s.d. 21.00 WITA</p> <p>c. Shift malam : Jam 21.00 WITA s.d 06.00 WITA</p> <p>6. Security 1 orang setiap shift per lantai rawat inap.</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani.</p> <p>2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS"</p> <p>3. Maklumat pelayanan</p> <p>4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP.</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.</p> <p>2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis</p> <p>3. SDM yang kompeten</p> <p>4. Peralatan yang sesuai standar</p> <p>5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi setiap bulan di setiap ruang rawat inap dengan kepala instalasi rawat inap, perawat pengendali mutu RS dan PPI diikuti oleh seluruh perawat di ruang rawat inap.</p> <p>2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran</p>

4. Standar Pelayanan Gawat Darurat

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas/KTP /Pasport 2. Kartu BPJS 3. Persyaratan tersebut dapat dilengkapi dalam 1 x 24 jam untuk rawat jalan, 3 x 24 jam untuk rawat inap.
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendaftarkan pasien di loket pendaftaran IGD 2. Menunggu penanganan 3. Mendapatkan tindakan medis sesuai dengan keluhan 4. Mendapatkan pemeriksaan penunjang (bila ada) 5. Mengambil obat 6. Menyelesaikan administrasi 7. Pulang/rawat inap
3.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tindakan oleh petugas kurang dari 5 menit. 2. Lama tindakan disesuaikan dengan kondisi pasien. <i>(waktu yang tertera dalam standar ini sangat tergantung dengan kondisi pasien)</i>
4.	Biaya /tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien gawat darurat
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 Tentang Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) di Rumah Sakit 5. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang administrasi pendaftaran pasien 3. Ruang triase prioritas 1 (Resusitasi) 4. Ruang triase prioritas 2 (Urgent)

		<p>sama dengan perawat dan bidan.</p> <p>6. Tenaga kebersihan 3 orang tiap shift. Jadwal shift terbagi 3 yaitu:</p> <p>a. Shift pagi :jam 06.00 WITA s.d. 14.00 WITA</p> <p>b. Shift siang : jam 14.00 WITA s.d. 21 .00 WITA</p> <p>c. Shift malam : jam 21.00 WITA s.d. 06 .00 WITA</p> <p>7. Brankarman 1 orang tiap shift. Jadwal shift sama dengan jadwal perawat.</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani.</p> <p>2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS"</p> <p>3. Maklumat pelayanan</p> <p>4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP.</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.</p> <p>2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis</p> <p>3. SDM yang kompeten</p> <p>4. Peralatan yang sesuai standar</p> <p>5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan.</p> <p>2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.</p>

5. Standar Pelayanan Rawat Intensif

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>1. Lembar konsul rawat intensif</p> <p>2. Form kriteria masuk pasien ICU/PICU/NICU</p>
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>1. Menuju ruang perawatan intensif diantar oleh petugas.</p> <p>2. Mendapat asuhan medis dan keperawatan selama masa perawatan.</p> <p>3. Pindah ke ruang rawat biasa diantar petugas.</p>
3.	Waktu pelayanan	<p>1. Waktu pelayanan pasien dirawat di ICU 1-3 hari / sesuai dengan kondisi pasien (sesuai dengan jenis kasus)</p> <p>2. Pelayanan rawat intensif buka 24 jam</p>
4.	Biaya/tarif	<p>1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021</p> <p>2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat intensif (ICU/PICU/NICU)
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission)</p> <p>Fax. : 0361 943049</p> <p>Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000</p>

		<p>Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1 TTUMenkes/SKD(II/2010 tentang penyelenggaraan Pelayanan ICU di Rumah Sakit 5. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang administrasi/pendaftaran pasien 3. Ruang pelayanan 4. Nurse station 5. Ruang isolasi 6. Banner/leaflet 7. Alat kesehatan/pemeriksaan medis 8. WC pasien & keluarga 9. CCTV, AC 10. Brankar 11. Bed pasien 12. Kursi roda 13. Oxygen sentral.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Anestesiologi merupakan ketua Kepala Instalasi ICU 2. Dokter Spesialis lainnya sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing-masing 3. Dokter telah memiliki sertifikat ACLS/ATLS 4. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS, pelatihan ICU dan memiliki kualifikasi Minimal D-III 5. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<p>Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Anestesiologi sebanyak 5 orang 2. Dokter Spesialis lainnya sebanyak 67 orang <p>Jadwal visite Dokter Spesialis Anestesiologi dan Dokter Spesialis lainnya: Jam 08.00 WITA s.d. 14.00 WITA setiap hari (kecuali hari minggu dan libur nasional) Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien. Semua Dokter Spesialis on call dan stand by untuk konsultasi pasien ICU</p>

		<p>3. Dokter umum sebanyak 1 orang, khusus ruangan ICU dokter umum ruangan 1 orang. Jadwal dinas dokter umum di ruangan ICU terbagi dalam 3 shift:</p> <p>a. Shift pagi (dokter umum khusus ruangan ICU) : Jam 07.30 WITA s.d. 14.00 WITA</p> <p>b. Shift siang (dinas dokter jaga) : Jam 14.00 WITA s.d. 20.30 WITA</p> <p>c. Shift malam (dinas dokter jaga) : Jam 20.30 WITA s.d. 07.30 WITA</p> <p>4. Perawat 3 orang tiap shift. Jadwal terbagi dalam 3 shift:</p> <p>a. Shift pagi : Jam 07.30 WITA s.d. 13.30 WITA</p> <p>b. Shift siang : Jam 13.30 WITA s.d. 20.30 WITA</p> <p>c. Shift malam : Jam 20.30 WITA s.d. 07.30 WITA</p> <p>5. Tenaga kebersihan 2 orang tiap shift. Jadwal shift terbagi 2 yaitu:</p> <p>a. Shift pagi : Jam 06.00 WITA s.d. 14.00 WITA</p> <p>b. Shift siang : Jam 14.00 WITA s.d. 21.00 WITA</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani.</p> <p>2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS"</p> <p>3. Maklumat pelayanan</p> <p>4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP.</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.</p> <p>2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis</p> <p>3. SDM yang kompeten</p> <p>4. Peralatan yang sesuai standar</p> <p>5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan.</p> <p>2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran</p>

6. Standar Pelayanan Bedah Sentral

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>1. Kartu identitas/KTP/NIK</p> <p>2. Kartu BPJS</p> <p>3. Surat rujukan</p> <p>4. Surat persetujuan tindakan (<i>informed consent</i>)</p>
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>1. Menerima penjelasan dari dokter tentang tindakan yang akan dilakukan kepada pasien / keluarga dan menandatangani penjelasan yang diberikan di form persetujuan tindakan.</p> <p>2. Masuk ke kamar operasi</p> <p>3. Mendapatkan asuhan medis dan keperawatan selama di kamar bedah</p> <p>4. Pindah ke ruang rawat / pulang.</p>

3.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan pasien sesuai dengan kondisi pasien dan jenis tindakan. 2. Pelayanan IBS buka 24 jam.
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien bedah sentral
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tindakan pasien sebanyak 9 ruangan ber AC 2. Ruang tunggu 3. Ruang persiapan pasien 4. Ruang recovery (RR) 5. Banner/leaflet 6. Alat kesehatan/pemeriksaan 7. CCTV di luar Ruangan bedah sentral 8. Brankar 9. Bed pasien 10. Kursi roda 11. Oxygen sentral 12. Toilet petugas dan pasien.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis operator sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing-masing 2. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS, pelatihan kamar bedah dan memiliki kualifikasi minimal D-III 3. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan langsung oleh Kepala Instalasi Bedah Sentral. 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala

		Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis operator sebanyak 28 orang 2. Dokter Spesialis Anestesi sebanyak 5 orang 3. Perawat anestesi sebanyak 10 orang 4. Perawat sebanyak 32 orang 5. Tenaga kebersihan 3 orang
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dengan Ka. Instalasi Bedah Sentral, Kepala Ruangan dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

7. Standar Pelayanan Hemodialisis

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan : <ol style="list-style-type: none"> a. Ada permintaan tertulis/pereseapan dari DPJP ruang HD b. Ada persetujuan tindakan/informed consent. c. Status hemodinamik pasien stabil d. Sudah dilakukan skrining/ pemeriksaan HbsAg, anti HCV dan HIV e. Pasien pindahan dari RS lain wajib membawa traveling dialisis f. Ada kartu identitas berupa KTP/KK g. Kartu BPJS h. Surat Rujukan 2. Pelayanan Hemodialisa Rawat Inap : <ol style="list-style-type: none"> a. Ada permintaan tertulis/pereseapan dari DPJP ruang HD b. Ada persetujuan tindakan/informed consent. c. Status hemodinamik pasien stabil d. Sudah dilakukan skrining/ pemeriksaan HbsAg, anti HCV dan HIV e. Ada kartu identitas berupa KTP/KK f. Kartu BPJS g. Pasien diantar keruang HD beserta obat-obatan/darah untuk transfusi on HD h. Pasien dijemput oleh petugas ruangan tempat

		<p>pasien dirawat.</p> <p>3. Pelayanan hemodialisa cito:</p> <p>a. Prioritas pasien HD Cito ditentukan atas indikasi medis oleh DPJP HD.</p> <p>b. Indikasi cito bila pengobatan konservatif tidak berhasil diantaranya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hiperkalemia - Syndrome over load/odema paru - Asidosis metabolik - Syndrome uremik berat - Intoksikasi
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>1. Pasien Rawat Jalan :</p> <p>a. Masuk ke ruang HD sesuai dengan daftar antrean.</p> <p>b. Menandatangani persetujuan tindakan HD.</p> <p>c. Menimbang berat badan</p> <p>d. Memperoleh pemeriksaan dokter dan dilakukan tindakan bila ada komplikasi</p> <p>e. Mendapatkan asuhan keperawatan (pre, intra dan post HD)</p> <p>f. Program HD selesai.</p> <p>g. Pulang</p> <p>2. Pasien Rawat Inap/Cito :</p> <p>a. Menuju ruang HD bila sudah dipanggil petugas HD diantarkan oleh perawat ruangan.</p> <p>b. Pemeriksaan oleh petugas HD</p> <p>c. Menimbang berat badan</p> <p>d. Memperoleh pemeriksaan dokter dan dilakukan tindakan bila ada komplikasi</p> <p>e. Mendapatkan asuhan keperawatan (pre, intra dan post HD)</p> <p>f. Program HD selesai.</p> <p>g. Menuju ruang perawatan dijemput oleh perawat ruangan.</p>
3.	Waktu pelayanan	<p>1. Pasien HD reguler rawat jalan lamanya 4 – 4 ½ jam</p> <p>2. Pasien HD pertama kali lamanya 2 – 3 jam</p> <p>3. Pasien cito lamanya sesuai dengan persepan.</p>
4.	Biaya/tarif	<p>3. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021</p> <p>4. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.</p>
5.	Produk layanan	Pelayanan Haemodialisis
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission)</p> <p>Fax. : 0361 943049</p> <p>Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000</p> <p>Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id</p> <p>SP4N Lapor</p> <p>Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038).</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang</p>

		<p>Rumah Sakit. (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)</p> <p>3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit</p> <p>4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tindakan pasien sebanyak 1 ruangan ber AC 2. Ruang tunggu 3. Banner/leaflet 4. Alat kesehatan/pemeriksaan 5. CCTV 6. Bed pasien 7. Kursi roda 8. Oxygen sentral 9. Toilet petugas dan pasien.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Konsultan Ginjal Hipertensi sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis. 2. Dokter Spesialis penyakit dalam yang memiliki sertifikat pelatihan hemodialisis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis 3. Dokter umum yang memiliki sertifikat pelatihan hemodialisis, memiliki kompetensi dan kewenangan klinis. 4. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS, pelatihan hemodialisis dan memiliki kualifikasi minimal D-III. 5. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan langsung oleh Kepala Ruangan Hemodialisis 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sebanyak 2 orang 2. Perawat sebanyak 20 orang 3. Tenaga kebersihan 3 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis

		<ul style="list-style-type: none"> 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dengan Kepala Ruangan dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

8. Standar Pelayanan Ruang Isolasi Covid-19

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Surat Pengantar / permintaan rawat inap 2. Kartu identitas/KTP/NIK 3. Kartu BPJS 4. Surat Rujukan.
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> 1. DPJP Rawat Inap/Rawat jalan/IGD menemukan tanda dan gejala susp covid-19 pada pasien yang dirawat 2. DPJP menuliskan asesmen untuk pemeriksaan swab test (RT-PCR/Antigen) 3. Pasien terkonfirmasi swab positif selanjutnya akan meneruskan perawatan diruang isolasi 4. Pasien terkonfirmasi akan diwarat lanjut di ruang isolasi covid sesuai proses.
3.	Waktu pelayanan	Pelayanan Ruang Isolasi Covid-19 buka 24 jam
4.	Biaya/tarif	<ul style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap Covid-19 2. Rawat Intensif
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.

2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang perawatan pasien sebanyak 24 bed ber AC dan bertekanan negative. 2. Banner/leaflet 3. Alat kesehatan/pemeriksaan 4. Bed pasien 5. Kursi roda 6. Oxygen sentral 7. Toilet pasien.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis spesialisasi masing-masing. 2. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS dan sertifikat lainnya dengan kualifikasi pendidikan minimal D-III. 3. Tenaga farmasi memiliki kualifikasi minimal TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) 4. Ahli gizi dengan pendidikan minimal D-III dan Surat Tanda Registrasi masih aktif. 5. Petugas administrasi/pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi. 6. Seluruh petugas dalam memberikan pelayanan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan langsung oleh Kepala Ruangan Isolasi Kamboja. 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sebanyak 78 orang 2. Perawat sebanyak 19 orang 3. Tenaga kebersihan 4 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dengan Kepala Ruangan dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

9. Standar Pelayanan VK Bersalin

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas/ KTP/ NIK 2. Kartu bpjs 3. Surat rujukan 4. Surat keterangan MRS 5. Informed concent
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah dilakukan screening pemeriksaan di IRD/poliklinik dan akan mendapat asuhan kebidanan lebih lanjut di VK Bersalin dan dinyatakan untuk MRS. 2. Pelayanan yang diberikan dengan katagori, VK bersalin, ODHU atau lantai 1 obgyn. 3. Dilakukan Asuhan kebidanan selama MRS. 4. Sembuh 5. Pulang atau pindah ruangan ke lantai perawatan terintegrasi sesuai kelas.
3.	Waktu pelayanan	Pelayanan VK Bersalin buka 24 Jam
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	Pelayanan persalinan, nifas, neonatus dan ODHU, isolasi covid, isolasi kebidanan pasien menular.
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang perawatan pasien sebanyak 11 bed ber AC dan bertekanan negative. 2. Banner/leaflet 3. Alat kesehatan/pemeriksaan 4. Nurse station 5. Ruang konsultasi 6. CCTV 7. Bed pasien 8. Kursi roda 9. Oxygen sentral

		10. Toilet pasien 11. Toilet petugas.
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensi dan kewenangan klinis spesialisasi masing-masing. 2. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS dan sertifikat lainnya dengan kualifikasi pendidikan minimal D-III. 3. Tenaga kebidanan telah memiliki sertifikat Pelatihan Penanganan Gawat Darurat Obstetri Neonatal (PPGDON) dan memiliki kualifikasi minimal D-III 4. Tenaga farmasi memiliki kualifikasi minimal TTK (Tenaga Teknis Kefarmasian) 5. Ahli gizi dengan pendidikan minimal D-III dan Surat Tanda Registrasi masih aktif. 6. Petugas administrasi/pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi. 7. Seluruh petugas dalam memberikan pelayanan sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	1. Pengawasan langsung oleh kepala ruangan VK Bersalin 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis sebanyak 8 orang 2. Bidan sebanyak 21 orang 3. Tenaga kebersihan 3 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dengan Kepala Ruangan dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

10. Standar Pelayanan Endoscopy

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Surat Pengantar / permintaan endoskopi atau bronkoskopi

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Surat Keabsahan Jaminan 3. Hasil Laboratorium DL, BT, CT (untuk tindakan dengan local anastesi) 4. Hasil konsultasi dan persetujuan anastesi (untuk tindakan dengan anastesi) 5. Persetujuan tindakan/ <i>inform consent</i>
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien disiapkan untuk dilakukan tindakan endoskopi atau bronkoskopi (cek Lab, konsul anastesi) oleh poliklinik/ ruangan. 2. Jika tidak ada masalah di Laboratorium dan disetujui dokter anastesi (untuk tindakan dengan anastesi), pasien mencari jadwal ke Unit Endoskopi dan Bronkoskopi. 3. Perawat membuat perjanjian, penjadwalan dan memberikan penjelasan terkait persiapan prosedur 4. Saat hari tindakan, perawat memastikan kedatangan pasien 5. Jika pasien datang, pasien melakukan registrasi di loket pendaftaran. Petugas mempersiapkan alat. 6. Dokter melakukan pemeriksaan dan memberikan penjelasan terhadap pasien 7. Dokter melakukan tindakan dengan perawat sebagai asisten tindakan 8. Setelah selesai tindakan, pasien dipindahkan ke ruang pemulihan, alat dibersihkan dan disterilisasi 9. Pasien/keluarga diberikan penjelasan terkait hasil/kesimpulan dari tindakan yang dilakukan. 10. Perawat memberikan hasil kepada pasien/keluarga.
3.	Waktu pelayanan	Setiap hari kerja, pukul 07.00-13.30 wita
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esofagogastroduodenoskopi 2. Kolonoskopi 3. Bronkoskopi 4. Polipectomy 5. Biopsi.
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor

		<p>129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit</p> <p>4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang persiapan/pemulihan pasien sebanyak 3 bed ber AC 2. Ruang tindakan 3 kamar ber ac, tekanan negative 3. Banner/leaflet 4. Alat kesehatan/pemeriksaan 5. CCTV 6. Bed pasien 7. Oxygen sentral 8. Toilet pasien 9. Ruang tunggu 10. Ruang jaga petugas 11. Ruang administrasi 12. Toilet petugas.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 2 orang, Spesialis Paru 2 orang, Spesialis Bedah Digestive 2 orang. 2. Tenaga keperawatan 3 orang 3. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan langsung oleh Koordinator unit pelayanan Endoskopi dan Bronkoskopi 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sebanyak 6 orang 2. Perawat anastesi sebanyak 5 orang 3. Perawat sebanyak 3 orang 4. Tenaga kebersihan 1 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis dengan Kepala Ruangan dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

11. Standar Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Pasien umum : Bukti mobilisasi rawat jalan dan rawat Inap Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> SEP rawat jalan Surat Rujukan DPJP
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> Mengambil nomor antrian Mendaftar di loket pendaftaran Menuju Instalasi Rehabilitasi Medis Menunggu panggilan Mendapatkan pemeriksaan oleh dokter . Mendapatkan terapi atau resep Mengambil resep obat Menyelesaikan administrasi/ pembayaran di kasir Pulang.
3.	Waktu pelayanan	Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik dibuka setiap hari kerja kecuali hari Minggu dan hari libur nasional) dari jam 08.00 WIB - 13.00 WIB
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> Assesment <ul style="list-style-type: none"> Dokter spesialis KFR Fisioterapis Psikolog Okupasi Terapi Uji Fungsi dokter spesialis KFR Tindakan dokter spesialis KFR Tindakan Modalitas alat Terapiutik Tindakan Modalitas latihan Alat ortotik dan alat bantu jalan
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan Di Intenal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik oleh BPJS Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> Ruang Pemeriksaan dokter Spesialis KFR Ruangan modalitas alat terapiutik Ruang Gym (Latihan)

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Ruang Okupasi terapi 5. Ruang Psikologi 6. Alat kesehatan modalitas terapiutik 7. Alat kesehatan modalitas latihan 8. Tempat tidur pasien 9. Alat bantu ambulasi
3.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kompetensi Assesment, modalitas alat dan latihan terapiutik dokter Spesialis KFR 2. Kompetensi modalitas alat dan latihan terapiutik fisioterapis, Psikologi, Okupasi Terapi 3. Dokter Spesialis KFR menjadi penanggung jawab dan Kepala Instalasi Rehabilitasi Medis 4. Fisioterapis memiliki kualifikasi minimal D.III 5. Okupasi Terapi memiliki kualifikasi minimal D.III 6. Psikolog memiliki kualifikasi minimal SI Psikolog 7. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
5.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Satu Orang Dokter Spesialis KFR 2. 8 Orang Fisioterapi 3. 1 Orang Psikolog 4. 1 Orang Okupasi Terapi 5. 1 Orang Petugas Kebersihan
6.	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi kepala IRM, Fisioterapi, Psikolog dan Okupasi terapi secara berkala setiap 3 bulan sekali atau sewaktu dalam keadaan emergensi

12. Standar Pelayanan Laboratorium

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rawat Jalan : Permintaan laboratorium sudah harus di input di E-RM. 2. Rawat Inap : Permintaan laboratorium sudah harus di input di E-RM.
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ul style="list-style-type: none"> 1. Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> a. Mengambil nomor antrean b. Pasien menyampaikan nama dan poliklinik pengirim c. Menunggu panggilan di ruang tunggu d. Masuk ke ruang sampling setelah dipanggil oleh petugas e. Pengambilan sampel oleh petugas

		<p>f. Kembali ke poliklinik (bagi pasien umum ke kasir untuk menyelesaikan administrasi)</p> <p>2. Rawat Inap</p> <p>a. Mendapatkan penjelasan pengambilan sampel oleh petugas</p> <p>b. Pengambilan sampel oleh petugas</p>
3.	Waktu pelayanan	Waktu kurang dari 2 jam sejak sampel diambil di laboratorium dan tergantung jenis pemeriksaan. (untuk pemeriksaan lab tertentu yang melebihi dari 2 jam akan dijelaskan kembali kepada pasien).
4.	Biaya/tarif	<p>1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021</p> <p>2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.</p>
5.	Produk layanan	<p>1. Patologi klinik</p> <p>2. Patologi anatomi</p> <p>3. Mikrobiologi klinik.</p>
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission)</p> <p>Fax. : 0361 943049</p> <p>Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000</p> <p>Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id</p> <p>SP4N Lapor</p> <p>Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038)</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072)</p> <p>3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit</p> <p>4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<p>1. Ruang tunggu dilengkapi dengan kursi tunggu</p> <p>2. Ruang pengambilan spesimen darah dilengkapi bed pasien dan kursi</p> <p>3. Ruang administrasi</p> <p>4. Ruang pemeriksaan</p> <p>5. Alat kesehatan/pemeriksaan diagnostik</p> <p>6. Kursi roda.</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Patologi Klinik menjadi penanggungjawab dan Kepala Instalasi Laboratorium.</p> <p>2. Dokter spesialis patologi anatomi dan dokter spesialis mikrobiologi klinik.</p> <p>3. Analis laboratorium memiliki kualifikasi minimal D.III</p> <p>4. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.</p>

4.	Pengawasan Internal	Kepala instalasi laboratorium dan kepala ruangan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik sebanyak 1 orang ekspertise hasil laboratorium 24 jam, dr Spesialis Mikrobiologi sebanyak 2 orang, dr Spesialis Patologi Anatomi sebanyak 2 orang 2. Tenaga Ahli Laboratorium Medis sebanyak 24 orang.(PK 18 orang, PA 3 orang, Mikrobiologi 3 orang). 3. Jadwal dinas bagian patologi klinik dibagi menjadi 3 shift : <ol style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Jam 07.00 WITA s.d. 13.00 WITA b. Shift siang : Jam 13.00 WITA s.d. 19.00 WITA c. Shift malam : Jam 19.00 WITA s.d. 07.00 WITA 4. Untuk bagian Patologi Anatomi dan Mikrobiologi hanya shift pagi saja. 5. Petugas administrasi 1 orang 6. Tenaga Kebersihan 2 orang dengan jadwal kerja jam 06.00 WITA s.d. 13.30 WITA
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Penunjang Medis dan Kepala Bidang Keperawatan. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran

13. Standar Pelayanan Bank Darah

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	A. Permintaan Darah Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar Permintaan Darah untuk Tranfusi b. Sampel darah pasien c. Inform consent 2. Pasien BPJS <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar Permintaan Darah untuk Transfusi b. Sampel darah pasien c. Fotokopi SEP rawat inap d. Fotokopi Kartu BPJS e. Inform consent
2.	Sistem Mekanisme,	Permintaan Darah Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerahkan lembar permintaan darah untuk

	Prosedur	<p>transfusi dari Dokter beserta sampel darah pasien kepada petugas transfusi darah</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas mengecek stok darah sesuai dengan permintaan di lembar permintaan Dilakukan cross match antara sampel darah pasien dengan darah yang tersedia sesuai dengan permintaan darah Jika hasil cocok, darah dapat diberikan kepada keluarga pasien setelah diproses sesuai permintaan Dokter.
3.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Waktu pelayanan permintaan darah pasien 2 jam Pelayanan transfusi darah 24 jam.
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	Pelayanan Transfusi Darah 24 Jam
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> Ruang tunggu dan ruang administrasi dilengkapi dengan kursi tamu dan AC Ruang cross match Ruang penyimpanan komponen darah Alat kesehatan/pemeriksaan diagnostik.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> Dokter Spesialis Patologi Klinik menjadi penanggungjawab dan Kepala Instalasi Laboratorium. Memiliki kualifikasi minimal D.III Analis Laboratorium atau Analis Transfusi darah. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> Kepala unit transfusi darah melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu-

		<p>waKu dalam keadaan yang dianggap penting.</p> <p>2. Dilakukan oleh Kepala Bidang Penunjang Medis.</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Patologi Klinik sebanyak 1 orang</p> <p>2. Tenaga Ahli Laboratorium Medis sebanyak 3 orang.</p> <p>3. Tenaga Transfusi Darah sebanyak 3 orang</p> <p>4. Jadwal dinas dibagi menjadi 3 shift:</p> <p>a. Shift pagi : Jam 07.00 WITA s.d. 13.00 WITA</p> <p>b. Shift siang : Jam 13.00 WITA s.d. 19.00 WITA</p> <p>c. Shift malam : Jam 19 00 WITA s.d. 07.00 WITA</p> <p>5. Tenaga kebersihan 1 orang dengan jadwal kerja jam 06.00 WITA s.d. 13.00 WITA (outsourcing)</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani.</p> <p>2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS"</p> <p>3. Maklumat pelayanan</p> <p>4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP.</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit.</p> <p>2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis</p> <p>3. SDM yang kompeten</p> <p>4. Peralatan yang sesuai standar</p> <p>5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Penunjang Medis</p> <p>2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.</p>

14. Standar Pelayanan Radiologi

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	Formulir permintaan pemeriksaan yang sudah lengkap sesuai form isian dan sudah terintegrasi
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>1. Mendaftar di loket pendaftaran</p> <p>2. Menunggu pelayanan</p> <p>3. Mendapatkan pemeriksaan penunjang</p> <p>4. Kembali ke Poliklinik, IRD atau Rawat Inap.</p>
3.	Waktu pelayanan	<p>Respon tindakan sampai hasil selesai</p> <p>1. Foto polos konvensional kurang dari 3 jam</p> <p>2. Foto dengan menggunakan bahan kontras kurang dari 3 jam</p> <p>3. USG kurang dari 3 jam</p> <p>4. CT-Scan polos kurang dari 3 jam</p> <p>5. CT-Scan dengan bahan kontras kurang dari 24 jam.</p>
4.	Biaya/tarif	<p>1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021</p> <p>2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.</p>
5.	Produk	1. Pelayanan Radiologi Konvensional

	layanan	<ul style="list-style-type: none"> 2. Pelayanan Pemeriksaan dengan Menggunakan Bahan Kontras 3. Pelayanan USG 4. Pelayanan CT-Scan
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu dan pendaftaran dilengkapi dengan kursi tunggu 2. Ruang CTScan dilengkapi dengan AC 3. Ruang pemeriksaan USG dilengkapi bed pasien dan AC 4. Ruang ekspertise dokter 5. Ruang pemeriksaan dengan alat x-ray 6. Ruang ganti baju pasien 7. Ruang prosesing film 8. Alat kesehatan/pemeriksaan diagnostik 9. Kamar mandi pasien.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi menjadi penanggungjawab dan Kepala Instalasi Radiologi serta memiliki STR dan SIP. 2. Radiografer memiliki kualifikasi minimal D.III serta memiliki STR dan SIP. 3. Petugas administrasi memiliki kualifikasi minimal D.I 4. Petugas elektromedik (ATEM) memiliki kualifikasi minimal D.III serta memiliki STR dan SIP. 5. Perawat memiliki kualifikasi minimal D.III serta memiliki STR dan SIP. 6. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<p>Kepala instalasi radiologi dan kepala ruangan melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spcsialis Radiologi scbanyak 2 orang, melakukan ekspertise selama jam kerja

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Radiografer sebanyak 14 orang. Jadwal dinas dibagi menjadi 3 shift: <ol style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Jam 07.00 WITA s.d. 13.00 WITA b. Shift siang : Jam 13.00 WITA s.d. 19.00 WITA c. Shift malam : Jam 19.00 WITA s.d. 07.00 WITA 3. Petugas administrasi 1 orang 4. Tenaga elektromedik 1 orang 5. Tenaga perawat 1 orang 6. Tenaga kebersihan 1 orang dengan jadwal kerja jam 06.00 WITA s.d. 13.00 WITA.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Wakil Direktur Penunjang dan Kepala Bidang Penunjang Medis. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

15. Standar Pelayanan Instalasi Farmasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien umum : Elektronik Resep (E-Resep) dari dokter b. Pasien JKN/BPJS : <ul style="list-style-type: none"> - Bukti pendaftaran & kelengkapan persyaratan jaminan - Surat eligibilitas peserta (SEP) - Elektronik Resep (E-Resep) dari dokter 2. Pasien Rawat Inap : Elektronik Resep (E-Resep) 3. Pasien Kemoterapi : <ul style="list-style-type: none"> - Bukti pendaftaran sesuai dengan jaminan dan Elektronik Resep (E-Resep) - Untuk pasien JKN disertakan SEP dan protocol terapi
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> 1) Dokter membuat e-resep untuk pasien yang diperiksa di poliklinik dan mengirimkan ke apotek rawat jalan 2) Petugas administrasi poliklinik menyerahkan lembar salinan SEP atau bukti pemeriksaan kepada pasien/keluarga 3) Pasien/keluarga menyerahkan lembar salinan SEP atau bukti pemeriksaan kepada petugas penerimaan counter depan. 4) Pasien/keluarga menunggu panggilan untuk

		<p>penyerahan obat</p> <p>5) Pasien/Keluarga menerima obat dan informasi terkait obat yang akan diminum</p> <p>6) Pasien/keluarga pulang</p> <p>2. Pasien Rawat Inap</p> <p>1) Dokter membuat e-resep untuk pasien yang dirawat di ruang rawat inap dan mengirimkan ke apotek rawat inap</p> <p>2) Perawat jaga ruangan menanyakan kepada petugas apotek rawat inap bahwa resep dari ruang rawat inap sudah terkirim</p> <p>3) Petugas apotek menyiapkan obat yang diminta per pasien yang mendapatkan resep dari dokter yang merawat</p> <p>4) Perawat ruang rawat inap menyampaikan kepada petugas kebersihan ruangan agar membantu mengambilkan obat ke apotek rawat inap</p> <p>5) Petugas apotek menyerahkan obat yang sudah disiapkan per pasien yang dirawat inap</p> <p>6) Petugas kebersihan menerima obat</p> <p>7) Petugas kebersihan membawa obat ke ruang perawatan</p> <p>3. Pasien Rawat Darurat</p> <p>1) Dokter membuat e-resep untuk pasien yang dirawat di ruang rawat inap dan mengirimkan ke Depo Farmasi IGD</p> <p>2) Perawat jaga IGD menyampaikan informasi kepada keluarga pasien terkait obat yang akan diambil ke depo farmasi IGD</p> <p>3) Petugas Depo Farmasi IGD menyiapkan obat yang diminta per pasien yang mendapatkan resep dari dokter yang merawat</p> <p>4) Petugas apotek menyerahkan obat yang sudah disiapkan kepada keluarga pasien</p> <p>5) Keluarga pasien menyerahkan obat yang telah diambil di Depo Farmasi IGD kepada perawat jaga IGD</p>
3.	Waktu pelayanan	<p>1. Apotek Rawat Jalan</p> <p>1) Pelayanan kefarmasin dilayani dari pukul 07.00 wita sampai dengan pukul 14.00 wita atau sampai selesai seluruh e-resep yang dilayani.</p> <p>2. Apotek Rawat Inap:</p> <p>1) Pelayanan kefarmasian dilayani dari pukul 07.00 wita sampai dengan pukul 20.00 wita.</p> <p>3. Depo Farmasi IGD</p> <p>1) Pelayanan kefarmasian dilayani 24 jam</p> <p>4. Waktu tunggu pelayanan obat 2 jam</p>
4.	Biaya/tarif	<p>1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021</p> <p>2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.</p>
5.	Produk layanan	Obat dan BMHP (Bahan Medis Habis Pakai)
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission)</p> <p>Fax. : 0361 943049</p> <p>Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000</p> <p>Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id</p> <p>SP4N Lapor</p> <p>Kotak Pengaduan dan Kotak Saran</p>

B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 12, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Permenkes Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 5. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu dan ruang administrasi dilengkapi dengan kursi tunggu 2. Loker penyerahan obat dan penerimaan resep 3. Ruang konseling obat 4. Gudang obat 5. Ruang racikan obat 6. Banner/leaflet 7. Set komputer 8. Alat timbangan 9. Mesin pembuatan obat puyer.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker menjadi penanggungjawab pelayanan Kefarmasian di Instalasi Farmasi dengan STR dan SIP yang masih berlaku. 2. Tenaga Teknis Kefarmasian dengan STR dan SIP yang masih berlaku. 3. Seluruh petugas menguasai Standar (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala instalasi farmasi melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting. 2. Dilakukan oleh Kepala Bidang Penunjang Medis.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker sebanyak 8 orang 2. Tenaga Teknis Kefarmasian sebanyak 20 orang. Jadwal dinas dibagi menjadi 3 shift: <ol style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Jam 07.00 WITA s.d. 14.00 WITA b. Shift siang : Jam 13.30 WITA s.d. 20.00 WITA c. Shift malam : Jam 19.00 WITA s.d. 07.00 WITA 3. Tenaga kebersihan 1 orang dengan jadwal kerja jam 06.00 WITA s.d. 13.00 WITA.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar

	dan Keselamatan	Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Penunjang Medis. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran

16. Standar Pelayanan Ambulance

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	4. Rawat Inap a. Surat Rujukan b. Pengaktifan sirsute dan NAR c. Catatan kondisi pasien yang transpotable. d. Surat persetujuan keluarga 2. Rawat Khusus a. Surat Rujukan b. Pengaktifan sirsute dan NAR c. Catatan kondisi pasien yang transpotable. d. Surat persetujuan keluarga
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	1. Menerima penjelasan dari dokter jaga IGD atau ruangan tentang alasan di rujuk. 2. Menandatangani surat persetujuan untuk di rujuk. 3. Menyelesaikan administrasi pelayanan pasien selama di IGD atau Ruang Perawatan. 4. Mendampingi pasien di mobil ambulance saat rujukan.
3.	Waktu pelayanan	30 menit setelah diterima oleh rumah sakit tujuan rujukan.
4.	Biaya/tarif	1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	1. Pelayanan Ambulance Transport 2. Pelayanan Ambulance Gawat Darurat.
6.	Pengelolaan pengaduan	Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit

		4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	1. 3 unit Ambulance Transport 2. 1 unit Ambulance Gawat Darurat
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Ambulance Transport : 1 orang perawat yang terlatih minimal dengan kemampuan BTCLS, serta 1 orang sopir yang terlatih BHD. 2. Ambulance gawat darurat : 1 orang perawat yang terlatih minimal dengan kemampuan ACLS/ATCN, 1 orang dokter yang terlatih ATLS/ACLS serta 1 orang sopir yang terlatih BHD dan defensive driving.
4.	Pengawasan Internal	1. Pengawasan langsung oleh Perawat Primer Ambulance. 2. Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Umum 13 Orang 2. Tenaga keperawatan 28 Orang 3. Bidan 12 Orang 4. Sopir ambulance sebanyak 5 Orang. 5. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
6.	Jaminan Pelayanan	1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Pelayanan Medis, Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Umum, Humas, Hkum, Kepegawaian dan SIMRS. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

17. Standar Pelayanan Instalasi Pemulasaraan Jenasah

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Pemulasaraan Jenasah dan Penitipan Jenasah yang meninggal di RSUD Sanjiwani :

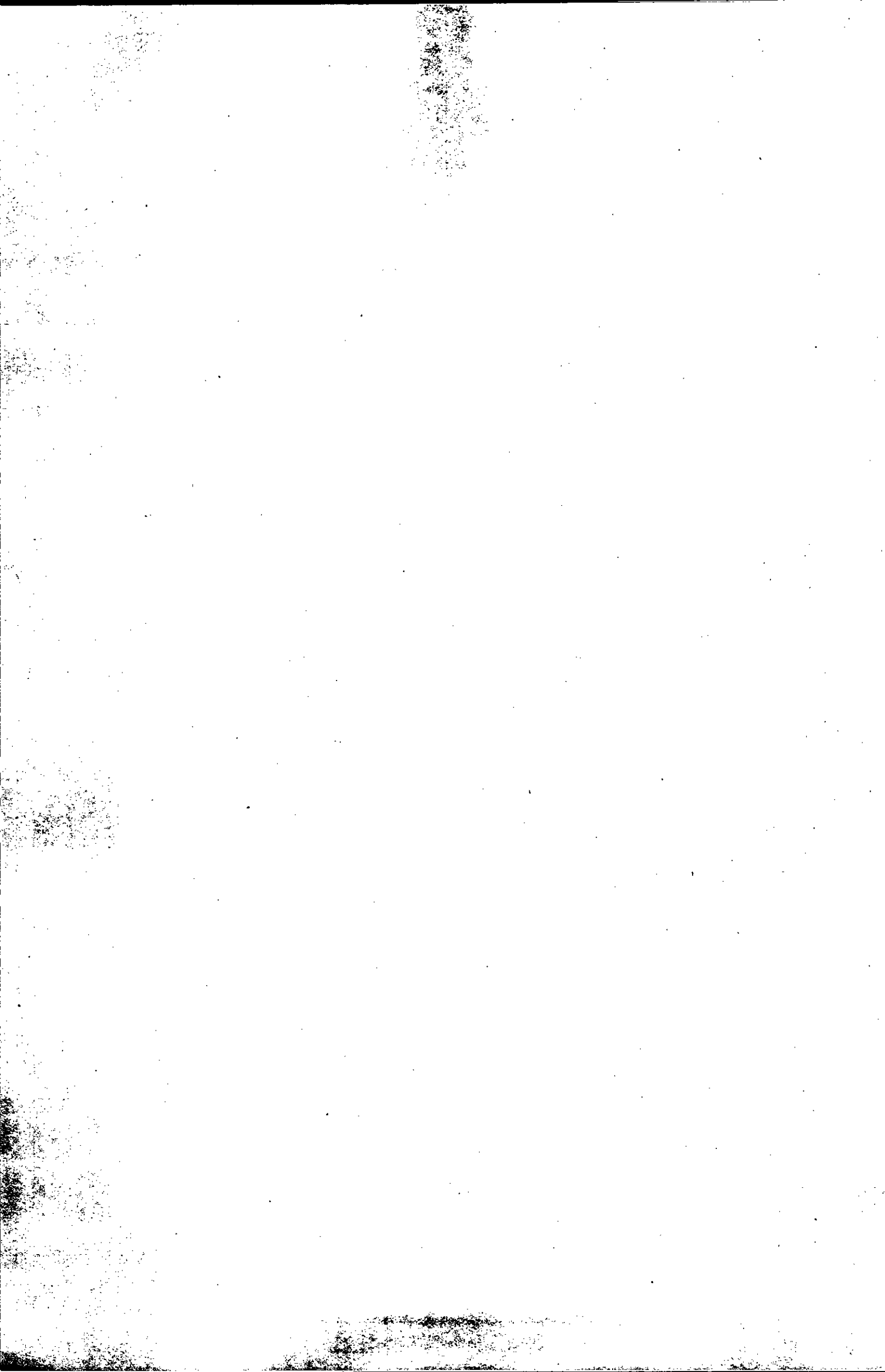
		<ol style="list-style-type: none"> 1) NIK Jenasah 2) No. RM Jenasah <ol style="list-style-type: none"> 2. Pemulasaraan Jenasah dan Penitipan Jenasah yang meninggal di luar RSUD Sanjiwani : <ol style="list-style-type: none"> 1) Surat Keterangan Kematian 2) KTP Jenasah.
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemulasaraan Jenasah dan Penitipan Jenasah yang meninggal di RSUD Sanjiwani : <ol style="list-style-type: none"> 1) Mendaftar di Loker Pendaftaran (Admission) 2) Melapor ke petugas di ruangan perawatan sudah melakukan pendaftaran. 3) Mengikuti transportasi jenazah dari ruang perawatan menuju Instalasi Pemulasaraan Jenasah. 4) Jenasah dilakukan Pemulasaraan oleh petugas. 5) Menerima berita acara penitipan jenazah dari petugas. 2. Pemulasaraan Jenasah dan Penitipan Jenasah yang meninggal di luar RSUD Sanjiwani : <ol style="list-style-type: none"> 1) Menghubungi petugas kamar jenazah melalui telepon resmi RSUD Sanjiwani untuk konfirmasi ketersediaan tempat. 2) Apabila tersedia tempat, mendaftar di loket pendaftaran (Admission) dengan melampirkan surat keterangan kematian, Identitas Jenasah dan KTP Penanggungjawab. 3) mengantarkan jenazah ke Instalasi Pemulasaraan Jenasah RSUD Sanjiwani dan menyerahkan surat keterangan kematian, Identitas Jenasah dan KTP Penanggungjawab kepada petugas Pemulasaraan jenazah. 4) Jenasah dilakukan Pemulasaraan oleh petugas. 5) Menerima berita acara penitipan jenazah dari petugas. 3. Pemulangan Jenasah : <ol style="list-style-type: none"> 1) Menyelesaikan administrasi di kasir rawat inap. 2) Menyerahkan bukti pembayaran kepada petugas kamar jenazah. 3) Menerima berita acara serah terima jenazah. 4) Mengantarkan jenazah pulang setelah mobil ambulance jenazah tiba di RSUD Sanjiwani.
3.	Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjemputan jenazah ke ruangan pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Jenasah bukan dengan penyakit menular : 20 menit. 2) Jenasah dengan penyakit menular : 40 menit. 2. Pemulasaraan jenazah : 60 menit. 3. Pemulangan jenazah : 15 menit.
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : sesuai Peraturan Bupati Gianyar No. 79 Tahun 2021 2. JKN : Permenkes No. 59 Tahun 2014.
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemulasaraan Jenasah 2. Penitipan Jenasah.
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor</p>

		Kotak Pengaduan dan Kotak Saran
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang penitipan jenazah sebanyak 20 bed ber AC 2. Bak Pemulasaraan Jenazah 3. Ruang Administrasi 4. Almari, Meja, Kursi, Komputer dan Printer. 5. Telpon PABX. 6. APAR 7. Pengukuran suhu dan kelembaban. 8. Toilet.
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pemulasaraan Jenazah Minimal Pendidikan SLTA/Sederajat dan terlatih. 2. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku.
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan langsung oleh Kepala Instalasi Pemulasaraan Jenazah. 2. Kepala Bidang Umum, Humas, Hukum, Kepegawaian dan SIMRS melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : 1 orang 2. Petugas Pemulasaraan Jenazah 8 orang.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Umum, Humas,

	Pelaksana	Hukum, Kepegawaian dan SIMRS dengan Kepala Instalasi dan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.
--	-----------	---

18. Standar Pelayanan Kasir

NO	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	Rincian pembayaran dari unit pelayanan
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	Pasien Umum 1. Menyerahkan rincian pembayaran dari unit pelayanan. 2. Melakukan pembayaran melalui tunai/non tunai (QRIS/M Banking) 3. Menerima struk bukti pembayaran dari petugas kasir. 4. Pulang Pasien dengan jaminan 1. Menyerahkan rincian pembayaran dari unit pelayanan. 2. Menerima struk bukti pembayaran yang dibayar oleh penjamin dari petugas kasir. 3. Pulang
3.	Waktu pelayanan	Rata – rata 20 menit
4.	Biaya/tarif	-
5.	Produk layanan	Pembayaran tunai dan non tunai
6.	Pengelolaan pengaduan	Telp. : 0361 943020 (Admission) Fax. : 0361 943049 Link : https://skm.gianyarkab.go.id/instansi?kunker=2603000000 Web site : rsudsanjiwani.gianyarkab.go.id SP4N Lapor Kotak Pengaduan dan Kotak Saran
B. Proses Pengelolaan Pelayanan di Internal Organisasi (Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 5, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 1655) 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2009 Nomor'153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) 3. Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar Nomor : 188/105/RSU tentang Kebijakan Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sanjiwani Gianyar.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	1. Komputer 5 unit 2. Printer 5 unit 3. Mesin IDC 2 unit 4. Mesin QRIS 1 unit
3.	Kompetensi Pelaksana	1. Menguasai Komputer 2. Menguasai SPO.



4.	Pengawasan Internal	Kepala Bidang Perencanaan Perbendaharaan dan Akutansi melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting.
5.	Jumlah Pelaksana	Petugas kasir 10 Orang.
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSUD Sanjiwani. 2. Motto RSUD Sanjiwani "SMARTS" 3. Maklumat pelayanan 4. RSUD Sanjiwani terakreditasi Paripurna dari LARS DHP. 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patient safety berdasarkan SK Menkes No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan dan SOP yang berlaku.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direkur dan Kepala Bidang Perencanaan Perbendaharaan dan Akutansi dengan staf. 2. Survey Kepuasan Pasien melalui pihak ketiga, aplikasi dan kotak saran.

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SANJIWANI KABUPATEN GIANYAR,



NYOMAN BAYU WIDHIARTHA