



PEMERINTAH KABUPATEN BIAK NUMFOR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK

Jl. Sriwijaya Ridge I Biak, website : www.rsud.biak.biakkab.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK
NOMOR : 445 /05

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK
DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK

Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan public wajib menetapkan Standar Pelayanan Publik;

b. bahwa untuk memberikan acuan dalam penilaian ukuran kinerja dan kualitas penyelenggaraan pelayanan dimaksud pada huruf a, maka perlu ditetapkan Standar Pelayanan Publik dengan Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Biak;

Mengingat “: 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5038)

2. Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 Tentang Pemerintahan Daerah;

3. Undang-undang Nomor 14 Tahun 2008 Tentang Keterbukaan Informasi Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 51, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587);

4. Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 Tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan;

5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 159.b/Menkes/SK/XII/19999 Tentang Rumah Sakit;

6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1333/MENKES/SK/IX/2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional

7. Peraturan Pemerintah Nomor 41 Tahun 2007 Tentang Organisasi Perangkat Daerah;

8. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang pelaksanaan Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5357);

9. Peraturan Bupati Biak Numfor Nomor 202 Tahun 2011 tentang Uraian Tugas dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Biak;
10. Peraturan Bupati Biak Numfor Nomor 7 Tahun 2021 tentang standar Pelayanan Publik di lingkungan Pemerintah Kabupaten Biak Numfor.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan

- KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Biak sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini
- KEDUA : Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Biak sebagaimana dimaksud dalam dictum kesatu meliputi lingkup:
1. Pelayanan Admisi
 2. Pelayanan Rawat Jalan
 3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
 4. Pelayanan Rawat Inap
 5. Pelayanan Rawat Intensif (ICU)
 6. Pelayanan Dialisis (Haemodialisa)
 7. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
 8. Pelayanan Instalasi Laboratorium
 9. Pelayanan Instalasi Radiologi
 10. Pelayanan Instalasi Farmasi
 11. Pelayanan Gizi
 12. Pelayanan Forensik
 13. Pelayanan Pengaduan
- KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana terlampir dalam lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara/pelaksana dan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara aparat pengawasan dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik.
- KEEMPAT : Segala biaya yang diperlukan untuk kelancaran pelaksanaan standar pelayanan ini dibebankan pada anggaran Rumah Sakit Umum Daerah Biak.
- KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan dilaksanakan sesuai peraturan perundang undangan yang berlaku, serta akan diadakan perubahan apabila dipandang perlu.

Ditetapkan di : Biak
Pada Tanggal : 04 Januari 2024

Direktur RSUD Biak

di. R. Ricardo Mayor, M.Kes
Pembina Utama Muda
NIP. 19671206 200502 1002



Lampiran I
Keputusan Direktur RSUD Biak
Nomor : 445/ 05
Tanggal : 04 Januari 2024
Tentang : Standar Pelayanan di RSUD Biak

- Visi : Menjadi Rumah Sakit Unggul dan Mandiri tahun 2024
- Misi :
1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna, mandiri dan terjangkau
 2. Menyelenggarakan pendidikan terintegrasi dan pelatihan tenaga kesehatan yang berdaya saing dan berbudaya.
 3. Menyelenggarakan penelitian kesehatan berbasis rumah sakit
 4. Menciptakan Tata Kelola Rumah Sakit yang baik
 5. Membangun jejaring kesehatan dan kerja sama dengan pemangku kepentingan terkait
- Motto Pelayanan : Melayani dengan sepehuh hati, Tuhan Allah yang menyembuhkan
- Maklumat Pelayanan : Dengan ini Menyatakan Siap memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan dengan penuh rasa tanggung jawab



Lampiran II
Keputusan Direktur RSUD Biak
Nomor : 445/05
Tanggal : 04 Januari 2024
Tentang : Standar Pelayanan di RSUD Biak

I. GAMBARAN UMUM

Sesuai dengan Undang Undang nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, dinyatakan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Penyelenggara pelayanan kesehatan di Rumah Sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran yang berkembang sangat pesat yang harus diikuti oleh tenaga kesehatan dalam rangka pemberian pelayanan yang bermutu, membuat semakin kompleksnya permasalahan yang dihadapi. Rumah Sakit sebagai salah satu instansi pelayanan publik masih dihadapkan pada kondisi yang belum sesuai dengan kebutuhan dan perubahan di berbagai kehidupan masyarakat dan bernegara. Hal tersebut bias disebabkan oleh ketidaksiapan untuk menanggapi terjadinya transformasi nilai yang berdimensi luas serta dampak berbagai masalah pembangunan yang kompleks. Sementara itu, tatanan baru masyarakat Indonesia dihadapkan pada harapan dan tantangan global yang dipicu oleh kemajuan di bidang Pengetahuan, informasi, komunikasi, transportasi, investasi, dan perdagangan.

Rumah Sakit sebagai institusi pelayanan public maka jawabannya adalah untuk dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mutu atau kualitas yang baik sehingga keselamatan pasien khususnya atau masyarakat pada umumnya dapat terjamin. Salah satu komponen dari mutu adalah adanya standar yang harus dilaksanakan oleh individu dan atau bersama sama oleh penyelenggara. Sesuai dengan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014, maka standar pelayanan yang disusun dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak-pihak terkait dengan tujuan untuk meyelaraskan kemampuan penyelenggara pelayanan dengan kebutuhan dan kondisi lingkungan guna mengefektifkan penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Biak sekarang dipimpin oleh dr. R. Ricardo Mayor, M. Kes dengan Sumber Daya Manusia yang bertugas di RSUD Biak adalah 803 orang, yang terdiri dari ASN 261 Orang, Tenaga Kontrak Dokter Spesialis sebanyak 6 Orang, Tenaga Honorer Daerah sebanyak 407 orang, Tenaga kontrak BLUD sebanyak 35 orang, ditambah dengan tenaga cleaning service 80 orang dan tenaga keamanan sebanyak 20 orang. Khusus SDM Dokter adalah sebagai berikut pada Tabel -1 berikut :

Tabel -1 : Jumlah SDM Dokter Umum, Dokter Gigi dan Dokter Spesialis Tahun 2024

NO	JENIS SDM DOKTER (SDM MEDIS)	JUMLAH			JUMLAH TOTAL	KET
		PNS	HONORER	KONTRAK		
1	Dokter Umum	6	12		18	
2	Dokter Gigi	1	2		3	
3	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	3			3	
4	Dokter Spesialis Bedah	1	1		2	
5	Dokter Spesialis Obstetri dan Gynecologi	1	1		2	
6	Dokter Spesialis Anak	1	0		1	
7	Dokter Spesialis Anastesi	1	0		1	
8	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	0		1	
9	Dokter Spesialis Radiologi	2	0		2	
10	Dokter Spesialis THT-KL	1	0		1	
11	Dokter Spesialis Neurologi	1	0		1	
12	Dokter Spesialis Kedokteran Forensik	1	0		1	
13	Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah	0	1		1	
14	Dokter Spesialis Mata			1	1	KONTRAK DOKTER SPESIALIS
15	Dokter Spesialis Psikiatri			1	1	
16	Dokter Spesialis Kulit Kelamin			1	1	
17	Dokter Spesialis Ginjal dan Hipertensi			1	1	
18	Dokter Spesialis Orthopedy			1	1	
19	Dokter Spesialis Bedah Onkologi			1	1	
	JUMLAH	20	17	6	43	

II. SARANA DAN PRASARANA

Sarana dan prasarana dan atau fasilitas yang ada disesuaikan dengan standar pelayanan pada masing masing unit atau instalasi. Dalam perkembangan teknologi maka pelayanan di RSUD Biak juga didukung dengan pemanfaatan teknologi informasi(IT). Fasilitas Pelayanan yang sudah dapat dilakukan di RSUD Biak adalah :

a. Fasilitas Pelayanan Rawat Jalan :

1. Klinik Bedah
2. Klinik Penyakit Dalam (Interna)
3. Klinik Anak
4. Klinik Obstetri dan Gynekologi (Obgyn)
5. Klinik Neurologi
6. Klinik THT
7. Klinik Mata
8. Klinik Jantung
9. Klinik Orthopedy
10. Klinik Ginjal Hipertensi (HD)
11. Klinik Kulit dan Kelamin
12. Klinik Jiwa
13. Klinik Fisioterapi
14. Klinik DOTs
15. Klinik VCT
16. Klinik Gigi dan Mulut
17. Klinik Geriatri

b. Fasilitas Instalasi Gawat Darurat dan Pelayanan Obsstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK)

c. Fasilitas Rawat Inap dan Rawat Intensif

Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Intensif meliputi

1. Ruang Rawat Inap Bedah (Bedah Pria dan Wanita)
2. Ruang Rawat Inap Non Bedah Non Infeksi
3. Ruang Rawat Inap Non Infeksi Bedah
4. Ruang Rawat Anak
5. Ruang Rawat Ibu (Nifas I dan Nifas II)
6. Ruang Pelayanan Intensif Non Infeksi / ICU
7. Ruang Pelayanan Intensif Infeksi /ICU Infeksi
8. Ruang Pelayanan Intensif Bayi /NICU

III. KOMPETENSI PELAKSANA

Sumber Daya Manusia (SDM) di RSUD Biak adalah variable kunci dalam keberhasilan pelayanan kesehatan yang dihasilkan oleh RSUD Biak. Setiap pegawai yang ada dan atau yang akan diadakan didasarkan kepada kompetensi yang dibutuhkan atau sesuai dengan profesi, mampu bekerja secara tim dan berintegritas pada institusi, bangsa dan Negara. Setiap staf yang akan bertugas di RSUD Biak akan menjalani tahapan kredensialing baik terhadap aspek kompetensi dan aspek legalitas kelulusannya.

IV. SATUAN PENGAWAS INTERNAL

Sesuai dengan norma tata kelola organisasi yang baik, maka factor control merupakan dalah satu upaya untuk mengupayakan segala aktivitas dalam rangka mencapai tujuan agar selalu pada pola (on the track) dalam rangka memperjuangkan visi dan misi yang telah ditetapkan sehingga unit control diperlukan untuk mendapatkan gambaran pelajaran aktivitas program dan kegiatan RSUD Biak. RSUD Biak telah membentuk unit SPI berdasarkan SK Direktur Nomor 752/A/14/II/2020.

V. JAMINAN PELAYANAN

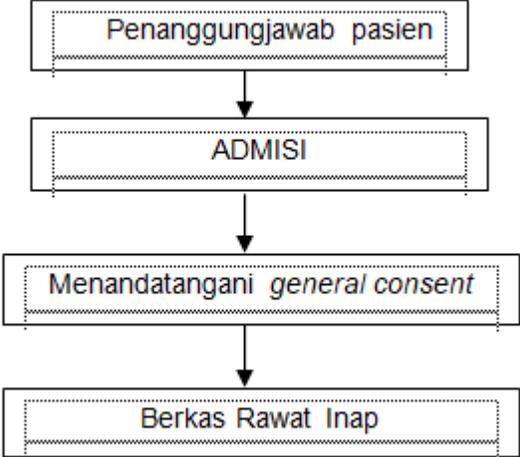
Jaminan pelayanan yang dimaksudkan adalah jaminan terhadap kualitas pelayanan dan perlakuan standar pelayanan yang sama kepada semua pengguna jasa pelayanan di RSUD Biak. RSUD Biak senantiasa berupaya meningkatkan dan mempertahankan kualitas dan telah terakreditasi oleh lembaga independen di Indonesia dengan predikat paripurna pada 13 Desember 2023.

VI. JAMINAN KEAMANAN DAN KESELAMATAN PELAYANAN

Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan di RSUD Biak yang dimaksud dan lazim dikenal dengan "patient safety". Sesuai dengan pedoman akreditasi oleh LAM KPRS yang sudah dijalankan di RSUD Biak, maka patient safety adalah merupakan upaya prioritas yang harus dilakukan oleh rumah sakit sehingga pasien dan juga petugas RSUD Biak akan selalu dalam keadaan aman. Sasaran patient safety meliputi : ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.

Lampiran III
Keputusan Direktur RSUD Biak
Nomor : 445/05
Tanggal : 04 Januari 2024
Tentang : Standar Pelayanan di RSUD Biak

**STANDAR PELAYANAN
ADMISI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 5. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP) 2. Kartu JKN/KIS/ BPJS Ketenagakerjaan. 3. Asuransi lainnya yang sudah bekerja sama dengan RSUD Biak 4. Permintaan Rawat Inap
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;">  <pre> graph TD A[Penanggungjawab pasien] --> B[ADMISI] B --> C[Menandatangani general consent] C --> D[Berkas Rawat Inap] </pre> </div> <p style="text-align: center;">Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang datang dari Instalasi Rawat Jalan: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien / keluarganya membawa surat perintah / surat pengantar rawat inap dari DPJP. b. Petugas admisi menerima pengantar dari klinik yang berisi perintah untuk rawat inap c. Petugas admisi melakukan wawancara kepada pasien atau keluarga pasien mengenai <ul style="list-style-type: none"> - minta di rawat di kelas berapa - sebagai pasien dengan Jaminan atau dengan non Jaminan d. Petugas admisi melakukan pemesanan kamar sesuai dengan jenis penyakit, jenis kelamin serta tanggal lahir

		<p>pasien untuk menyesuaikan kamar perawatan sesuai kelas rawat berdasarkan jaminan kesehatan yang dimiliki / naik kelas / sesuai permintaan bila pasien umum</p> <ul style="list-style-type: none">e. Petugas admisi memberikan informasi tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya selama menjalani proses perawatan di rawat inap RSUD Biak.f. Petugas admisi memberikan informasi secukupnya tentang perkiraan biaya dan fasilitas kamar yang diberikan selama menjalani proses perawatan di ruang rawat inap.g. Petugas admisi menyiapkan lembar persetujuan umum dan mengisi form RM (lembar keluar masuk Rumah Sakit) yang berisi data identitas pasien, cara bayar, penanggungjawab pembayaran, tanggal dan jam mulai MRS, ruang perawatan dan kelas perawatanh. Keluarga pasien membaca, mengisi, dan memahami kemudian menanda tangani surat persetujuan umum (<i>general consent</i>)i. Petugas admisi menyiapkan form RM (surat pernyataan rawat inap) yang berisi nomor rekam medis pasien, identitas pembuat pernyataan bersedia atau tidak bersedia di lakukan perawatan terhadap pasien, penanggung jawab (pasien / keluarga) menanda tangani surat pernyataan rawat inap dengan saksi 1 dari petugas RS, saksi ke 2 dari keluarga pasien. Surat pernyataan rawat inap di tanda tangani oleh dokter / perawat / bidanj. Petugas admisi menulis nomor rekam medis dan identitas pasien pada buku register pendaftaran rawat inapk. Petugas admisi mencetak/menulis gelang pasien yang berisikan nama pasien, tanggal lahir, nomor rekam medis di mana gelang warna biru untuk pasien laki laki dan gelang warna pink untuk pasien perempuanl. Petugas admisi menyerahkan form RM dan RM serta gelang pasien kepada pasien/ keluarga pasien untuk di berikan kepada perawat rawat jalan terkait.m. Pasien dan keluarga didampingi perawat rawat jalan melakukan transfer dengan membawa berkas rekam medis menuju ruang rawat inap yang telah di sepakati bersama
--	--	--

n. Jika saat itu ruang rawat inap masih penuh maka prosedur yang dilakukan:

- 1) Petugas admisi menelpon petugas rawat jalan terkait memberitahukan bahwa ruang perawatan masih penuh.
- 2) Petugas admisi memberikan Informasi kepada keluarga pasien bahwa pelayanan selanjutnya akan ditunda atau pasien dirawat di ruang transit IGD.

2. Pasien yang datang dari Instalasi Gawat Darurat :

Pasien yang berada di *Triage* Instalasi Gawat Darurat dilakukan pemeriksaan dan observasi ada beberapa kemungkinan tindak lanjut yang diberikan. Semua tindakan yang dilakukan sepengetahuan dan persetujuan dari keluarga pasien setelah petugas memberikan informasi tentang kondisi pasien saat itu. Tindak lanjut yang diberikan:

- Pasien boleh langsung pulang mengikuti prosedur pemulangan pasien
- Pasien dirujuk ke rumah sakit lain / transfer mengikuti ketentuan tentang prosedur merujuk / transfer pasien
- Pasien memerlukan perawatan lebih lanjut mengikuti ketentuan prosedur pendaftaran pasien rawat inap dan prosedur transfer pasien

Prosedur pendaftaran pasien yang diberikan sebagai berikut:

- a. Keluarga pasien dianjurkan oleh petugas di Instalasi Gawat Darurat tempat di mana pasien dilakukan observasi untuk meminta berkas rekam medis bagi pasien rawat inap ke Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (Admisi) dengan menyertakan surat permintaan rawat inap
- b. Petugas admisi menerima pengantar dari petugas IGD yang berisi perintah rawat inap
- c. Petugas admisi melakukan wawancara secukupnya kepada keluarga pasien mengenai :
 - Minta di rawat di kelas berapa
 - Sebagai pasien dengan jaminan atau dengan non jaminan
- d. Petugas admisi menelpon ruang perawatan yang sesuai dengan jenis penyakit, jenis kelamin serta tanggal lahir pasien untuk memesan kamar perawatan sesuai

		<p>kelas rawat / naik kelas / sesuai permintaan bila pasien umum</p> <p>e. Petugas admisi memberikan informasi tentang hak dan kewajiban pasien beserta keluarganya selama menjalani proses perawatan di rawat inap RSUD Biak.</p> <p>f. Petugas admisi memberikan informasi secukupnya tentang perkiraan biaya dan fasilitas kamar yang diberikan selama menjalani proses perawatan di ruang rawat inap RSUD Biak.</p> <p>g. Petugas admisi menyiapkan lembar persetujuan umum dan menyiapkan RM (lembar keluar masuk rumah sakit) yang berisi data identitas pasien, cara bayar, tanggal dan jam mulai MRS, ruang perawatan dan kelas perawatan</p> <p>h. Keluarga / Penanggung Jawab Pasien, mengisi dan menanda tangani lembar persetujuan umum</p> <p>i. Petugas admisi menyiapkan form (surat pernyataan rawat inap) yang berisi nomor rekam medis pasien, identitas pembuat pernyataan bersedia atau tidak bersedia dilakukan perawatan terhadap pasien, penanggung jawab (pasien / keluarga), menanda tangani surat pernyataan rawat inap dengan saksi 1 dari Rumah Sakit, saksi ke 2 dari keluarga pasien dan pernyataan rawat inap ditanda tangani oleh dokter / perawat / bidan</p> <p>j. Petugas admisi menulis nomor rekam medis dan identitas pasien pada buku register pendaftaran pasien rawat inap.</p> <p>k. Petugas admisi menyerahkan form RM dan serta surat penjaminan kepada keluarga pasien untuk diberikan kepada</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien dan keluarga bahwa ruangan yang dituju belum tersedia, kemudian mengedukasi pasien dan keluarga terlibat mengambil keputusan alternatif• Pelayanan yang diberikan :<ul style="list-style-type: none">- Pasien mendapat pelayanan rawat inap di ruang transit IGD sampai ruang rawat inap yang dituju tersedia tetapi jika ruangan yang dituju belum tersedia, namun kondisi pasien sudah membaik maka pasien boleh dipulangkan dari ruang transit IGD.
--	--	---

		<p>- Melakukan prosedur alih rawat inap di rumah sakit lain.</p> <p>a) Petugas Transit IGD memberikan edukasi dan alternatif pelayanan kepada pasien / keluarga pasien. Alternatif pelayanan yang diberikan yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan perawatan rawat inap yang tidak sesuai dengan pemesanan awal. • Melakukan prosedur alih rawat di rumah sakit lain. <p>3. Pasien Bayi Baru Lahir :</p> <p>a. Bayi baru lahir yang berada di kamar bersalin ataupun di kamar operasi karena dilahirkan secara <i>Sectio Caesaria</i> (SC) maka proses identifikasi pasien dilakukan oleh bidan</p> <p>b. Bidan memasang gelang identitas sementara satu atau lebih (pada kasus bayi kembar) pada bayi dengan menuliskan nama ibu, tanggal lahir ibu dan nomor RM ibu sampai keluarnya nomor RM bayi.</p> <p>c. Keluarga pasien dianjurkan oleh petugas (bidan) untuk datang ke Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap (Admisi) untuk melengkapi prosedur pendaftaran sebagai pasien rawat inap dengan membawa surat pengantar permintaan rawat inap.</p>
4	Jangka Waktu Pelayanan	< 1 jam Waktu Pelayanan : Rawat Jalan : mengikuti jadwal poliklinik IGD : setiap hari selama 24 jam
5	Biaya / Tarif	Rp. 0
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Admisi Poliklinik, IGD, Bayi Baru Lahir
7	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Telp dan WA : 1. 082198276716 2. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	1. Komputer 2. Mesin cetak Gelang Pasien 3. Mesin cetak Label Identitas 4. Formulir Rawat Inap 5. Meubelair
9	Kompetensi Pelaksana	1. Kualifikasi Pendidikan : <ul style="list-style-type: none"> - S1 Kesehatan Masyarakat - S1 Ekonomi - SMK 2. Informatif 3. Menguasai SOP Pelayanan 4. Mampu mengoperasikan computer
10	Pengawasan Internal	1. Supervisi Oleh Kepala Seksi Rawat Jalan dan Rawat Inap 2. Pengawasan berjenjang oleh Management Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu Rumah Sakit

11	Jumlah Pelaksana	3 orang
12	Jaminan Pelayanan	Memberikan pelayanan sesuai dengan maklumat pelayanan
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pasien	<ol style="list-style-type: none">1. Kerahasiaan data terjaga2. Pasien terlayani dengan baik3. Ruang layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi) dan tabung APAR (Alat Pemadam Api Ringan)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Laporan pelayanan2. Rapat evaluasi bulanan

**STANDAR PELAYANAN
RAWAT JALAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 5. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum Kartu berobat (bila belum punya maka mengisi formulir data pasien baru) 2. Pasien BPJS Pasien Baru : Kartu berobat, Kartu Identitas (KTP, KK, JKN), Surat Rujukan Online, dan SEP (Surat Egibilitas Pasien/Diterbitkan RS) Pasien Kontrol : Kartu berobat, Surat Rujukan Online, Resume Medis untuk 1x kontrol tanpa surat rujukan dan SEP (Surat Egibilitas Pasien/Diterbitkan RS)
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Pasien/Keluarga mengambil nomor antrian dan melakukan pendaftaran] --> B[Menunggu Panggilan] B --> C[Pemeriksaan Dokter] C --> D[Pengambilan Obat] C --> E[Pemeriksaan Penunjang] D --> F[Kasir] E --> F F --> G[Pasien pulang/dirujuk/dirawat] </pre> </div> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengambil nomor pendaftaran di mesin antrian 2. Pasien menuju konter petugas Pasien baru mengisi formulir data pasien baru dan rekam finger print Pasien lama proses pendaftaran 3. Pasien mengikuti proses pendaftaran : Identifikasi poli yang dituju dan penulisan dokumen pendaftaran Pasien umum langsung menuju poli Pembuatan SEP(Surat Egibilitas Pasien) khusus pasien BPJS 4. Pasien menuju Nurse Station Assesment keperawatan Pengukuran tanda-tanda vital

		<p>5. Pasien menuju poli : <i>Klinik yang dituju :</i> Pasien diperiksa oleh Dokter Sesuai dengan indikasi medis pasien dimungkinkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Radiologi, dan lain-lain) Hasil pemeriksaan dapat dilihat oleh Dokter yang memeriksa di SIMRS.</p> <p>6. Pengambilan obat Pemberian obat dengan menggunakan e-resep pada apotek rawat jalan. Pasien BPJS langsung menuju apotek rawat jalan Pasien umum langsung menuju apotek rawat jalan untuk mendapatkan harga obat kemudian membayar untuk mendapatkan obat.</p> <p>7. Pasien selesai pelayanan : Pulang/Rawat Inap/Rujuk Balik Ke FKTP/Rujuk ke RS yang lebih tinggi.</p>
4	Jangka Waktu Pelayanan	60 Menit (pada seluruh pelayanan rawat jalan untuk prosedur 4 sampai dengan 5) Waktu Pelayanan : Hari Senin – Sabtu, Pukul 08.00 – 14.00 WIT
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor : 113 Tahun 2022 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Pasien Rawat Jalan 2. Pemeriksaan Penunjang 3. Pelayanan Obat
7	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Telp dan WA : <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 2. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	Ruang: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu 2. Ruang Administrasi (Loket Pendaftaran dan Loket Kasir) 3. Ruang Periksa, Konsultasi dan Tindakan Dokter Spesialis 4. Ruang Penunjang (Laboratorium dan Radiologi) 5. Apotek Rawat Jalan 6. Toilet Lift Tangga Manual dan Darurat Mesin Antrian Mesin Finger Scan Monitor Antrian Computer SIMRS Kursi Roda Peralatan Medis Obat-obatan BHP Medis Meubelair AC Hydrant dan APAR Area Parkir Kendaraan
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualifikasi Pendidikan Dokter Umum, Dokter Gigi, Dokter Spesialis dan Dokter Sub Spesialis Perawat Profesi Ners/DIII Bidan DIV Radiografer DIV/DIII Fisioterapi DIV/DIII Teknisi Cardiovasculer DIII Apoteker Asisten Apoteker DIII Perawat Gigi DIV/DIII Refraksi Optisen DIII Pranata Laboratorium Kesehatan DIII

		Administrasi lainnya SMA/S1 2. Informatif 3. Menguasai SOP Pelayanan 4. Seluruh Tenaga bersertifikasi (BTCLS, BHD, K3RS) 5. Mampu mengoperasikan computer
10	Pengawasan Internal	1. Supervisi langsung oleh Kepala Seksi Rawat jalan 2. Pengawasan berjenjang oleh Managemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh tim PPI
11	Jumlah Pelaksanan	1. Dokter Umum 2. Dokter Spesialis 15 orang 3. Dokter Sub Spesialis 1 orang 4. Dokter gigi 3 orang 5. Perawat 28 orang 6. Bidan 3 orang 7. Perawat gigi 4 orang 8. Fisioterapi 3 orang 9. Aporteker 5 orang 10. Asisten Apoteker 4 orang 11. Refraksi Optisen 1 orang 12. IT 4 orang 13. Administrasi 9 orang 14. Cleaning Service 15. Security 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	1. SOP Pelayanan Rawat Jalan 2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal 3. Kode Etik Profesi 4. Nakes sudah tersertifikasi 5. Pasien mendapatkan pelayanan dengan baik
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Adanya jaminan kerahasiaan Data Rekam Medik pasien 2. Ruang layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi (tangga darurat, penunjuk arah jalur evakuasi dan alat pemadam kebakaran (Hydrant dan APAR))
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Laporan SPM 2. Rapat evaluasi bersama pimpinan 3. Survey Kepuasan Masyarakat

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 856 Tahun 2009 tentang Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP/ KK) 2. Kartu JKN/KIS/BPJS Tenaga Kerja 3. Asuransi lainnya yang sudah bekerja sama dengan RSUD Biak 4. Khusus pasien Kecelakaan Lalu Lintas, penjamin pertama adalah Jasa Raharja. Pasien/Keluarga akan diminta melapor kepada Polisi untuk mendapatkan laporan Polisi dan membuat Kronologi kejadian kecelakaan. <p>Persyaratan tersebut dapat dilengkapi dalam waktu 2 x 24 jam</p>
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">Bagan Alur Pasien Rawat Inap melalui IGD</p> <pre> graph TD Pasien --> IGD IGD --> TRIASE TRIASE --> OBSERVASI OBSERVASI --> S2jam["≤ 2 jam"] OBSERVASI --> S3jam["≥ 3 jam"] S2jam --> RawatJalan S2jam --> RawatInap S3jam --> RawatInap RawatInap --> TPPRI TPPRI --> TidakTersediaTT["Tidak Tersedia TT"] TPPRI --> TersediaTT["Tersedia TT"] TidakTersediaTT --> PasienMembutuhkanObservasiKetat["Pasien Membutuhkan Observasi Ketat"] TersediaTT --> MasukRuangRawatInap["Masuk Ruang Rawat Inap"] PasienMembutuhkanObservasiKetat --> DitawarkanTransfer["Ditawarkan Transfer ke RS Lain"] DitawarkanTransfer --> PasienBersedia PasienBersedia --> TransferKeRSlain["Transfer ke RS lain"] DitawarkanTransfer --> PasienTidakBersedia["Pasien Tidak Bersedia"] PasienTidakBersedia --> RuangTransit["Ruang Transit 2 x 24 jam"] RuangTransit --> MasukRuangRawatInap </pre> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat 2. Petugas IGD melakukan skreening dan TRIASE 3. Pasien akan dilakukan pemilahan sesuai kondisi kegawatdaruratannya

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Dilakukan pemeriksaan dan tindakan medis sesuai dengan prioritas/tingkat kegawatdaruratan pasien 5. Dilakukan pemeriksaan penunjang bila diperlukan sesuai penilaian Dokter IGD 6. Keluarga pasien melakukan pendaftaran. Pendaftaran dapat dilakukan secara simultan dengan penanganan pasien. 7. Untuk Pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi rawat jalan: Pengambilan obat; Penyelesaian administrasi di IGD; Pembayaran di kasir untuk pasien umum. 8. Untuk pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi rawat inap: Penyelesaian administrasi di pendaftaran IGD termasuk menunggu penerbitan SEP (Surat Eligibilitas Pasien) bagi pasien BPJS. Menunggu persiapan ruang perawatan dalam menerima pasien. 9. Untuk pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi dirujuk ke Rumah Sakit lain: Penyelesaian administrasi di Pendaftaran IGD Menunggu persiapan Rumah Sakit lain dalam menerima pasien dan menunggu persiapan petugas ambulans dalam merujuk pasien. 10. Pasien/keluarga mendapatkan penjelasan dari Dokter IGD, Perawat dan Petugas Pendaftaran dalam setiap prosedur pelayanan yang diberikan.
4	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tindakan petugas IGD < 5 (lima) menit 2. Pada pasien-pasien IGD dengan indikasi rawat inap atau pasien yang telah dilakukan observasi selama 2 jam di IGD maka pasien diputuskan untuk rawat inap dengan masa tunggu di IGD untuk persiapan rawat inap dan proses pemindahan ke rawat inap paling lama 3 jam.
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Pasien Gawat Darurat
7	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	Telp dan WA <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 2. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang IGD 2. Ruang Tunggu 3. Ruang Administrasi 4. Ruang Triase 5. Ruang Resusitasi 6. Ruang Tindakan Bedah dan Non bedah 7. Ruang Decontaminasi 8. Ruang PONEK 9. Laboratorium IGD 10. Apotek IGD 11. Nurse Station 12. Ruang Dokter 13. Jaringan Internet 14. Komputer 15. Printer 16. Alat Medis 17. APAR
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Jaga dengan sertifikasi ATLS dan ACLS 2. Perawat dengan sertifikasi BTLS dan BTCLS 3. Bidan dengan sertifikasi PONEK 4. Apoteker dengan sertifikasi BHD dan K3RS

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Pranata Laboratorium dengan sertifikasi BHD dan K3RS 6. Petugas Pengemudi Ambulans Gawat Darurat dengan sertifikasi BHD 7. Petugas Administrasi dengan sertifikasi BHD 8. Security dengan sertifikasi BHD
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung Oleh Kepala Seksi Rawat Jalan dan Gawat Darurat 2. Pengawasan berjenjang oleh Managemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter IGD : 14 orang 2. Perawat IGD : 3. Bidan : 4. Apoteker : 5. ATLM : 6. Administrasi : 7. Driver Ambulans : 8. Security :
12	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Gawat Darurat 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi 5. Nakes Sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan tepat (ketepatan dalam mengidentifikasi pasien, ketepatan dalam pemberian tindakan dan obat) 2. Kerahasiaan data rekam medis pasien 3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

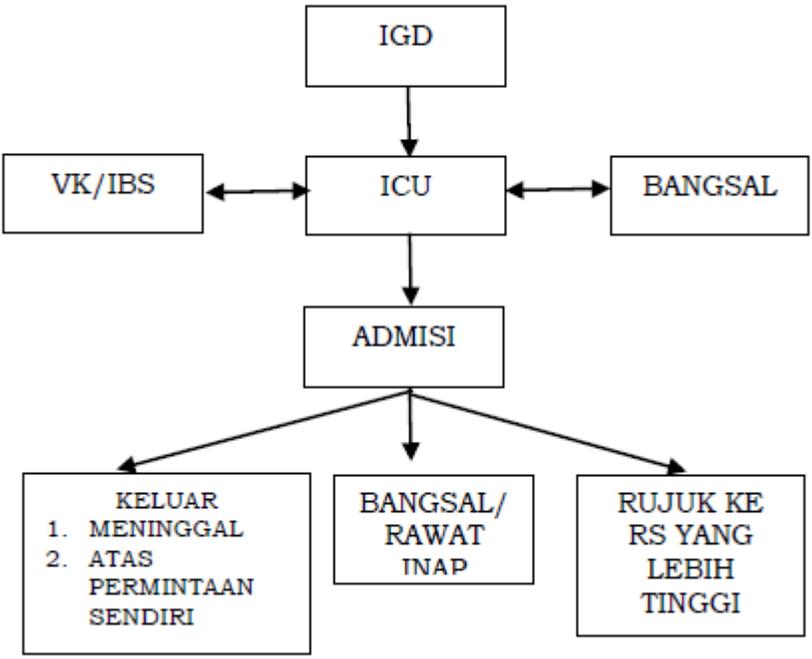
**STANDAR PELAYANAN
RAWAT INAP
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 6. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 10. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum : Kartu Identitas (KTP/KK), Surat permintaan Rawat Inap dari Rawat Jalan atau IGD 2. Pasien JKN : Kartu Jaminan, Surat permintaan rawat inap dari Rawat Jalan atau IGD, SEP yang diterbitkan TPPRI, tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, Kartu / syarat penjaminan lain, Asuransi lain yang telah bekerja sama dengan RSUD Biak
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD PASIEEN --> IGD PASIEEN --> KLINIK_RAWAT_JALAN[KLINIK RAWAT JALAN] IGD --> INDIKASI_RAWAT_INAP[INDIKASI RAWAT INAP] KLINIK_RAWAT_JALAN --> INDIKASI_RAWAT_INAP INDIKASI_RAWAT_INAP --> PROSES_ADMINISIRI[PROSES ADMINISIRI] PROSES_ADMINISIRI --> KETERSEDIAAN_TEMPAT[KETERSEDIAAN TEMPAT] PASIEEN_MENUNGGU[PASIEEN MENUNGGU ANTRIAN RAWAT INAP] -.-> KETERSEDIAAN_TEMPAT KETERSEDIAAN_TEMPAT --> PASIEEN_MENDAPAT_TEMPAT[PASIEEN MENDAPAT TEMPAT DAN DIANTAR PERAWAT MENUJU RUANGAN RAWAT] PASIEEN_MENDAPAT_TEMPAT --> PROSES_PERAWATAN[PROSES PERAWATAN DI RAWAT INAP] PROSES_PERAWATAN --> BELUM_SEMBUH[BELUM SEMBUH] PROSES_PERAWATAN --> SEMBUH[SEMBUH] PROSES_PERAWATAN --> MENINGGAL[MENINGGAL] BELUM_SEMBUH --> RUJUK BELUM_SEMBUH --> PULANG_APS[PULANG APS] SEMBUH --> DIPERBOLEHKAN_PULANG[DIPERBOLEHKAN PULANG] SEMBUH --> ADMINISTRASI_KEUANGAN[ADMINISTRASI/KEUANGAN] MENINGGAL --> PEMUSALARAAN_JENAZAH[PEMUSALARAAN JENAZAH] RUJUK --> PULANG PULANG_APS --> PULANG DIPERBOLEHKAN_PULANG --> PULANG ADMINISTRASI_KEUANGAN --> PULANG PEMUSALARAAN_JENAZAH --> PULANG </pre> </div> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membutuhkan pelayanan rawat inap dinyatakan dengan surat perintah dirawat oleh DPJP atau Dokter Jaga 2. Perawat Poliklinik / IGD mengidentifikasi kebutuhan ruang rawat sesuai diagnosa pasien 3. Perawat Poliklinik / IGD menghubungi ruangan sesuai dengan kebutuhan pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien / Keluarga melakukan pendaftaran rawat inap / admisi 5. Petugas Admisi melakukan identifikasi pasien dan memesan kamar sesuai dengan kebutuhan pasien 6. Petugas Admisi melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang fasilitas rawat inap, hak dan kewajiban pasien dan ketentuan-ketentuan lain berdasarkan kebijakan RS terkait pelayanan rawat inap 7. Pasien / Keluarga menandatangani persetujuan dirawat / General Consent 8. Petugas admisi berkoordinasi dengan perawat ruangan 9. Pasien diantar oleh petugas ke ruang rawat inap 10. Assesment medis awal dan assesment keperawatan awal dilakukan 24 jam pertama 11. Bila ada perubahan konsisi dilakukan assesment ulang pasien 12. DPJP adalah Dokter Spesialis yang menangani pasien dari datang sampai pulang 13. Pasien yang memerlukan rawat bersama lebih dari satu spesialis maka DPJP utama adalah dokter yang menangani penyakit utama 14. Pasien diijinkan pulang / rujuk oleh DPJP 15. Melakukan penyelesaian administrasi 16. Pasien pulang / rujuk
4	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap hari (24 jam)
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor : 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Rawat Inap
7	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 2. 081244002880 <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<p>Ruang Perawatan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Mambesak (VIP) 2. Ruang Mansibin (IA) 3. Ruang IB 4. Ruang Nifas I 5. Ruang Nifas II 6. Ruang Manesu 7. Ruang Suyaben Anak 8. Ruang Manyori 9. Ruang Manswar 10. Ruang Manggupre 11. Ruang Mangganggang 12. Ruang Parson 13. Ruang Colateral 14. Ruang Transit IGD 15. Ruang NICU 16. Ruang ICU Non Infeksi 17. Ruang ICU Infeksi <p>Peralatan Rumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Pasien 2. Bedside Kabinet 3. Alat-alat Medis 4. Strecher 5. Kursi Roda 6. Almari penyimpan alat 7. Tabung Oksigen 8. AC 9. APAR

		<p>Peralatan Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Computer 2. Printer 3. Jaringan Internet 4. Meubelair <p>Peralatan Keselamatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Goggle 2. Apron Plastik 3. Sepatu Bot 4. Masker 5. Sarung Tangan 6. Face Shield
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 2. Dokter Umum 3. Perawat 4. Bidan 5. Nakes lainnya (Radiografer, Nutrisionis, Apoteker, ATLM, Fisioterapis)
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh Supervisor Keperawatan 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 15 Orang 2. Dokter Umum 18 Orang 3. Perawat 4. Bidan 5. Apoteker 6. ATLM 7. Fisioterapis 3 orang 8. Nutrisionis 1 orang 9. Administrasi 18 orang 10. Cleaning service
12	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap 2. SOP Pelayanan 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Kedokteran dan Keperawatan 5. Nakes sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan tepat (ketepatan dalam mengidentifikasi pasien, ketepatan dalam pemberian tindakan dan obat) 2. Kerahasiaan data rekam medis pasien 3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI RAWAT INTENSIF
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Intensive Care Unit Rumah Sakit. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 8. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari IGD / Rawat Jalan / Rawat Inap / Kamar Operasi 2. Pasien dengan indikasi masuk ICU sesuai dengan kriteria yang ditentukan
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;"><i>ALUR MASUK KELUAR INTENSIVE CARE UNIT</i></p>  <pre> graph TD IGD[IGD] --> ICU[ICU] VK[VK/IBS] <--> ICU ICU <--> BANGSAL[BANGSAL] ICU --> ADMISI[ADMISI] ADMISI --> KELUAR["KELUAR 1. MENINGGAL 2. ATAS PERMINTAAN SENDIRI"] ADMISI --> BANGSAL_RAWAT["BANGSAL/ RAWAT INAP"] ADMISI --> RUJUK["RUJUK KE RS YANG LEBIH TINGGI"] </pre> <p>Keterangan :</p> <p>Berdasarkan Panduan Kriteria Pasien Masuk dan Keluar Ruang Rawat Intensif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP menetapkan pasien memenuhi indikasi masuk ICU dengan mengisi form kriteria masuk ICU 2. Sebelum pasien dimasukkan ke ICU, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU. Penjelasan tersebut diberikan oleh DPJP. Atas penjelasan tersebut pasien dan atau keluarganya dapat menerima atau menolak untuk dirawat di ICU. Persetujuan atau penolakan dinyatakan dengan menandatangani form informed consent.

		<p>3. Perawat / Bidan ruangan berkoordinasi dengan pihak admisi terkait ketersediaan bed di ruang ICU</p> <p>4. Jika kondisi memungkinkan pasien untuk pulang/rawat inap di bangsal/rujuk ke RS yang lebih tinggi, maka keluarga pasien segera mengurus administrasi dengan perawat/petugas administrasi ICU</p> <p>Pengurusan administrasi pasien meliputi :</p> <p>Pasien Pulang :</p> <p>Pasien yang dapat keluar ICU hanya pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> Meninggal atau Pulang Atas Permintaan Sendiri <p>Pasien Rawat Inap di Bangsal :</p> <p>Setelah pasien memenuhi syarat untuk perawatan di bangsal</p> <p>Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi :</p> <p>Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi dengan pertimbangan akan mendapatkan terapi lebih lanjut dan terapi serta alat yang lebih tinggi tingkat kemampuannya.</p>
4	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap hari (24 jam)
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor : 113 Tahun 2022. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan pasien Rawat Intensif
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <ol style="list-style-type: none"> 082198276716 081244002880 <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<p>Berdasarkan Pedoman Teknis Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan (Pelayanan Penunjang Medik dan Saran Kesehatan) Kementerian Kesehatan 2012 meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ruang administrasi Ruang untuk bed pasien Nurse station Ruang dokter jaga Ruang istirahat petugas Pantry Ruang penyimpanan alat medik Ruang utilitas bersih Ruang utilitas kotor Ruang kepala ICU Parkir troli Ruang ganti petugas Ruang tunggu keluarga pasien (di luar wilayah ICU) Koridor untuk kebutuhan pelayanan Janitor Toilet petugas medik Toilet penunggu pasien <p>Peralatan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Ventilasi Mekanik Alat hisap Alat ventilasi manual dan alat penunjang prnapasan Peralatan akses vaskuler Peralatan monitor EKG Syringe pump <p>Alat Pencatatan dan Pelaporan meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Form flow chart ICU Form EWS

		3. Form sesuai dengan ketentuan dari Rekam Medik
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 2. Perawat yang bersertifikat ICU 3. Tenaga Non Kesehatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung Oleh Supervisor Keperawatan 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Anestesi 1 orang 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 3 orang 3. Dokter Spesialis Anak 1 orang 4. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah 1 orang 5. Dokter Spesialis Obgyn 2 orang 6. Dokter Spesialis Neurologi 1 Orang 7. Perawat 16 orang 8. Cleaning Service 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Perawatan Intensif 2. Pedoman Pelayanan Perawatan Intensif 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi 5. Nakes Sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan tepat (ketepatan dalam mengidentifikasi pasien, ketepatan dalam pemberian tindakan dan obat) 2. Kerahasiaan data rekam medis pasien 3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
DIALISIS
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/Menkes/PER/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan indikasi medis yang dinyatakan oleh DPJP untuk dilakukan hemodialisa 2. Surat pengantar atau perintah tindakan hemodialisa dari DPJP 3. Informed consent dari pasien atau keluarga untuk dilakukan tindakan hemodialisa 4. Persyaratan penjaminan tindakan hemodialisa dari penjamin 5. Melakukan finger print bagi peserta BPJS dan pembuatan SEP
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR HEMODIALISA</p> <pre> graph TD PLHD[PASIEN LAMA HD] --> TGD1[TIDAK GAWAT DARURAT] PLHD --> GD1[GAWAT DARURAT] PHDB[PASIEN HD BARU] --> GD2[GAWAT DARURAT] PHDB --> TGD2[TIDAK GAWAT DARURAT] TGD1 --> PR[PASIEN RUJUKAN] GD1 --> IGD[IGD] GD1 --> RJ[RAWAT JALAN] GD1 --> RI[RAWAT INAP] GD2 --> IGD GD2 --> RJ GD2 --> RI TGD2 --> PR PR -.-> IGD IGD --> UH[UNIT HEMODIALISA] RJ --> UH RI --> UH TGD1 --> UH </pre> <p>Keterangan :</p> <p>A. Pasien Lama Hemodialisa Bila tidak gawat darurat maka :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mendaftarkan ke ruang Dialisis untuk melaksanakan proses hemodialisa dengan membawa pengantar/rujukan dan melakukan finger print bagi peserta BPJS 2. Petugas administrasi hemodialisa mengurus penjaminan tindakan hemodialisa sesuai dengan penjaminan dan melakukan billing tarif hemodialisa 3. Petugas hemodialisa akan memberikan edukasi sebelum dilakukan tindakan hemodialisa dan pasien diminta untuk mengisi formulir informed consent, timbang berat badan, ukur tekanan darah, suhu tubuh dan tanda

		<p>vital lain, kemudian melaporkan kepada dokter pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Petugas hemodialisa melakukan tindakan hemodialisa sesuai peresepan tindakan hemodialisa 5. Dokter pelaksana ruang hemodialisa melakukan pemeriksaan pasien 6. Petugas hemodialisa melakukan obeservasi tiap jam selama tindakan hemodialisa 7. Pasien setelah menjalani tindakan hemodialisa akan diberikan informasi jadwal HD selanjutnya dan diminta untuk menjalani tindakan dengan teratur agar hasil maksimal (kontrol rutin ke dokter spesialis, kontrol ketat penyakit lain) <p>Bila gawat darurat maka : Pasien bisa langsung masuk melalui IGD, pasien distabilkan dan bila sudah stabil, pasien dianter ke ruang hemodialisa</p> <p>B. Pasien Baru Hemodialisa Pasien baru bisa datang dari poliklinik, ruang rawat inap dan IGD.</p> <p>C. Pasien Rujukan Pasien rujukan masuk melalui IGD</p>
4	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap hari (24 Jam)
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Hemodialisa
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	Telp dan WA Pengaduan <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 1. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedung 2. Mesin Hemodialisa 5 unit 3. Air RO 4. Bed tindakan 5. Listrik 6. AC 7. Tabung Oksigen 8. Computer 9. APAR
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Ginjal Hipertensi 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 3. Dokter Umum dengan sertifikat Pelatihan HD 4. Perawat dengan sertifikat Pelatihan HD 5. Tenaga Non Kesehatan :
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung Oleh Supervisor Keperawatan 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Ginjal Hipertensi : 1 orang 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam : 1 orang 3. Dokter Umum dengan sertifikat Pelatihan HD : 1 orang 4. Perawat dengan sertifikat Pelatihan HD : 4 orang 5. Tenaga Non Kesehatan : 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Dialisis 2. Pedoman Pelayanan Dialisis 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi Nakes Sudah tersertifikasi

13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan tepat (ketepatan dalam mengidentifikasi pasien, ketepatan dalam pemberian tindakan dan obat)2. Kerahasiaan data rekam medis pasien3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Laporan SPM2. Survey Kepuasan Masyarakat3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI BEDAH SENTRAL
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 Tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/Menkes/Per/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit. 7. Peraturan Menteri Kesrhatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 9. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Surat jaminan perawatan (BPJS Kesehatan, BPJS Tenaga Kerja), kecuali pasien umum 3. Surat persetujuan tindakan
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Pasien dibawa dari rawat jalan / rawat inap / IGD oleh Perawat] --> B[Serah terima pasien dan dokumen persiapan operasi dari Perawat Pengantar Pasien ke Perawat IBS membawa persyaratan pre-operasi] B --> C[Pasien dibawa ke Ruang Operasi] C --> D[Dokter melakukan tindakan Operasi] D --> E[Pasca operasi pasien dibawa ke Ruang Pemulihan (2jam)] E --> F[Pasien stabil, dibawa ke ICU atau Ruang Rawat] </pre> </div> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dibawa dari rawat jalan / rawat inap / IGD oleh perawat 2. Serah terima pasien dari perawat pengantar pasien ke perawat IBS 3. Pasien dibawa ke ruang tindakan operasi 4. Dokter melakukan tindakan operasi setelah melakukan

		<p>pembiusan</p> <p>5. Pasien setelah selesai dilakukan tindakan operasi dibawa ke ruang pemulihan untuk diobservasi selama kurang lebih 2 jam</p> <p>6. Setelah pasien dalam kondisi stabil, pasien dijemput oleh perawat ruang rawat inap untuk diantarkan ke ruang rawat inap/ICU.</p>
--	--	---

4	Jangka Waktu Pelayanan	<p>a. Operasi elektif (direncanakan) : Senin – Jumat : 08.00 – selesai Sabtu : tidak ada (kecuali CITO)</p> <p>b. Operasi Emergency : 24 jam setiap hari</p>
5	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022.</p> <p>2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
6	Produk Pelayanan	<p>1. Operasi bedah minor</p> <p>2. Operasi bedah mayor</p> <p>3. Layanan anestesi</p>
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <p>1. 082198276716</p> <p>4. 081244002880</p> <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<p>1. Ruang tunggu</p> <p>2. Ruang persiapan</p> <p>3. Nurse station</p> <p>4. Ruang Dokter</p> <p>5. Ruang Perawat</p> <p>6. Ruang Operasi 1 – 6</p> <p>7. Ruang pemulihan</p> <p>8. Ruang obat</p> <p>9. Ruang alat</p> <p>10. Ruang linen kotor</p> <p>11. Ruang antara</p> <p>12. Computer</p> <p>13. Meubelair</p> <p>14. Lift</p> <p>15. Tangga darurat</p> <p>16. APAR</p>
9	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis</p> <p>2. Perawat Bedah</p> <p>3. Perawat/Penata Anestesi</p>
10	Pengawasan Internal	<p>1. Supervisi langsung Oleh Supervisor Keperawatan</p> <p>2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit</p> <p>3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI</p>
11	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Bedah 2 orang</p> <p>2. Dokter Spesialis Orthopedy 1 orang</p> <p>3. Dokter Spesialis THT-KL 1 orang</p> <p>4. Dokter Spesialis Obgyn 2 orang</p> <p>5. Dokter Spesialis Anestesi 1 orang</p> <p>6. Perawat Ners/D III 8 orang</p> <p>7. Penata Anestesi D IV 2 orang</p> <p>8. Asisten Penata Anestesi D III 5 orang</p> <p>9. Administrasi 1 orang</p> <p>10. Cleaning Service 2 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. SOP Pelayanan Instalasi Bedah Sentral</p> <p>2. Pedoman Pelayanan Bedah</p> <p>3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan minimal</p> <p>4. Kode Etik Profesi</p> <p>5. Nakes Sudah tersertifikasi</p>

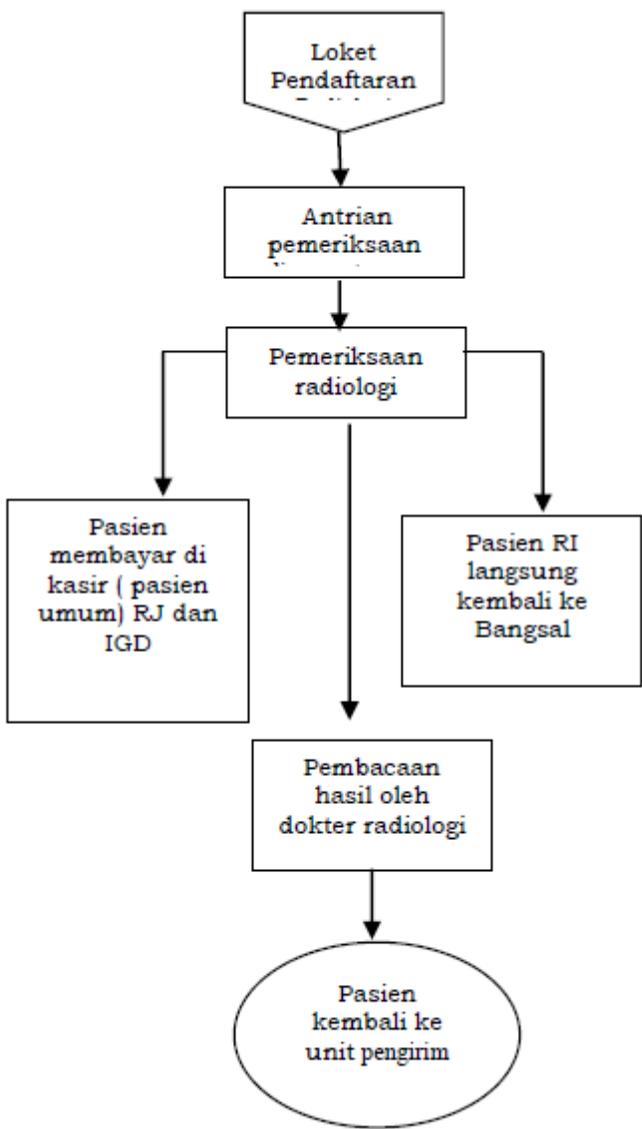
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Sasaran keselamatan pasien dilakukan dengan tepat (ketepatan dalam mengidentifikasi pasien, ketepatan dalam pemberian tindakan dan obat)2. Kerahasiaan data rekam medis pasien3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Laporan SPM2. Survey Kepuasan Masyarakat3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI LABORATORIUM
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 364/MENKES/SK/11/2003 tentang Laboratorium Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 42 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Ahli Teknologi Laboratorium. 8. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	Pengantar pemeriksaan melalui SIMRS
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Permintaan Pemeriksaan melalui SIMRS] --> B[Menunggu Panggilan] B --> C[Pengambilan Sampel oleh petugas] C --> D[Pemeriksaan/analisa sampel] D --> E[Penginputan hasil melalui SIMRS] </pre> </div> <p>Keterangan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengantar pemeriksaan dikirim melalui SIMRS oleh IGD/Poliklinik atau Ruang Perawatan 2. Menunggu panggilan untuk pengambilan sampel 3. Pengambilan sampel oleh petugas sampling 4. Proses pemeriksaan sampel/analisa sampel 5. Penginputan hasil di SIMRS
4	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Jalan dan Rawat Inap Reguler : < 120 menit 2. IGD / Pasien CITO : < 60 menit
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Laboratorium yang terverifikasi
7	Penanganan, Pengaduan,	Telp dan WA Pengaduan <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 1. 081244002880

	Saran dan Masukkan	Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi, Kimia Klinik, Immunologi, Mikrobiologi, Urinalisa) 2. Ruang tunggu pasien 3. Ruang administrasi 4. Ruang dokter 5. Ruang jaga petugas 6. Ruang pengambilan sampel 7. Ruang TB DOTs 8. Ruang Dekontaminasi 9. Gudang reagen 10. Gudang logistik 11. Gudang Penyimpanan reagen 12. Toilet petugas 13. Toilet pasien 14. Alat Pemeriksaan 15. Computer dan printer 16. Pesawat telepon 17. Jaringan Internet 18. Almari penyimpanan B3 19. Almari penyimpanan berkas 20. APAR
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) 3. Tenaga administrasi yang mampu mengoperasikan computer
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh Kepala Instalasi Laboratorium 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 1 Orang 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik 3. Pengadministrasi 2 orang 4. Cleaning Service 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Instalasi Laboratorium 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Laboratorium 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi 5. Nakes Sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan data rekam medis pasien 2. Ketepatan dalam pengambilan sampel dan pemeriksaan 3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi (Eye washer, Spill kit, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR))
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
RADIOLOGI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

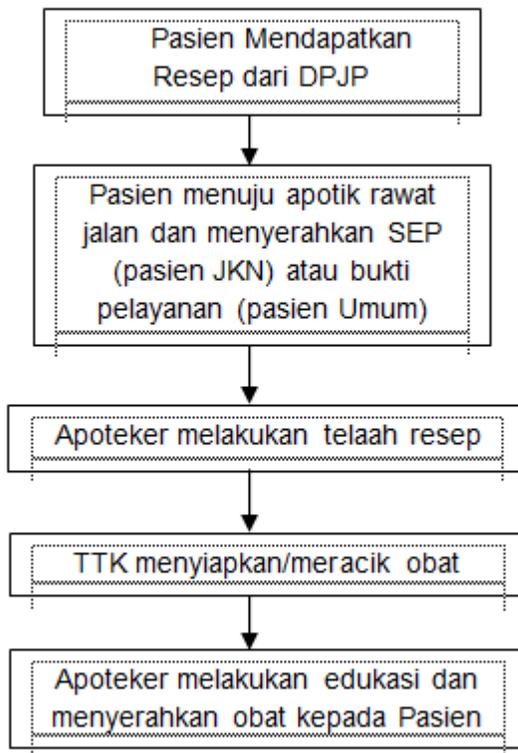
NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinis. 7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	Pengantar pemeriksaan melalui SIMRS
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;">  <pre> graph TD A{{Loker Pendaftaran}} --> B[Antrian pemeriksaan] B --> C[Pemeriksaan radiologi] C --> D[Pasien membayar di kasir (pasien umum) RJ dan IGD] C --> E[Pasien RI langsung kembali ke Bangsal] C --> F[Pembacaan hasil oleh dokter radiologi] F --> G((Pasien kembali ke unit pengirim)) </pre> </div> <p>Keterangan :</p> <p>A. Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permintaan sudah di SIMRS 2. Pasien menunggu di ruang tunggu 3. Petugas administrasi memverifikasi 4. Petugas radiografer menyiapkan peralatan untuk pemeriksaan dan kemudian memanggil pasien ke ruang pemeriksaan

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan minimal 2 identitas (nama dan tanggal lahir) 6. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melaksanakan pemeriksaan radiologi 7. Dokter Sp.Rad melakukan pembacaan hasil dan menginput pada SIMRS <p>B. Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP menginput jenis pemeriksaan pada SIMRS 2. Petugas pendorong pasien atau perawat mengantarkan pasien ke ruang radiologi 3. Petugas administrasi memverifikasi 4. Petugas radiografer menyiapkan peralatan untuk pemeriksaan dan kemudian memanggil pasien ke ruang pemeriksaan 5. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan minimal 2 identitas (nama dan tanggal lahir) 6. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melaksanakan pemeriksaan radiologi 7. Dokter Sp.Rad melakukan pembacaan hasil dan menginput pada SIMRS 8. Pasien yang telah selesai diperiksa kembali ke ruang rawat inap.
4	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Radiologi : Buka 24 jam 2. Waktu selesai hasil pemeriksaan radiologi : \pm 30 Menit (disesuaikan dengan jenis pemeriksaan)
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Hasil Pemeriksaan Radiologi
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 1. 081244002880 <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pemeriksaan Radiologi 2. Ruang tunggu pasien 3. Ruang administrasi 4. Ruang baca Sp.Rad 5. Ruang jaga petugas 6. Toilet petugas 7. Toilet pasien 8. Alat pemeriksaan radiologi 9. Computer dan printer 10. Pesawat telepon 11. Jaringan internet 12. Almari penyimpanan B3 13. Almari penyimpanan berkas
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis Radiologi 2. Radiografer 3. Fisikawan Medis 4. Tenaga Non Kesehatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh Kepala Instalasi Radiologi 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi 2 Orang 2. Fisikawan Medis 1 orang 3. Radiografer 5 orang 4. Pengadministrasi 2 orang 5. Cleaning Service 1 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Instalasi Radiologi 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Radiologi

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi 5. Nakes Sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan data rekam medis pasien 2. Ketepatan dalam memberikan tindakan 3. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

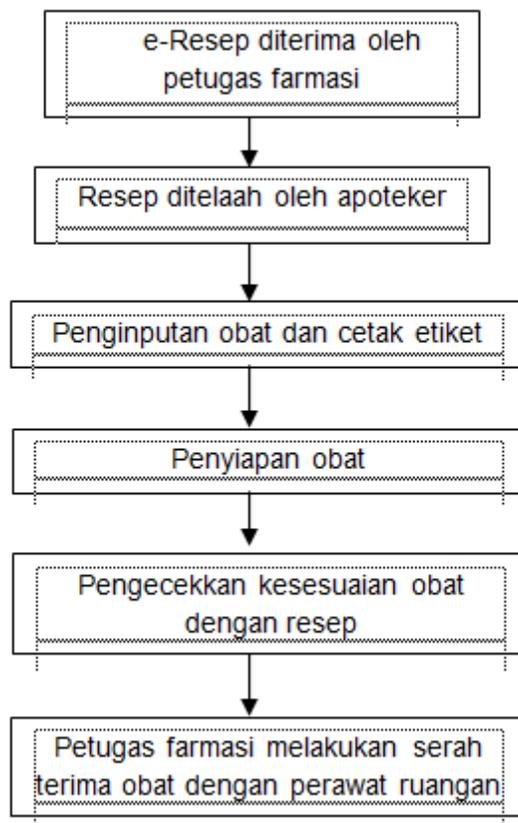
**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI FARMASI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 7. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Jalan e-Resep dikirim melalui SIMRS 2. Rawat Inap e-Resep dikirim melalui SIMRS Membawa CPO
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas penerima di depo rawat jalan menerima SEP (bagi pasien JKN) dan Bukti Pelayanan (bagi pasien Umum) 2. Apoteker melakukan telaah e-resep terhadap kelengkapan administrasi, farmasetis dan persyaratan klinis 3. Petugas melakukan entery data e-resep yang telah ditelaah kebenarannya 4. Petugas entry mencetak struk biaya obat untuk resep pasien umum dan menyerahkan kepada pasien untuk membayar obat 5. Petugas entry mencetak etiket obat dan mencocokkan antara resep dan etiket yang telah tercetak 6. Tenaga kefarmasian melakukan pengecekan dengan memeriksa kebenaran obat yang telah disiapkan sesuai resep meliputi nama pasien, jenis obat serta aturan pakai obat, serta menuliskan tanggal kadaluwarsa obat pada etiket 7. Apoteker melakukan telaah obat sesuai kaidah 5 (lima) benar, yaitu benar obat, benar dosis, benar waktu pemberian, benar rute dan benar pasien 8. Apoteker menyerahkan obat dengan disertai pemberian informasi obat dengan lebih dahulu memastikan kebenaran identitas pasien



B. Rawat Inap

1. DPJP membuat e-resep di SIMRS
2. Apoteker melakukan telaah e-resep dari SIMRS
3. Perawat mengambil obat di depo farmasi serta mengecek jumlah obat yang diberikan dengan yang diminta oleh DPJP



4

Jangka Waktu Pelayanan

- a. Rawat Jalan
 Senin – Sabtu : 08.00 – selesai
 Minggu : tutup
 Waktu tunggu obat racikan maksimal 60 menit
 Waktu tunggu obat non racikan maksimal 30 menit
- b. Rawat Inap dan IGD
 Pelayanan farmasi 24 jam

5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Farmasi
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 2. 081244002880 <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> a. Gudang Obat <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang penerimaan Obat dan Alkes 2. Ruang penyimpanan Obat dan Alkes 3. Rak penyimpanan Obat dan Alkes 4. Ruang administrasi 5. Kulkas penyimpanan Obat dan Vaksin 6. AC 7. Ruang distribusi/penyerahan obat ke unit 8. Meubelair 9. Computer dan printer 10. Jaringan internet b. Depo Farmasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang dan kursi tunggu pasien 2. Loker penerimaan resep dan penyerahan obat 3. Ruang penyimpanan Obat dan Alkes 4. Rak penyimpanan Obat dan Alkes 5. Kulkas penyimpanan Obat dan Vaksin 6. AC 7. Ruang penyiapan dan peracikan Obat 8. Ruang administrasi 9. Meubelair 10. Computer dan printer 11. Jaringan internet c. Ruang Dispensing <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang administrasi 2. Meubelair 3. Kulkas penyimpanan Obat
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker 2. Tenaga Teknis Kefarmasian 3. Tenaga Administrasi bisa mengoperasikan computer
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh Kepala Instalasi Farmasi 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker 10 orang 2. Asisten Apoteker 7 orang 3. Teknis Kefarmasian 4 Orang 4. Pengadministrasi 3 orang 5. Cleaning Service 1 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Instalasi Farmasi 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal 4. Kode Etik Profesi 5. Nakes Sudah tersertifikasi
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan dalam memberikan memberikan obat 2. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi (Eye washer, Spill kit, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR))
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
GIZI
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Makanan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit 7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> a. Asuhan Gizi Rawat Inap Pasien yang menjalani rawat inap b. Penyelenggaran Makan c. Pasien yang menjalani rawat inap
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Pasien Rawat Inap] --> B[Skrining Gizi oleh Perawat] B --> C[Pasien beresiko gizi] C --> D[Assesmen gizi oleh Ahli] D --> E[Konseling Gizi] E --> F[Monitoring Evaluasi Gizi] </pre> </div> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Asuhan Gizi Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat melakukan skrining gizi pada assesmen awal keperawatan pasien rawat inap 2. Ahli gizi akan melakukan asuhan gizi atau edukasi sesuai hasil krinig 3. Ahli gizi melakukan asuhan gizi jika skor hasil skrining : <ol style="list-style-type: none"> a). Pasien anak (≥ 1) b). Pasien dewasa (≥ 2) c). Pasien dengan kondisi khusus dirawat di ICU, PICU dan NICU 4. Ahli gizi memberikan konseling gizi sesuai kondisi pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Ahli gizi menuliskan hasil pengkajian di SIMRS 6. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi gizi 7. Pada pasien yang tidak memenuhi skor, ahli gizi melakukan edukasi gizi <p>b. Penyelenggaraan Makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli gizi menyusun perencanaan menu 2. Ahli gizi melaksanakan pemesanan bahan makanan 3. Petugas gizi melaksanakan penerimaan dan penyimpanan bahan makanan. 4. Petugas gizi melaksanakan pengolahan makanan 5. Perawat di ruang rawat inap melaksanakan pemesanan menu diet/non diet pasien berdasarkan advis diet pasien. 6. Petugas gizi mendistribusikan makanan ke ruang rawat inap dengan melakukan identifikasi pasien. <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Perencanaan Menu] --> B[Pemesanan Bahan Makanan (BM)] B --> C[Penerimaan dan penyimpanan BM] C --> D[Pengolahan makanan] D --> E[Penyiapan menu sesuai order] E --> F[Distribusi makanan ke ruang rawat] </pre> </div>
4	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Asuhan Gizi Rawat Inap Senin – Sabtu (durasi 10 - 15 menit) Minggu : tidak ada</p> <p>Penyelenggaraan Makan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Makan Utama : <ul style="list-style-type: none"> Pagi : 05.30 – 06.30 Siang : 11.30 – 12.30 Malam : 17.30 – 18.30 b. Snack Pasien : <ul style="list-style-type: none"> Snack Pagi (VIP, Kelas 1,2 dan 3) : 09.30 – 10.00 Snack Sore (VIP, Kelas 1) : 16.00
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Asuhan Gizi Rawat Inap 2. Penyelenggaraan Makan untuk pasien dan staf
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	<p>Telp dan WA Pengaduan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 1. 081244002880 <p>Petugas Informasi dan Pengaduan</p>
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedung instalasi gizi 2. Ruang penyimpanan bahan makanan basah 3. Ruang penyimpanan bahan makanan kering 4. Ruang penerimaan bahan makanan 5. Ruang persiapan bahan makanan 6. Ruang produksi makanan

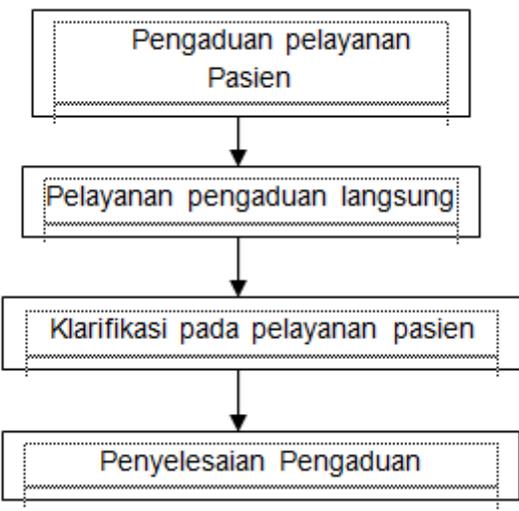
		<ul style="list-style-type: none"> 7. Ruang pemorsian 8. Tempat pencucian alat makan pasien 9. Tempat pencucian alat masak 10. Trolley makanan Computer dan printer 11. Ruang administrasi Freezer makanan 12. Refrigerator makanan 13. Set peralatan masak dan kompor 14. Alat makan pasien 15. Rak penyimpanan alat dan bahan makanan 16. Pesawat telepon 17. Jaringan internet 18. Almari penyimpanan B3 19. Almari penyimpanan berkas
9	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ahli gizi (Pendidikan minimal D3 Gizi) 2. Petugas Penyelenggaraan Makanan : <ul style="list-style-type: none"> a. Produksi makanan (pendidikan SMK Boga) b. Petugas distribusi (pendidikan minimal SMA/SMK)
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh Kepala Instalasi Gizi 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Ahli Gizi : 2. Petugas di bagian penyelenggaraan makanan :
12	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. SOP Pelayanan Instalasi Gizi 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Gizi 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan Data Pasien 2. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi , penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
FORENSIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 26 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 29 tentang Praktek Kedokteran. 4. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal. 6. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/I/1130/2022 tentang Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas Pasien 2. Surat Kematian dari IGD / ICU / Ruang Rawat Inap 3. Pengantar Visum dari Kepolisian
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila ada pasien yang meninggal dari IGD/ICU/Ruang Rawat Inap maka petugas akan segera memberitahu kepada petugas forensik 2. Setelah proses di IGD/ICU/Ruang Rawat Inap sudah selesai jenazah diantar oleh perawat jaga atau diambil oleh petugas forensik untuk dibawa ke ruang forensik 3. Petugas forensik melakukan serah terima surat kematian dan mengkonfirmasi ulang kepada keluarga jenazah bahwasanya mau langsung dibawa ke rumah duka atau menghendaki dilakukan pemulasaran di rumah sakit 4. Petugas melaksanakan pemulasaran jenazah 5. Jenazah diantar ke rumah duka dengan ambulance oleh driver setelah pelayanan selesai <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <pre> graph TD A[Pasien meninggal di IGD/ICU/Ruang Rawat Inap] --> B[Petugas mengantar jenazah ke ruang forensik] B --> C[Petugas melaksanakan pemulasaran jenazah] C --> D[Driver mengantar jenazah ke rumah duka dengan ambulance] </pre> </div>
4	Jangka Waktu Pelayanan	Pelayanan pemulasaran jenazah 24 jam Waktu proses pelayanan ±60 menit
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum sesuai Peraturan Bupati Nomor 113 Tahun 2022. 2. JKN/KIS sesuai Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
6	Produk Pelayanan	Pelayanan Forensik

7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	Telp dan WA Pengaduan 1. 082198276716 1. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	1. Tempat tidur jenazah 2. Tempat perawatan jenazah 3. Tempat mandi jenazah 4. Mortuary cabinet 5. Ruang Tunggu keluarga 6. Toilet
9	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Forensik 2. Petugas Pemulasaran Jenazah minimal pendidikan SMA/SMK
10	Pengawasan Internal	1. Supervisi langsung oleh Kepala Instalasi Forensik 2. Pengawasan berjenjang oleh Manajemen Rumah Sakit 3. Mutu Pelayanan oleh Komite Mutu RSUD 4. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi oleh Tim PPI
11	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Forensik 1 orang 2. Petugas Administrasi 3 orang 3. Teknisi /pelaksana 5 4. Sopir Mobil Jenazah 4 orang 5. Cleaning service 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	1. SOP Pelayanan Dasar Jenazah 2. Pedoman Pelayanan Instalasi Forensik 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan minimal
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Kerahasiaan Data Rekam medis pasien 2. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi, penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Laporan SPM 2. Survey Kepuasan Masyarakat 3. Rapat evaluasi bersama pimpinan

**STANDAR PELAYANAN
PENGADUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II /2008 tentang Standar Pelayanan Minimal. 5. Peraturan Menteri Pan RB Nomor 24 tentang Pelayanan Publik.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persyaratan pengaduan agar dapat ditindaklanjuti <ol style="list-style-type: none"> a. Identitas pengadu yang terdiri atas nama, no.telepon dan alamat lengkap b. Identitas pasien yang mendapatkan pelayanan c. Uraian kejadian atau keluhan atas pelayanan yang tidak sesuai,waktu kejadian dan tempat kejadian 2. Penerimaan pengaduan masyarakat atau keluhan pelanggan; <ol style="list-style-type: none"> a. Pengaduan secara langsung yang disampaikan secara lisan kepada petugas pelayanan atau kepada pengelola pengaduan masyarakat b. Pengaduan secara tidak langsung melalui nomor tlp/WA : 082198276716 / 081244002880 c. Surat yang dialamatkan kepada Direktur atau pengelola pengaduan d. Atau melalui kotak pengaduan yang ada di lingkungan RSUD Biak
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	 <pre> graph TD A[Pengaduan pelayanan Pasien] --> B[Pelayanan pengaduan langsung] B --> C[Klarifikasi pada pelayanan pasien] C --> D[Penyelesaian Pengaduan] </pre>
4	Jangka Waktu Pelayanan	Pengaduan langsung di unit dan lewat media dilayani dalam 24 jam
5	Biaya / Tarif	Rp. 0
6	Produk Pelayanan	Pengelolaan Pengaduan Masyarakat
7	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukkan	Telp dan WA Pengaduan <ol style="list-style-type: none"> 1. 082198276716 2. 081244002880 Petugas Informasi dan Pengaduan
8	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Computer 2. Meubelair 3. Telepon
9	Kompetensi Pelaksana	Minimal Diploma III

10	Pengawasan Internal	Direktur
11	Jumlah Pelaksana	2 orang
12	Jaminan Pelayanan	Melaksanakan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Kerahasiaan Data Pasien2. Ruang Layanan dilengkapi dengan sarana dan prasarana keamanan yang sudah terakreditasi , penunjuk arah jalur evakuasi dan Alat Pemadam Api Ringan (APAR)
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Dilakukan setiap bulan sesuai dengan Standar pelayanan yang berlaku

