




PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI

Jl. dr. Soebandi No. 124 Telp. (0331) 487441 – 487564
Fax. (0331) 487564 E – mail : rsd.soebandi@jemberkab.go.id
Website : rsddrsoebandi.jemberkab.go.id Kode pos : 68111

KEPUTUSAN DIREKTUR

Nomor : 440/  /610/2024

TENTANG

**PEDOMAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI
KABUPATEN JEMBER**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
DIREKTUR RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER**

- 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 maka setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan dan menerapkan Standar Pelayanan Publik untuk setiap jenis pelayanan;
- b. bahwa Rumah Sakit sebagai salah satu sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat strategis dalam mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf (a) dan (b), maka perlu menetapkan Surat Keputusan Direktur RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Kabupaten Jember.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
4. Peraturan Pemerintah Nomor 2 Tahun 2018 tentang Standar Pelayanan Minimal;
5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumhaskitan;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
7. Peraturan Bupati Jember Nomor 27 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan : **PEDOMAN STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT DAERAH dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER**
- Pertama : Pedoman Standar Pelayanan RSD dr. Soebandi Jember meliputi ruang lingkup berikut :
1. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik
 2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat dan PONEK
 3. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
 4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
 5. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif (ICU)
 6. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
 7. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
 8. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi
 9. Pelayanan Instalasi Radiologi
 10. Pelayanan Instalasi Farmasi
 11. Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik
 12. Pelayanan Instalasi Gizi
 13. Pelayanan Instalasi PERISTI
 14. Pelayanan Instalasi Hemodialisa
 15. Pelayanan Ambulans
- Kedua : Pedoman Standar Pelayanan sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh seluruh petugas / pelaksana di RSD dr. Soebandi Jember dan dijadikan acuan dalam penilaian kinerja oleh Direktur, aparat pengawasan, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik;
- Ketiga : Dengan adanya Surat Keputusan Direktur ini, maka Surat Keputusan Direktur Nomor 400/193/610/2023 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku;
- Keempat : Surat Keputusan Direktur ini dinyatakan berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila di kemudian hari ternyata terdapat kekeliruan atau kesalahan dalam Surat Keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : J E M B E R
Pada tanggal : 05 Februari 2024

 Pt. DIREKTUR
dr. LILIK LAILIYAH, M.Kes
NIP. 19651028 199602 2 001

Lampiran 1. Keputusan Direktur RSD dr. Soebandi

Nomor : 440/√9 /610/2024

Tanggal : 05 Februari 2024

Perihal : Pedoman Standar Pelayanan RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember

PEDOMAN STANDAR PELAYANAN RSD dr. SOEBANDI KABUPATEN JEMBER

1. GAMBARAN UMUM

Menurut Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah Sakit menurut WHO merupakan bagian integral dari sebuah organisasi sosial dan kesehatan yang berfungsi untuk menyediakan pelayanan kesehatan yang paripurna, baik secara kuratif & rehabilitatif maupun kuratif & preventif kepada masyarakat terutama yang bersifat pelayanan kesehatan perorangan, disamping tugas utama sebagai Rumah Sakit rujukan. Rumah Sakit dalam menjalankan kegiatannya harus melibatkan masyarakat untuk mencapai upaya kesehatan yang optimal. Rumah sakit sebagai institusi pelayanan publik harus dapat memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mutu atau kualitas yang baik, sehingga keselamatan pasien khususnya atau masyarakat umumnya dapat terjamin.

RSD dr. Soebandi merupakan salah satu rumah sakit daerah milik Pemerintah yang terletak di Kabupaten Jember Provinsi Jawa Timur yang dipimpin oleh seorang Direktur dengan secara teknis bertanggung jawab kepada Kepala Dinas dan secara operasional kepada Bupati selaku Kepala Daerah. Pada tanggal 15 Desember 1993, RSD dr. Soebandi ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas B Non Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1162/MENKES/SK/XII/1993. Selanjutnya pada tanggal 5 September 2002, RSD dr. Soebandi sebagai Rumah Sakit Kelas B Pendidikan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1097/MENKES/SK/IX/2002.

RSD dr. Soebandi menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat dikelompokkan dalam 15 jenis pelayanan dengan Standar Pelayanan yang akan dipaparkan sebagai berikut :

1. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik
2. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat dan PONEK
3. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
5. Pelayanan Instalasi Rawat Intensif (ICU)
6. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
7. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi

9. Pelayanan Instalasi Radiologi
10. Pelayanan Instalasi Farmasi
11. Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik
12. Pelayanan Instalasi Gizi
13. Pelayanan Instalasi PERISTI
14. Pelayanan Instalasi Hemodialisa
15. Pelayanan Ambulans

2. PEDOMAN STANDAR PELAYANAN

1. STANDAR PELAYANAN ADMISI DAN REKAM MEDIK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. KTP / KK / KIA b. Kartu JKN / Kartu jaminan asuransi pasien lainnya c. Kartu Berobat Pasien / MR (bagi pasien lama) d. Surat rujukan (jika pasien rujukan) 2. Pasien IGD <ol style="list-style-type: none"> a. KTP / KK / KIA b. Kartu JKN / Kartu jaminan asuransi pasien lainnya c. Kartu Berobat Pasien / MR (bagi pasien lama) d. Surat rujukan (jika pasien rujukan) 3. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Surat kiriman rawat b. SEP rawat jalan (pasien JKN)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alur Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dilakukan skrining oleh petugas skrining, b. Jika pasien masuk kategori <i>fast track</i>, berkas persyaratan pendaftaran diantarkan oleh petugas skrining ke loket <i>fast track</i>, pasien menunggu di ruang GRHA +60 atau di klinik yang dituju, c. Jika pasien tidak masuk kategori <i>fast track</i>, maka pasien / keluarga mengambil nomor antrian pendaftaran, d. Pasien menunggu antrian, e. Petugas pendaftaran memanggil pasien sesuai dengan nomor antrian, f. Pasien menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses. Pasien dengan kepesertaan JKN melakukan sidik jari dan petugas menyerahkan SEP rawat jalan (Pasien JKN) dan SJP rawat jalan (Pasien Inhealth / Jampersal / JPK), g. Pasien membayar ke loket kasir sesuai klinik yang dituju lantai 1 atau lantai 2 rawat jalan (pasien umum), h. Pasien menunggu di Klinik Spesialis yang dituju. 2. Alur Pasien Gawat Darurat <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien / keluarga mendaftar di tempat pendaftaran, b. Pasien / keluarga menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses, c. Petugas pendaftaran menyerahkan SEP rawat jalan (Pasien JKN) ke petugas administrasi, 3. Alur Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien / keluarga mendaftar ke bagian pendaftaran rawat inap dengan menyerahkan Surat Pengantar Masuk Rawat Inap dan SEP rawat jalan (Pasien JKN), b. Petugas pendaftaran menyiapkan rekam medis dan mencetak gelang pasien, c. Petugas pendaftaran melakukan <i>admission</i>, d. Pasien / keluarga menandatangani formulir <i>general consent</i>, cara bayar, titip kelas, ataupun naik kelas, e. Petugas menjelaskan tentang tata tertib RS dan memberikan Kartu Penunggu Pasien Rawat Inap, f. Petugas melakukan pemesanan ruang perawatan berdasarkan cara bayar pasien, g. Berkas Rekam Medis, gelang pasien, SEP rawat inap (pasien JKN) dan SJP rawat inap (pasien JPK) diberikan oleh petugas pendaftaran kepada petugas IGD.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien baru 10 menit 2. Pasien lama 5 menit 3. Pasien rawat inap 15 menit
4.	Biaya / Tarif	Pemeriksaan awal Rp 85.000,-

5.	Produk layanan	Pelayanan Pendaftaran dan Admisi
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
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 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Loker pendaftaran 1 – 7 admisi sentral (6 loket untuk rawat jalan dan 1 loket untuk rawat inap) 3. Loker pendaftaran <i>fast track</i> admisi sentral 4. Loker pendaftaran pasien IGD 2 loket (untuk pasien IGD dan rawat inap) 5. TV informasi RS 6. <i>Banner / leaflet</i> 7. Set komputer 8. Loker <i>fingerprint</i> (4 loket) 9. CCTV 10. Ruang penyimpanan rekam medis 11. Wi-Fi 12. Air minum gratis
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 Instalasi Admisi dan Rekam Medis melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Dilakukan langsung oleh Kepala Instalasi Admisi dan Rekam Medis melalui CCTV
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Petugas pendaftaran dibagi dalam 3 <i>shift</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas <i>shift</i> pagi Admisi Sentral <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran Rawat Jalan (Admisi Sentral) sebanyak 6 orang Jadwal : Pukul 07.00 – 12.00 WIB b. Pendaftaran Rawat Inap (1 orang dari 7 orang yang bertugas) Jadwal : Pukul 07.00 – 15.00 WIB 2. Petugas <i>shift</i> pagi Admisi IGD Pendaftaran pasien IGD dan Rawat Inap pasien dari IGD sebanyak 2 orang Jadwal : Pukul 07.00 – 15.00 WIB 3. Petugas <i>shift</i> sore Admisi IGD Pendaftaran pasien IGD dan Rawat Inap pasien dari IGD sebanyak 2 orang Jadwal : Pukul 15.00 – 22.00 WIB

		<p>4. Petugas <i>shift</i> malam Admisi IGD Pendaftaran pasien IGD dan Rawat Inap pasien dari IGD sebanyak 1 orang Jadwal : Pukul 22.00 – 07.00 WIB</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bagian Perencanaan

2. STANDAR PELAYANAN INSTALASI GAWAT DARURAT DAN PONEK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KTP / KK / KIA 2. Kartu JKN / Kartu jaminan asuransi pasien lainnya 3. Kartu Berobat Pasien / MR (bagi pasien lama) 4. Surat rujukan (jika pasien rujukan)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien turun di <i>drop zone</i> IGD dan dimasukkan ke ruang skrining untuk memastikan ada / tidaknya indikasi COVID-19 (jika belum ada hasil swab antigen / swab PCR maka dilakukan swab antigen). <ol style="list-style-type: none"> a. Jika berdasarkan hasil skrining pasien dicurigai terdapat indikasi COVID-19, maka pasien dimasukkan di ruang isolasi negatif IGD selanjutnya dilakukan pemeriksaan dan penanganan sesuai yang dibutuhkan. b. Jika berdasarkan hasil skrining pasien dinyatakan non COVID-19, selanjutnya pasien dibawa ke ruang triase untuk dilakukan penanganan lebih lanjut. 2. Bersamaan dengan itu, keluarga pasien melakukan pendaftaran di admisi IGD. 3. Pasien dilakukan penanganan sesuai dengan kondisinya. 4. Setelah penanganan pasien dapat dinyatakan ; KRS, Kamar Operasi, Rawat Inap
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Respon time</i> 3 menit 2. Waktu tunggu maksimal 8 jam sejak datang di IGD sesuai dengan kebutuhan penanganan pasien
4.	Biaya / Tarif	Pemeriksaan awal Rp 85.000,-
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien gawat darurat
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Laporan
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana 2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Rumah Sakit 14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan 16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Pelayanan Minimal Rumah Sakit 17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu 18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4834/2021 tentang Protokol Penatalaksanaan Pemulasaraan dan Pemakaman Jenazah <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19) 19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4641/2021 tentang Panduan Pelaksanaan Pemeriksaan, Pelacakan, Karantina, dan Isolasi dalam Rangka Percepatan Pencegahan dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19) 20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 21. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/125/KPTS/013/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penyakit Corona <i>Virus Disease</i> 2019 (COVID-19) 22. Peraturan Bupati Nomor 34 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Kabupaten Jember 23. Peraturan Bupati Jember Nomor 27 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember 24. SK Direktur Nomor 800/189.SK/610/2022 tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Gawat Darurat 25. SK Direktur Nomor 440/240.SK/610/2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang admisi / pendaftaran pasien, informasi, loket pembayaran 3. Ruang triase 4. Ruang pelayanan (ruang resusitasi, ruang observasi, ruang tindakan bedah, non bedah, anak dan tindakan PONEK) 5. <i>Nurse station</i> 6. Ruang isolasi 7. Ruang ambulatory 8. Ruang depo farmasi 9. Ruang radiologi 10. <i>Banner / leaflet</i> 11. TV informasi rumah sakit 12. Alat kesehatan / pemeriksaan 13. WC pasien dan keluarga 14. CCTV 15. <i>Stretcher</i> 16. Kursi roda 17. Oksigen sentral
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing – masing 2. Dokter telah memiliki sertifikat ACLS/ATLS 3. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat BTCLS dan kualifikasi minimal D-III Keperawatan

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Tenaga kebidanan telah memiliki sertifikat APN, PPGDON, pelatihan PONEK dan memiliki kualifikasi minimal D-III Kebidanan 5. Tenaga farmasi memiliki kualifikasi minimal AA (Asisten Apoteker) 6. Petugas administrasi / pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi 7. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat rutin bulanan dan rapat khusus jika diperlukan 2. Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semua Dokter Spesialis <i>on call</i> untuk konsultasi per SMF 2. Dokter Umum masing – masing 4 orang tiap <i>shift</i>. Jadwal terbagi dalam 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 15.00 – 21.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB 3. Perawat 5 – 6 orang tiap <i>shift</i>. Jadwal terbagi dalam 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 15.00 – 21.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB 4. Bidan 2 – 3 orang tiap <i>shift</i>. Jadwal terbagi dalam 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 15.00 – 21.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB 5. Petugas administrasi 1 orang tiap <i>shift</i>. Jadwal <i>shift</i> sama dengan perawat dan bidan
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) setiap 3 bulan sekali 2. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

3. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

NO.	KOMPONEN	URAIAN																		
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)																				
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Pasien umum : KTP dan mengisi data pasien baru Pasien JKN : KTP, Kartu JKN, Rujukan Puskesmas, SEP rawat jalan Pasien JPK : KTP dan KK Kabupaten Jember, Surat Keterangan Miskin, Rujukan Puskesmas, Jaminan JPK Pasien SPM : KTP, KK, Surat Keterangan Miskin 																		
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<div style="text-align: center;"> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <th colspan="2">Pendaftaran / Admisi</th> </tr> <tr> <td>JKN</td> <td>Umum / SPM / Asuransi lain</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <th colspan="4">Klinik Spesialis</th> </tr> <tr> <td>Asesmen</td> <td>Pemeriksaan penunjang</td> <td>Diagnosa</td> <td>Terapi</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">↓</p> <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr> <th colspan="3">Keluar Layanan Rawat Jalan</th> </tr> <tr> <td>Pulang</td> <td>Rujuk (Internal / Eksternal)</td> <td>MRS (Masuk Rumah Sakit)</td> </tr> </table> </div> <p>Semua pasien yang akan mengakses pelayanan di klinik spesialis yang dituju harus mendaftarkan diri dan terdaftar di SIM – RS melalui admisi sesuai status penjamin masing – masing. Bagi pasien dengan penjamin JKN dan JKN Ketenagakerjaan melalui pendaftaran di admisi JKN, sedangkan bagi pasien umum, SPM, Jasa Raharja, dan asuransi lain melalui pendaftaran admisi umum.</p> <p>Tersedia jalur <i>fast track</i> yang dapat digunakan untuk pasien lansia dengan usia >60 tahun, pasien disabilitas, anak balita, ibu hamil dengan risiko tinggi, pasien TB dan TB – MDR, dan pasien risiko jatuh.</p>	Pendaftaran / Admisi		JKN	Umum / SPM / Asuransi lain	Klinik Spesialis				Asesmen	Pemeriksaan penunjang	Diagnosa	Terapi	Keluar Layanan Rawat Jalan			Pulang	Rujuk (Internal / Eksternal)	MRS (Masuk Rumah Sakit)
Pendaftaran / Admisi																				
JKN	Umum / SPM / Asuransi lain																			
Klinik Spesialis																				
Asesmen	Pemeriksaan penunjang	Diagnosa	Terapi																	
Keluar Layanan Rawat Jalan																				
Pulang	Rujuk (Internal / Eksternal)	MRS (Masuk Rumah Sakit)																		
3.	Jangka Waktu Pelayanan	60 menit (waktu tunggu pasien sejak mendaftar di Klinik Spesialis sampai dengan dilayani oleh Dokter Spesialis)																		
4.	Biaya / Tarif	Pemeriksaan awal Rp 85.000,-																		
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> Bedah Umum Bedah Syaraf Bedah Urologi Bedah Anak Bedah Plastik Bedah Thoraks Kardiovaskuler Bedah Onkologi Bedah Orthopedi Jantung Penyakit Dalam Paru Saraf Mata THT Anak Kulit Kelamin Gigi dan Mulut Jiwa VCT Anastesi Kemoterapi Eksekutif (SOESKIN) 																		

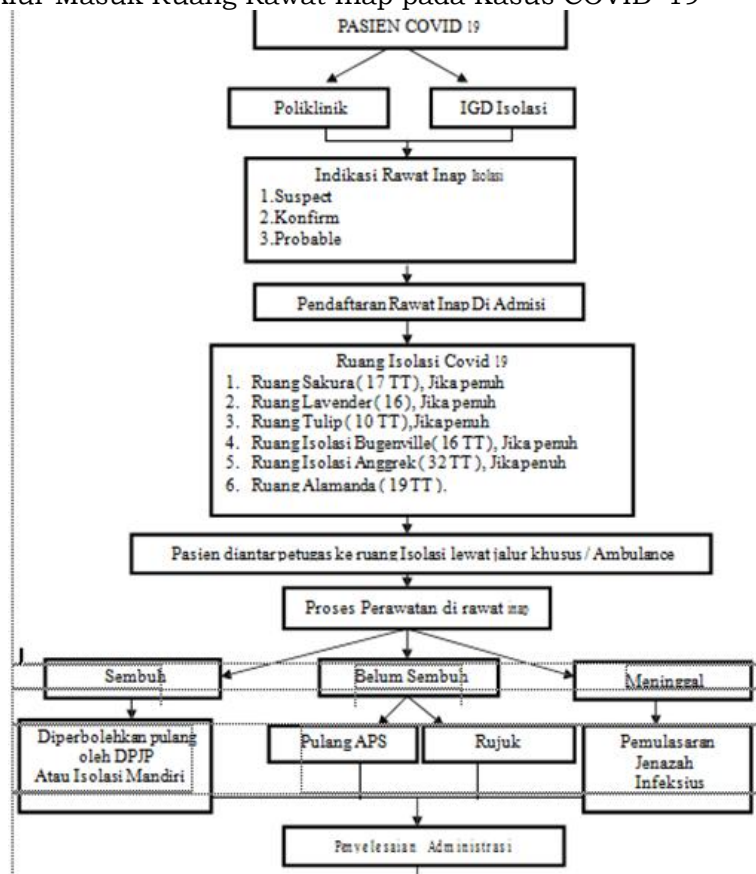
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Laporan
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 30 Tahun 2019 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/MENKES/ SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/ 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 9. Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/359/KPTS/013/2015 tentang Pelayanan Regional Sistem Rujukan Provinsi Jawa Timur 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit 11. Peraturan Bupati Jember Nomor 06 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Tempat tidur periksa 3. Kursi tunggu / sofa dalam 4. <i>Nurse station</i> 5. Ruang pemeriksaan dokter 6. Ruang edukasi 7. AC 8. Lemari 9. Kursi roda 10. Brancard 11. TV di Klinik Eksekutif dan Klinik SOESKIN 12. Kamar mandi petugas 13. Kamar mandi pasien 14. Air minum gratis 15. <i>Charger station</i> 16. Wi-Fi 17. Ruang <i>fotocopy</i> 18. Pojok bermain (Klinik Anak)
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Minimal S1 Keperawatan b. Memiliki STR (Surat Tanda Registrasi) dari MTKI (Majelis Tenaga Kesehatan Indonesia) dan SIPP (Surat Izin Praktik Perawat) c. Minimal memiliki sertifikat pelatihan Manajemen Keperawatan, BCLS, <i>Patient Safety</i>, dan <i>Code Red</i> 2. Petugas administrasi / pendaftaran memiliki kualifikasi minimal SMA sederajat

		<p>3. Petugas administrasi / pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi</p> <p>4. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku</p> <p>5. Seluruh petugas mampu berkomunikasi secara lisan dan tulisan dengan baik</p>																																																																																																																								
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Kepala Instalasi Rawat Jalan melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan rawat jalan setiap bulan dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting</p> <p>2. Kepala Klinik melakukan supervisi klinik terhadap pelaksanaan Klinik Spesialis di klinik – klinik masing, melakukan pelaporan triwulan, dan pelaporan kasus urgensi</p> <p>3. Komite mutu melakukan supervisi mutu sesuai jadwal</p> <p>4. Kepala Bidang Perawatan melakukan supervisi manajemen dan pelayanan sesuai jadwal</p>																																																																																																																								
5.	Jumlah Pelaksana	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO.</th> <th>KLINIK SPESIALIS</th> <th>KEPALA KLINIK</th> <th>DOKTER</th> <th>PERAWAT</th> <th>ADMIN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.</td><td>Bedah</td><td>1</td><td>15</td><td>4</td><td>2</td></tr> <tr><td>2.</td><td>Ortopedi dan Traumatologi</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>3.</td><td>Penyakit Dalam</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>4.</td><td>Jantung</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>5.</td><td>Paru</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>6.</td><td>Saraf</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>7.</td><td>Penyakit Kandungan</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>8.</td><td>Hamil dan Laktasi</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>9.</td><td>Psikiatri</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>10.</td><td>Kulit dan Kelamin</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>11.</td><td>Mata</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>12.</td><td>Anak</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>13.</td><td>THT</td><td>-</td><td>2</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>14.</td><td>Gigi dan Mulut</td><td>1</td><td>6</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>15.</td><td>Anestesi</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>16.</td><td>Kemoterapi</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>-</td></tr> <tr><td>17.</td><td>VCT</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>18.</td><td>Eksekutif</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr><td>19.</td><td>Gizi</td><td>1</td><td>-</td><td>1</td><td>-</td></tr> </tbody> </table>	NO.	KLINIK SPESIALIS	KEPALA KLINIK	DOKTER	PERAWAT	ADMIN	1.	Bedah	1	15	4	2	2.	Ortopedi dan Traumatologi	1	4	1	1	3.	Penyakit Dalam	1	4	1	1	4.	Jantung	1	4	1	1	5.	Paru	1	3	1	1	6.	Saraf	1	3	1	1	7.	Penyakit Kandungan	1	3	1	1	8.	Hamil dan Laktasi	1	1	1	1	9.	Psikiatri	1	2	1	1	10.	Kulit dan Kelamin	1	3	1	1	11.	Mata	1	3	1	1	12.	Anak	1	4	1	1	13.	THT	-	2	1	1	14.	Gigi dan Mulut	1	6	1	1	15.	Anestesi	1	4	1	1	16.	Kemoterapi	1	1	1	-	17.	VCT	1	1	1	1	18.	Eksekutif	1	1	1	1	19.	Gizi	1	-	1	-
NO.	KLINIK SPESIALIS	KEPALA KLINIK	DOKTER	PERAWAT	ADMIN																																																																																																																					
1.	Bedah	1	15	4	2																																																																																																																					
2.	Ortopedi dan Traumatologi	1	4	1	1																																																																																																																					
3.	Penyakit Dalam	1	4	1	1																																																																																																																					
4.	Jantung	1	4	1	1																																																																																																																					
5.	Paru	1	3	1	1																																																																																																																					
6.	Saraf	1	3	1	1																																																																																																																					
7.	Penyakit Kandungan	1	3	1	1																																																																																																																					
8.	Hamil dan Laktasi	1	1	1	1																																																																																																																					
9.	Psikiatri	1	2	1	1																																																																																																																					
10.	Kulit dan Kelamin	1	3	1	1																																																																																																																					
11.	Mata	1	3	1	1																																																																																																																					
12.	Anak	1	4	1	1																																																																																																																					
13.	THT	-	2	1	1																																																																																																																					
14.	Gigi dan Mulut	1	6	1	1																																																																																																																					
15.	Anestesi	1	4	1	1																																																																																																																					
16.	Kemoterapi	1	1	1	-																																																																																																																					
17.	VCT	1	1	1	1																																																																																																																					
18.	Eksekutif	1	1	1	1																																																																																																																					
19.	Gizi	1	-	1	-																																																																																																																					
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi</p> <p>2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi”</p> <p>3. Maklumat Pelayanan</p> <p>4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO</p>																																																																																																																								
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1</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 SPO yang berlaku</p>																																																																																																																								
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi setiap bulan di setiap ruang rawat jalan dengan Kepala Instalasi Rawat Jalan, perawat pengendali mutu RS dan PPI diikuti oleh seluruh perawat di ruang rawat jalan</p> <p>2. Laporan evaluasi kinerja, mutu, dan manajemen risiko setiap 3 bulan ke Bidang Keperawatan dan Komite Mutu RS</p>																																																																																																																								

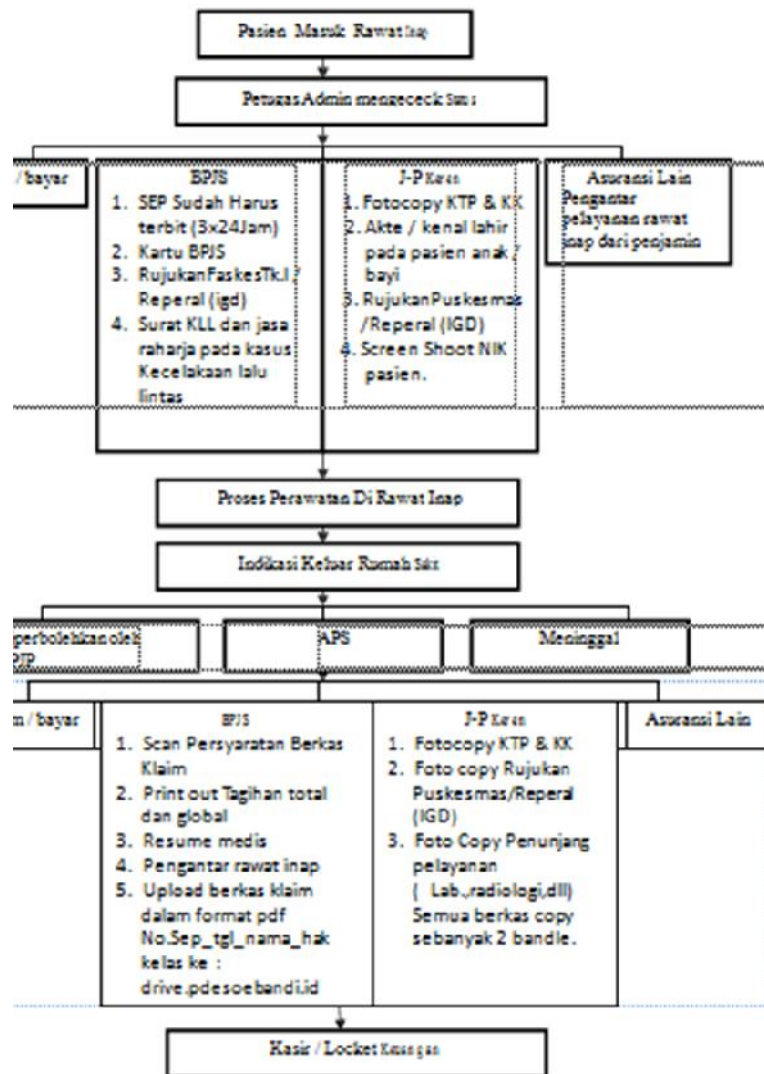
4. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Pasien Umum (bayar) <ol style="list-style-type: none"> Surat perintah rawat dari DPJP baik klinik atau IGD Rekam medis rawat inap Pernyataan pembiayaan bermaterai 2. Pasien JKN atau asuransi lain <ol style="list-style-type: none"> Surat perintah rawat dari DPJP baik klinik atau IGD Rekam medis rawat inap SEP rawat inap
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	1. Alur Masuk Ruang Rawat Inap <pre> graph TD PASIEN --> PoliKlinik PASIEN --> IGD PoliKlinik --> IndikasiRawatInap[Indikasi Rawat Inap] IGD --> IndikasiRawatInap IndikasiRawatInap --> PendaftaranRawatInap[Pendaftaran Rawat Inap Di Admisi] PendaftaranRawatInap --> KetersediaanTempat[Ketersediaan Tempat sesuai Kelas perawatan] KetersediaanTempat --> PasienDiantar[Pasien diantar petugas ke ruang rawat inap] PasienDiantar --> ProsesPerawatan[Proses Perawatan di rawat inap] ProsesPerawatan --> Sembuh ProsesPerawatan --> BelumSembuh[Belum Sembuh] ProsesPerawatan --> Meninggal Sembuh --> DiperbolehkanPulang[Diperbolehkan pulang oleh DPJP] BelumSembuh --> PulangAPS[Pulang APS] BelumSembuh --> Rujuk PulangAPS --> PenyelesaianAdministrasi[Penyelesaian Administrasi] Rujuk --> PenyelesaianAdministrasi PenyelesaianAdministrasi --> KeluarRumahSakit[Keluar Rumah Sakit] Meninggal --> PemulasaranJenazahUmum[Pemulasaran Jenazah Umum] </pre>

2. Alur Masuk Ruang Rawat Inap pada Kasus COVID-19



3. Alur Pelayanan Administrasi Pasien di Instalasi Rawat Inap



3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rawat inap buka 24 jam 2. Waktu pelayanan pasien psikiatri dirawat maksimal 30 hari 3. Waktu pelayanan pasien umum non psikiatri dirawat 3 – 7 hari dan sesuai dengan kondisi pasien
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kamar kelas 3 = Rp 100.000,- 2. Kamar kelas 2 = Rp 150.000,- 3. Kamar kelas 1 = Rp 200.000,- 4. Kamar VIP = Rp 600.000,-
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen 2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 472/MENKES/SK/IV/2010 tentang Peningkatan Kelas Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember 7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 62 Tahun 2018 tentang Pedoman Sistem Pengaduan Pelayanan Publik 8. Peraturan Bupati Nomor 34 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Kabupaten Jember
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pavilliun <ol style="list-style-type: none"> a. 2 tempat tidur / kamar b. 1 tempat tidur utama 3 krank, untuk pasien + 1 dudukan <i>hand rub</i> dan 1 tempat tidur untuk penunggu / keluarga c. Kursi tunggu (sofa) didalam ruangan dan depan kamar d. Nakas / almari barang pasien e. TV <i>flat</i> minimal 32 inch + <i>remote</i> f. AC minimal 1 PK g. Kulkas h. Kamar mandi dalam (sesuai spesifikasi untuk pasien <i>disable</i>) + <i>water heater</i> i. Rak handuk j. Tempat sampah infeksius dan non infeksius k. Wastafel 2. Kelas 1 <ol style="list-style-type: none"> a. 1 atau 2 tempat tidur 3 krank / kamar b. Kursi tunggu (sofa) didalam ruangan c. Nakas / almari barang pasien d. TV <i>flat</i> minimal 32 inch + <i>remote</i> / kamar e. AC minimal ½ PK f. Kulkas g. 1 kamar mandi dalam (sesuai spesifikasi untuk pasien <i>disable</i>) + <i>water heater</i> h. Rak handuk i. Tempat sampah infeksius dan non infeksius j. Wastafel

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Kelas 2 <ol style="list-style-type: none"> a. 2 tempat tidur 3 krank / kamar b. Kursi tunggu c. Nakas / almari barang pasien d. TV <i>flat</i> minimal 32 inch + <i>remote</i> / kamar e. AC minimal ½ PK f. 1 kamar mandi dalam (sesuai spesifikasi untuk pasien <i>disable</i>) g. Rak handuk h. Tempat sampah infeksius dan non infeksius i. Wastafel 4. Kelas 3 <ol style="list-style-type: none"> a. 6 – 20 tempat tidur 3 krank / kamar b. Kursi tunggu bulat / sandaran c. Nakas / almari barang pasien d. TV <i>flat</i> minimal 32 inch + <i>remote</i> / kamar e. Kipas angin / AC minimal ½ PK 5. Ruang Isolasi <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang mendapatkan sinar matahari langsung, harus mudah dibersihkan, tahan api, dan bebas debu b. Luas ruangan 15m² – 20m² per kamar per tempat tidur dilengkapi anteroom dan kamar mandi tersendiri yang letaknya menyatu dengan ruangan perawatan c. <i>Nurse call</i> harus ada di sekitar tempat tidur dalam jangkauan pasien d. Pencahayaan minimal 0 – 200 lux/m². Pada saat pasien tidur pencahayaan maksimal 50 lux/m² e. Memiliki tekanan udara normal digunakan untuk pasien yang membutuhkan isolasi kontak, <i>droplet</i> f. Memiliki tekanan udara <i>negative</i> digunakan untuk pasien yang membutuhkan isolasi <i>airborne</i> g. Bisa menggunakan ventilasi alami atau AC h. AC yang terpasang harus dari arah kaki pasien, dilengkapi <i>exhaust fan</i> yang terletak di arah sisi kepala pasien (30 cm dari muka lantai) i. Dapat dilengkapi dengan jendela transparan (kaca) dengan luas bukaan mencapai minimal 12 ACH j. Memiliki kamar mandi / toilet ensuite tersendiri k. Anteroom di ruang isolasi l. Wastafel, fasilitas kebersihan tangan, tempat penyimpanan APD bersih dan bekas pakai sertatempat sampah infeksius
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing – masing 2. Dokter telah memiliki sertifikat ACLS/ATLS 3. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat PPGO dan sertifikat lainnya dengan kualifikasi pendidikan minimal D–III 4. Tenaga kebidanan telah memiliki sertifikat APN dan memiliki kualifikasi minimal D–III 5. Tenaga farmasi memiliki kualifikasi minimal AA (Asisten Apoteker) 6. Ahli gizi dengan pendidikan minimal D–III 7. Petugas administrasi / pendaftaran memiliki keterampilan komputerisasi 8. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	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
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis sebanyak 16 orang <ol style="list-style-type: none"> a. Jadwal visite Dokter Spesialis : Pukul 08.00 – 14 .00 WIB setiap hari (kecuali hari Sabtu, Minggu, dan hari libur

		<p>nasional)</p> <p>b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dokter umum ruangan / bangsal sebanyak 8 orang, masing – masing ruangan sebanyak 1 – 2 orang 3. Perawat 66 orang 4. Bidan 9 orang <p>Jadwal dinas perawat dan bidan terbagi dalam 3 <i>shift</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.30 – 13.30 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 13.30 – 20.30 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 20.30 – 07.30 WIB <ol style="list-style-type: none"> 5. Tenaga kebersihan sebanyak 1 – 2 orang setiap ruangan. Jadwal dinas terbagi dalam 2 <i>shift</i> yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 06.00 – 14.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 14.00 – 21.00 WIB 6. Brankarman 1 orang tiap <i>shift</i>. Jadwal <i>shift</i> sama dengan jadwal perawat dan 1 orang <i>shift</i> pagi untuk ruang rawat inap 7. <i>Security</i> sebanyak 1 – 2 orang setiap <i>shift</i> di IGD dengan jadwal <i>shift</i> sama dengan jadwal perawat
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 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 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

5. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INTENSIF (ICU)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar konsul rawat intensif 2. <i>Form</i> kriteria masuk pasien ICU
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masuk Instalasi Rawat Intensif (ICU) berasal dari Klinik Spesialis, IRNA, dan IBS 2. Pemilihan dan indikasi masuk maupun kriteria keluar Unit Perawatan Intensif di ICU dilakukan oleh dokter jaga onsite, dokter jaga anastesi dan / atau intensivis atas dasar penilaian klinis dan laboratorium sesuai dengan prioritas pasien yang telah tertuang dalam kriteria masuk dan keluar ICU
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan pasien dirawat di ICU sesuai dengan kondisi pasien 2. Pelayanan rawat intensif buka 24 jam
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat intensif (ICU)
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778 /MENKES/SK/XII/2010 <i>Tentang</i> Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan <i>Intensive Care Unit</i> (ICU) di Rumah Sakit 2. Keputusan Direktur Nomor 445/87.2/610/2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu campur dengan ruangan lain 2. Ruang administrasi / pendaftaran pasien 3. Ruang pelayanan 4. <i>Nurse station</i> 5. Ruang isolasi 6. <i>Banner / leaflet</i> 7. Alat kesehatan / pemeriksaan medis 8. WC pasien dan keluarga campur dengan ruangan lain 9. AC 10. Brankar 11. <i>Bed</i> pasien 12. Oksigen sentral 13. Gudang Alat Kesehatan 14. Spoel hoek 15. Ruang titrasi obat
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter intensivis sebagai Kepala Instalasi ICU 2. Dokter Spesialis Anestesiologi sebagai tim ICU 3. Dokter Spesialis lainnya sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing – masing 4. Dokter telah memiliki sertifikat ACLS / ATLS

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Tenaga keperawatan telah memiliki sertifikat ACLS, pelatihan ICU, dan memiliki kualifikasi minimal D-III 6. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulannya) dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik melakukan <i>monitoring</i> langsung dengan mengunjungi ruangan
5.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Intensivist sebanyak 1 orang 2. Dokter Spesialis Anestesiologi sebanyak 5 orang 3. Dokter Spesialis lainnya dengan jadwal : <ul style="list-style-type: none"> a. Jadwal visite Dokter Spesialis Anestesiologi dan Dokter Spesialis lainnya : Pukul 08.00 – 14.00 WIB setiap hari (kecuali hari Minggu dan libur nasional) b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien 4. Semua Dokter Spesialis <i>on call</i> 5. Perawat sebanyak 4 orang tiap <i>shift</i> dengan jadwal berikut : <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 14.00 – 21.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB 6. Tenaga kebersihan sebanyak 1 orang tiap <i>shift</i> dengan jadwal berikut : <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 06.00 – 14.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 14.00 – 21.00 WIB
6.	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 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 triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

6. STANDAR PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. KTP / KK / KIA 2. Kartu JKN / Kartu jaminan asuransi pasien lainnya 3. Kartu Berobat Pasien / MR (bagi pasien lama) 4. Surat rujukan (jika pasien rujukan)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN IBS</p> <pre> graph TD A["PASIEN (ASESEMEN PRA BEDAH, ASESSMENT PRA SEDASI/ANASTESI DAN SERTUJU TINDAKAN OPERASI)"] --> B["DAFTAR PENJADWALAN OPERASI"] B --> C["TINDAKAN ELEKTIF"] B --> D["TINDAKAN URGENT"] B --> E["TINDAKAN EMERGENCY/CITO"] C --> F["PENETAPAN JADWAL OPERASI HARI - MINGGU"] D --> G["PENETAPAN JADWAL OPERASI DALAM WAKTU 24 JAM"] E --> H["PENETAPAN JADWAL OPERASI SESEGERA MUNGKIN"] F --> I["MASUK RUMAH SAKIT PRE OP (RAWAT INAP/RAWAT JALAN)"] G --> J["PRE OP (IGD, INTENSIF, RAWAT INAP/RAWAT JALAN)"] H --> K["PRE OP (IGD, INTENSIF, RAWAT INAP)"] I --> L((PELAYANAN TINDAKAN DI IBS)) J --> L K --> L L --> M["PELAYANAN PASCA PEMBEDAHAN (Rawat jalan, Rawat inap, intensif)"] M --> N["KELUAR RUMAH SAKIT"] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Pelayanan IBS buka 24 jam dengan waktu tunggu yang disesuaikan kriteria pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Bedah elektif ± 2 hari 2. Bedah <i>urgent</i> <24 jam 3. Bedah emergensi sesegera mungkin dilakukan
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	Kriteria pelayanan sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan tindakan elektif adalah pelayanan pembedahan dan kateterisasi jantung dengan sedasi / pembiusan maupun lokal dan <i>ambulatory</i> dimana dapat dilakukan penundaan tanpa membahayakan nyawa pasien 2. Pelayanan tindakan <i>urgent</i> adalah prosedur yang harus dikerjakan dalam waktu < 24 jam 3. Pelayanan tindakan emergensi merupakan prosedur yang dilakukan dalam keadaan sangat mendadak untuk menghindari komplikasi lanjut dari proses penyakit atau untuk menyelamatkan jiwa pasien

6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; 7. Keputusan Menteri Kesehatan Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/251/2015 tentang Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Anestesiologi dan Terapi Intensif; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1097/MENKES/SK/IX/2002 tentang Peningkatan Kelas B RSUD dr. Soebandi milik pemerintah Kabupaten Jember; 9. Peraturan Bupati Jember Nomor 34 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Kabupaten Jember; 10. Peraturan Bupati Jember Nomor 45 Tahun 2009 tentang Badan Layanan Umum Kabupaten Jember; 11. Peraturan Bupati Jember Nomor 27 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang pembedahan sebanyak 13 kamar operasi dan 1 ruang cathlab ruangan ber-AC 2. Ruang <i>sign in</i> pasien / pre – operasi 3. Ruang <i>post</i> operasi/ <i>Recovery Room</i> (RR) 4. Ruang <i>sign out</i> pasien 5. Ruang tunggu 6. <i>Banner</i> / leaflet 7. Alat kesehatan / pemeriksaan 8. Brankar/ <i>Stretcher Medical Transfer</i> 9. <i>Meja Operasi</i> 10. Kursi roda 11. Oksigen sentral / oksigen transport 12. Ruang penjadwalan 13. Fasilitas pendukung (perkantoran, ruang dokter, ruang perawat, ruang diskusi, <i>pantry</i>, dan toilet)
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis sesuai dengan kompetensi berdasarkan spesialisasi masing – masing 2. Kualifikasi tenaga perawat Instalasi Kamar Operasi RSD dr. Soebandi Jember <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat bedah mempunyai sertifikat pelatihan dasar instrumen dan / atau pelatihan dasar cathlab dan / atau pelatihan dasar bronkoskopi dan / atau pelatihan <i>advance</i> di bidangnya masing – masing dan / atau surat keterangan dari Direktur jika perawat sudah melakukan pelayanan di kamar bedah minimal 3 tahun dan mendapatkan rekom dari Kepala Instalasi Bedah Sentral b. Perawat anestesi mempunyai sertifikat pelatihan dasar anestesi dan / atau surat keterangan Direktur jika sudah melakukan pelayanan di bidang anestesi >3 tahun serta mendapatkan rekomendasi dari Dokter Spesialis Anestesi di tempat kerja c. Perawat Ruang Pulih Sadar memiliki sertifikat Penanggulangan

		<p>Penderita Gawat Darurat (PPGD) dan <i>Basic Cardiac Life Support</i> (BCLS), surat keterangan Direktur jika sudah melakukan pelayanan di bidang anestesi >1 tahun serta mendapatkan rekomendasi dari Dokter Spesialis Anestesi di tempat kerja</p> <p>3. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Pengawasan langsung oleh Kepala Instalasi Bedah Sentral</p> <p>2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat bidang (setiap bulan) dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting</p>
5.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis operator</p> <p>a. Bedah Umum sebanyak 5 orang</p> <p>b. Bedah Obgyn sebanyak 3 orang</p> <p>c. Bedah Ortho sebanyak 4 orang</p> <p>d. Bedah Bedah syaraf sebanyak 3 orang</p> <p>e. Bedah Urologi sebanyak 3 orang</p> <p>f. Bedah THT – KL sebanyak 3 orang</p> <p>g. Bedah Mulut sebanyak 1 orang</p> <p>h. Bedah Anak sebanyak 1 orang</p> <p>i. Bedah Plastik sebanyak 1 orang</p> <p>j. Bedah Thorak dan Vaskuler sebanyak 1 orang</p> <p>k. Bedah Mulut sebanyak 1 orang</p> <p>l. Dokter Jantung di Cathlab sebanyak 5 orang</p> <p>m. Dokter Penyakit Dalam untuk tindakan colonoscopy 1 orang</p> <p>2. Dokter Spesialis Anestesi sebanyak 6 orang</p> <p>3. Perawat sebanyak 50 orang</p> <p>4. Perawat anastesi sebanyak 17 orang</p> <p>5. Perawat RR sebanyak 6 orang</p> <p>6. Tenaga administrasi sebanyak 2 orang</p> <p>7. Tenaga pramubakti sebanyak 1 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi</p> <p>2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi”</p> <p>3. Maklumat Pelayanan</p> <p>4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1</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 bulanan setiap 1 bulan sekali</p> <p>2. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dengan Kepala Instalasi Bedah Sentral, Kepala Ruangan, dan staf</p> <p>3. Rapat darurat disesuaikan dengan kebutuhan</p>

7. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	Blanko permintaan pemeriksaan laboratorium
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Permintaan pemeriksaan dari ruangan dicatat di buku penerimaan sampel dan di klik jam sampel datang, entri di komputer dan pembuatan <i>barcode</i> yang meliputi : No. register, no. urutan, nama pasien, asal permintaan, jenis pemeriksaan yang diminta dan rekapitulasi tarif <i>billing</i> menggunakan LIS Laboratorium b. Melakukan verifikasi sampel atas kelayakan dilakukan pelabelan dan jika tidak layak maka diinformasikan ke ruangan pengirim dengan dicatat nama dan jam saat menginformasikan serta nama petugas yang diberi informasi c. Sampel di etiket lalu didistribusikan ke unit masing – masing d. Hasil laboratorium yang tervalidasi dapat dilihat di SIM – RS seluruh ruangan rawat inap dengan durasi waktu 140 menit setelah sampel terdaftar di bagian pendaftaran laboratorium melalui SIM RS e. Hasil pemeriksaan yang telah dicetak dapat diambil oleh petugas ruangan atau diedarkan oleh petugas laboratorium sesuai dengan SPO 2. Pelayanan Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang dengan membawa blanko permintaan dari Klinik Rawat Jalan b. Data pasien di entri dan diberi <i>barcode</i> sehingga keluar data pasien dan parameter pemeriksaan menggunakan LIS Laboratorium c. <i>Barcode</i> ditempel di blanko permintaan d. Pasien menuju ruangan <i>sampling</i> untuk diambil darahnya e. Darah didistribusikan ke unit masing – masing f. Bagi pasien pemeriksaan antigen COVID-19 akan dilakukan pengambilan swab nasopharing di tempat ruang terbuka yang telah ditentukan dengan 2 sesi, yaitu sesi pertama dilakukan pengambilan swab pada pukul 10.30 WIB dan sesi kedua pada pukul 13.00 WIB. 3. Pelayanan Pasien CITO <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas IGD segera melakukan entri data permintaan pemeriksaan laboratorium b. Petugas IGD mengambil spesimen pemeriksaan dan mengirim spesimen beserta blanko permintaan ke laboratorium menggunakan alat <i>pneumatic tube</i> c. Petugas laboratorium mengentri data pasien dan <i>billing</i> serta <i>barcode</i> d. Sampel ditulis di buku penerimaan sampel dan klik jam datang e. Sampel segera di etiket / identifikasi <ul style="list-style-type: none"> - Untuk sampel B20 diberi stabilo warna kuning - Untuk sampel serologi diberi stabilo warna biru f. Segera dilakukan analisis g. Setelah pemeriksaan dikerjakan, hasil yang kritis segera dilakukan tindakan kolaboratif CITO medik sesuai SPO hasil kritis dan dicatat di buku nilai kritis
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan reguler kimia klinik lengkap, darah lengkap, faal hemostasis, immunoserologi yaitu <140 menit b. Pemeriksaan kultur yaitu 3 – 4 hari c. Pemeriksaan CITO yaitu <60 menit d. Pemeriksaan biologi molekuler (PCR) yaitu 240 menit e. Pemeriksaan TCM SARS-CoV yaitu 60 menit f. Pemeriksaan antigen COVID-19 yaitu 30 menit

		2. Pelayanan pemeriksaan laboratorium buka 24 jam sesuai kebutuhan pasien namun terdapat beberapa parameter yang tidak dapat dikerjakan di laboratorium rumah sakit maka akan dirujuk ke laboratorium rujukan yang sudah bekerjasama dengan RSD dr. Soebandi Jember.
4.	Biaya / Tarif	1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	Pelayanan pemeriksaan laboratorium
6.	Pengelolaan pengaduan	1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 tentang Laboratorium Klinik; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 33 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Perencanaan Kebutuhan Sumber Daya Manusia Kesehatan; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/MENKES/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1097/MENKES/SK/XI/2002 tentang Peningkatan Kelas B Pendidikan RSUD dr. Soebandi Milik Pemerintah Kabupaten Jember; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1075/MENKES/SK/VII/2003 tentang Pedoman Sistem Informasi Manajemen Kesehatan Kerja; 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 370/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Teknologi Laboratorium Kesehatan; 10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK/01.07/MENKES/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu; 12. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/125/KPTS/013/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penyakit <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19); 13. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 14. Keputusan Bupati Jember Nomor 188.45/524/012/2009 tentang Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember sebagai Badan Layanan Umum Kabupaten Jember; 15. Keputusan Bupati Nomor 188.45/111.4/012/2011 Tahun 2011 tentang RSD dr. Soebandi sebagai Badan Layanan Umum dengan Status Penuh; 16. Keputusan Bupati Nomor 1.2 Tahun 2012 tentang Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi Jember;

		<p>17. Pedoman Keamanan Laboratorium Mikrobiologi / Parasitologi dan Biomedik (Departemen Kesehatan 1997);</p> <p>18. Pedoman Pengelolaan Laboratorium Klinik Rumah Sakit (Departemen Kesehatan 1998);</p> <p>19. Pedoman Praktek Laboratorium Yang Benar (Departemen Kesehatan 2004).</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu Tamu 2. Ruang Pendaftaran / Terima Pasien 3. Ruang Pengambilan Darah 4. Ruang Kerja Hematologi 5. Ruang Kerja Kimia Klinik 6. Ruang Kerja Imunoserologi 7. Ruang Kerja Mikrobiologi/Parasitologi 8. Ruang Kepala Instalasi 9. Ruang Administrasi / Pengolahan Bahan 10. Gudang Reagen 11. Gudang Arsip 12. Penanganan Sampel 13. Ruang Makan Karyawan 14. Ruang Pencucian 15. Kamar Mandi Pasien 16. Ruang Jaga / Ruang Shalat 17. Kamar Mandi Karyawan 18. Alat kesehatan / pemeriksaan 19. Perlengkapan keselamatan dan keamanan laboratorium
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Patologi Klinik dan KSM Patologi Klinik merupakan Dokter Spesialis Patologi Klinik yang memiliki SIK / SIP dan STR 2. Penanggungjawab laboratorium dan layanan memiliki kualifikasi pendidikan minimal D-III dan/atau D-IV Analis 3. Penanggungjawab administrasi dan sarana prasarana memiliki kualifikasi pendidikan minimal SMA 4. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Patologi Klinik melakukan rapat rutin 1 bulan sekali bersama Kepala Urusan dan seluruh staf di Laboratorium Patologi Klinik 2. Pengawasan langsung oleh Kepala Instalasi Patologi Klinik melalui CCTV
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Sumber daya manusia di Laboratorium Patologi Klinik terdapat sebanyak 32 tenaga dengan pengaturan jadwal dinas sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Pagi Non <i>Shift</i> (Pukul 07.00 – 15.00 WIB) <ol style="list-style-type: none"> a. 3 Dokter Spesial Patologi Klinik b. 24 tenaga analisis c. 3 tenaga administrasi d. 1 tenaga gudang e. 1 tenaga pekarya 2. Dinas <i>Shift</i> Pagi (Pukul 07.00 – 14.00 WIB) = 3 tenaga analisis 3. Dinas <i>Shift</i> Sore (Pukul 14.00 – 21.00 WIB) = 3 tenaga analisis 4. Dinas <i>Shift</i> Malam (Pukul 21.00 – 07.00 WIB) = 3 tenaga analisis
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten

		4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

8. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. JKN dan Umum : Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium b. Rujukan parsial : Lembar permintaan pemeriksaan dan SEP 2. Rawat Inap : Lembar permintaan pemeriksaan laboratorium
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	I. Pasien JKN Untuk Pemeriksaan FNAB <ol style="list-style-type: none"> 1. FNAB Superfisial <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Klinik Rawat Jalan membawa lembar permintaan pemeriksaan FNAB ke Laboratorium Patologi Anatomi dan diserahkan ke petugas administrasi b. Petugas Administrasi menanyakan identitas dan mencatat identitas pasien tersebut ke dalam buku registrasi dan memberi nomor sediaan c. Pasien menulis lembar <i>informed consent</i> d. Petugas administrasi meletakkan lembar pemeriksaan laboratorium ke dalam ruang periksa e. Petugas administrasi menginformasikan ke Dokter Spesialis Patologi Anatomi bahwa ada pasien f. Dokter Spesialis Patologi Anatomi melakukan pemeriksaan sesuai permintaan dari Dokter Klinik Rawat Jalan g. Pengambilan hasil pemeriksaan laboratorium pada keesokan harinya 2. FNAB Organ Dalam dengan CT – Scan / USG Guiding <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Klinik Rawat Jalan membawa lembar permintaan pemeriksaan FNAB ke Laboratorium Patologi Anatomi dan diserahkan ke petugas administrasi b. Petugas administrasi menanyakan identitas dan mencatat identitas pasien tersebut ke dalam buku registrasi dan memberi nomor sediaan c. Pasien menulis lembar <i>informed consent</i> d. Petugas administrasi mengkonfirmasi dan menjadwalkan pelaksanaan FNAB Guiding dengan petugas dari Instalasi Radiologi e. Petugas administrasi memberitahu Dokter Spesialis Patologi Anatomi bahwa ada pasien f. Tindakan oleh Dokter Spesialis Patologi Anatomi dan Dokter Spesialis Radiologi II. Pasien JKN Untuk Pemeriksaan Sitologi / <i>Pap Smear</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Klinik Rawat Jalan membawa lembar permintaan pemeriksaan Sitologi / <i>Pap Smear</i> / Histopatologi dan sampelnya ke Laboratorium Patologi Anatomi dan diserahkan kepada petugas administrasi b. Petugas administrasi menanyakan identitas dan mencatat identitas pasien tersebut ke dalam buku registrasi dan memberi nomor sediaan c. Pasien menulis lembar <i>informed consent</i> d. Petugas administrasi membawa lembar pemeriksaan laboratorium dan sampel ke ruang <i>prossesing</i> e. Bahan / sampel sitologi / <i>pap smear</i> akan diproses oleh petugas ATLM f. Setelah selesai <i>prossesing</i> maka petugas ATLM akan menyerahkan sampel tersebut ke Dokter Spesialis Patologi Anatomi untuk pembacaan <i>slide</i> g. Pengetikan hasil oleh petugas administrasi h. Pengambilan hasil pemeriksaan laboratorium III. Pasien JKN / Umum dengan pemeriksaan Histopatologi <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Laboratorium Patologi Anatomi mengambil jaringan ke IBS b. Dilakukan registrasi dan pemberian nomor sediaan c. Pengisian <i>billing</i> SIM RS oleh petugas administrasi

		<ul style="list-style-type: none"> d. <i>Labelling</i> sediaan e. <i>Prossesing</i> jaringan f. Pembacaan hasil / sediaan oleh Dokter Spesialis Patologi Anatomi g. Pengetikan hasil oleh petugas administrasi h. Pengambilan hasil <p>IV. Pasien dengan Rujukan Parsial</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas administrasi meminta kelengkapan berkas (KTP, KK, JKN, kartu kunjungan RS, dan surat rujukan) untuk difotokopi rangkap 2 b. Dilakukan registrasi dan pemberian nomor sediaan sesuai dengan jenis pemeriksaan c. Tindakan oleh Dokter Spesialis Patologi Anatomi atau dilakukan <i>prossesing</i> jaringan (sesuai dengan jenis permintaan pemeriksaan) d. Pembacaan hasil / sediaan oleh Dokter Spesialis Patologi Anatomi e. Pengetikan hasil oleh petugas administrasi f. Pengambilan hasil oleh petugas dari RS yang merujuk
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. CITO (Klinik Eksekutif) : 120 menit 2. Rawat jalan dan rawat Inap <ul style="list-style-type: none"> a. FNA : 2 hari kerja b. <i>Pap Smear</i> : 3 hari kerja c. Sitologi : 2 hari kerja d. Histopatologi : 10 hari kerja
4.	Biaya / Tarif	<ul style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi (biopsi jarum halus dan <i>prossesing</i> jaringan untuk mengetahui jenis sel penyakit)
6.	Pengelolaan pengaduan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4843) 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/ MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 657/MENKES/PER/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologis, dan Muatan Informasinya 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2015 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan

		<ol style="list-style-type: none"> 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> A. Fasilitas Gedung (Minimal) <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu 2. Loker Penerimaan Jaringan 3. Ruang Pemoangan Jaringan 4. Ruang Proses lanjutan (<i>Embedding</i> sampai dengan Pewarnaan) 5. Ruang Sisa <i>Gross</i> / Spesimen dengan rak terpasang 6. Ruang Sitologi 7. Ruang Imunohistokimia 8. Ruang Histokimia 9. Ruang Patologi Molekuler 10. Ruang Tindakan FNA dan <i>Pap Smear</i> 11. Ruang Diagnosis Dokter dan Perpustakaan 12. Ruang Administrasi 13. Ruang arsip kertas hasil lab 14. Ruang arsip blok 15. Ruang arsip preparat <i>slide</i> kaca 16. Ruang sesuai persyaratan B3 17. Ruang Multifungsi (<i>Pantry</i>, dll) 18. Toilet pasien 19. Toilet dokter / karyawan 20. Tempat ibadah B. Fasilitas Penunjang Wajib <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerangan / Lampu 2. Daya Listrik 5,5 KVA 3. Ventilasi dengan $\frac{1}{3}$ luas lantai atau pemasangan AC 2 PK/20 m² 4. Air mengalir yang bersih 5. Air untuk kebutuhan laboratorium dengan pH netral 6. Generator C. Fasilitas Ruangan Laboratorium <ol style="list-style-type: none"> 1. Laboratorium mempunyai pintu yang bisa dikunci 2. Tempat cuci tangan dengan air mengalir 3. Ruangan, koridor, dan lantai serta permukaan tempat kerja mudah dibersihkan 4. Atap dan permukaan meja pemeriksaan tidak tembus air, alkali, asam, dan larutan organik 5. <i>Furniture</i> secukupnya 6. Dipasang <i>Biological Safety Cabinet</i> 7. Pencahayaan yang cukup 8. Peralatan pencuci mata 9. Aliran udara di dalam laboratorium cukup tanpa resirkulasi dengan non lab 10. Jendela dengan kawat anti serangga 11. Lokasi terpisah dengan masyarakat sekitar 12. Struktur bangunan konstruksi normal 13. Ventilasi langsung
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Anatomi 2. Teknisi laboratorium (ATLM) memiliki kualifikasi minimal D-III 3. Perawat kesehatan 4. Administrasi umum, loket dan arsip 5. Pekarya
4.	Pengawasan Internal	Kepala Instalasi Laboratorium dan koordinator ruangan melakukan pengawasan secara periodik melalui supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu – waktu dalam

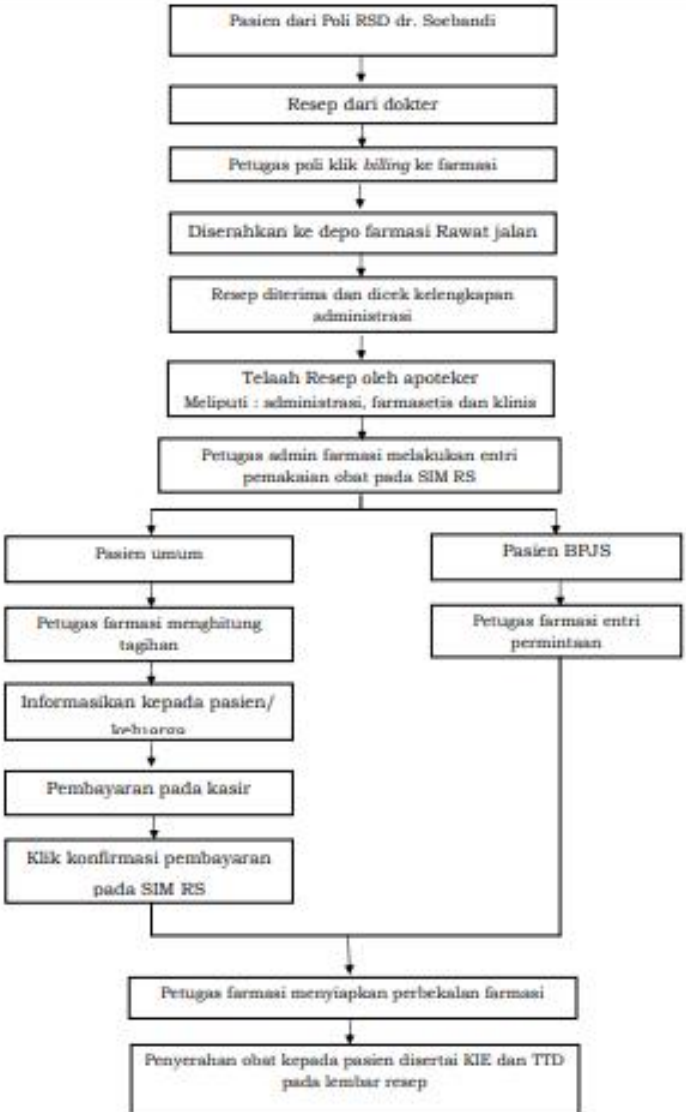
		keadaan yang dianggap penting
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Anatomi minimal 1 orang melakukan ekspertise hasil laboratorium 2. Tenaga Ahli Laboratorium Medis (ATLM) minimal 2 orang dengan <i>jobdesc</i> yang terbagi 3. Petugas administrasi minimal 2 orang 4. Pegawai sebanyak 1 orang 5. Tenaga kebersihan sebanyak 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

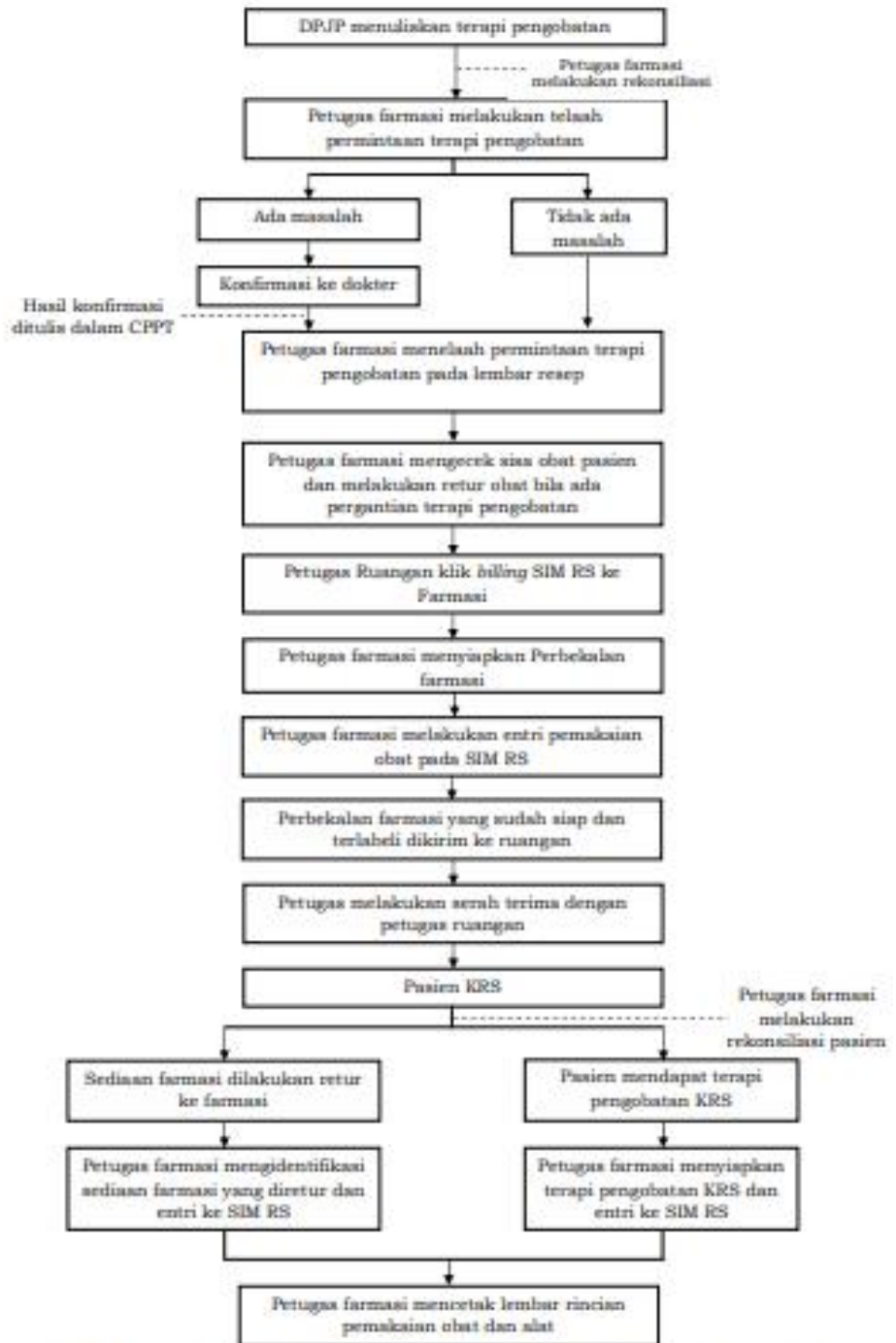
NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar permintaan pemeriksaan radiologi dari DPJP melalui <i>billing system</i> 2. Lembar rujukan (peserta JKN)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien mendaftar ke Instalasi Radiologi dengan menyerahkan surat permintaan pemeriksaan penunjang b. Petugas administrasi mengecek status pasien c. Melakukan pembayaran di loket kasir (pasien umum) d. Pasien menunggu antrian e. Pasien melakukan pemeriksaan f. Pasien / keluarga mengambil hasil pemeriksaan dengan menunjukkan kartu kunjungan pasien 2. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien diantar ke Instalasi Radiologi dengan menyerahkan surat permintaan pemeriksaan penunjang lengkap dengan keterangan klinis pasien dari DPJP b. Pasien menunggu antrian c. Pasien melakukan pemeriksaan d. Pasien / keluarga mengambil hasil pemeriksaan dengan menunjukkan kartu kunjungan pasien
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Radiologi IGD buka 24 jam 2. Pelayanan Radiologi <i>Central</i> hari Senin – Jumat (Pukul 07.00 – 15.00 WIB) 3. Waktu tunggu hasil pemeriksaan radiologi <3 jam
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan IGD 24 jam, 2. CT – Scan 128 <i>Slice</i> 3. MRI 4. Mammografi 5. Foto Kontras 6. Foto Konvensional 7. Dental dan Panoramik
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu dan pendaftaran dilengkapi dengan kursi tunggu 2. Ruang pemeriksaan USG dilengkapi <i>bed</i> pasien dan AC 3. Ruang ekspertise dokter 4. Ruang pemeriksaan dengan alat X – <i>Ray</i> 5. Ruang ganti baju pasien 6. Ruang <i>prosesing</i> CR 7. Alat kesehatan / pemeriksaan diagnostik 8. Kamar mandi pasien 9. Tabung O₂ <i>portable</i>

		<p>10. Alat Pemadam Api Ringan (APAR)</p> <p>11. TV</p> <p>12. Tempat sampah medis dan non medis</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Radiologi menjadi penanggungjawab dan Kepala Instalasi Radiologi</p> <p>2. Radiografer memiliki kualifikasi minimal D-III dan D-IV</p> <p>3. Petugas elektromedik (ATEM) memiliki kualifikasi minimal D-III/D-IV</p> <p>4. Fisikawan Medik memiliki kualifikasi minimal S1</p> <p>5. Perawat radiologi memiliki kualifikasi minimal D3</p> <p>6. Administrasi memiliki kualifikasi minimal SMA</p> <p>7. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku</p>
4.	Pengawasan Internal	<p>1. Kepala Instalasi Radiologi dan kepala ruangan melakukan pengawasan secara periodik supervisi dan rapat ruangan setiap bulan dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting</p> <p>2. <i>Monitoring</i> langsung oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik melalui <i>Whatsapp Group</i></p>
5.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Radiologi sebanyak 4 orang dengan jadwal jaga berikut :</p> <p>a. Jadwal jaga IGD dengan 1 Dokter Spesialis Radiologi <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>b. Jadwal jaga IGD dengan 1 Dokter Spesialis Radiologi <i>Shift</i> sore dan malam : Pukul 15.00 – 07.00 WIB</p> <p>c. Jadwal jaga USG dan Konvensional dengan 1 Dokter Spesial Radiologi <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>d. Jadwal jaga CT dan MRI dengan 1 Dokter Spesialis Radiologi <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>2. Radiografer sebanyak 12 orang dengan jadwal berikut :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>b. <i>Shift</i> siang : Pukul 14.00 – 21.00 WIB</p> <p>c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 7.00 WIB</p> <p>3. Fisikawan Medik sebanyak 2 orang dengan jadwal berikut :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>4. Perawat Radiologi sebanyak 1 orang dengan jadwal berikut :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>5. Perawat ATEM sebanyak 1 orang dengan jadwal berikut :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>6. Administasi sebanyak 2 orang dengan jadwal berikut :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi</p> <p>2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi”</p> <p>3. Maklumat Pelayanan</p> <p>4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1</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 SPO yang berlaku</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik

10. STANDAR PELAYANAN FARMASI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. JKN : Lembar resep dokter dan lembar SEP b. Umum : Lembar resep dokter 2. IGD dan Rawat Inap : Lembar resep dokter 3. Instalasi Bedah Sentral : Resep dan lembar permintaan obat 4. Gudang Farmasi : Permintaan perbekalan farmasi dari depo dan unit / instalasi lain
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>I. Alur pelayanan resep rawat jalan</p>  <pre> graph TD A[Pasien dari Poli RSD dr. Seebandi] --> B[Resep dari dokter] B --> C[Petugas poli klik billing ke farmasi] C --> D[Diserahkan ke depo farmasi Rawat jalan] D --> E[Resep diterima dan dicek kelengkapan administrasi] E --> F[Telaah Resep oleh apoteker Meliputi : administrasi, farmasetis dan klinis] F --> G[Petugas admin farmasi melakukan entri pemakaian obat pada SIM RS] G --> H[Pasien umum] G --> I[Pasien BPJS] H --> J[Petugas farmasi menghitung tagihan] J --> K[Informasikan kepada pasien/ keluarga] K --> L[Pembayaran pada kasir] L --> M[Klik konfirmasi pembayaran pada SIM RS] I --> N[Petugas farmasi entri permintaan] M --> O[Petugas farmasi menyiapkan perbekalan farmasi] N --> O O --> P[Penyerahan obat kepada pasien disertai KIE dan TTD pada lembar resep] </pre> <p style="text-align: center;">Alur Pelayanan Resep Perorangan/ Individual Prescribing di Depo Farmasi Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mendapat resep dari dokter klinik yang telah dikunjungi 2. Petugas klinik melakukan klik <i>billing</i> ke farmasi 3. Resep diberikan ke Depo Farmasi Rawat Jalan dan dilakukan cek kelengkapan administrasi 4. Apoteker melakukan telaah resep dan selanjutnya petugas admin melakukan entri pemakaian obat pada SIM RS berdasarkan status pasien : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Umum : Petugas farmasi menghitung tagihan untuk selanjutnya pasien membayar ke kasir dan petugas melakukan klik konfirmasi pembayaran pada SIM RS b. Pasien JKN : Petugas farmasi melakukan entri permintaan 5. Petugas farmasi menyiapkan perbekalan farmasi 6. Penyerahan obat kepada pasien disertai dengan KIE dan TTD pada lembar resep

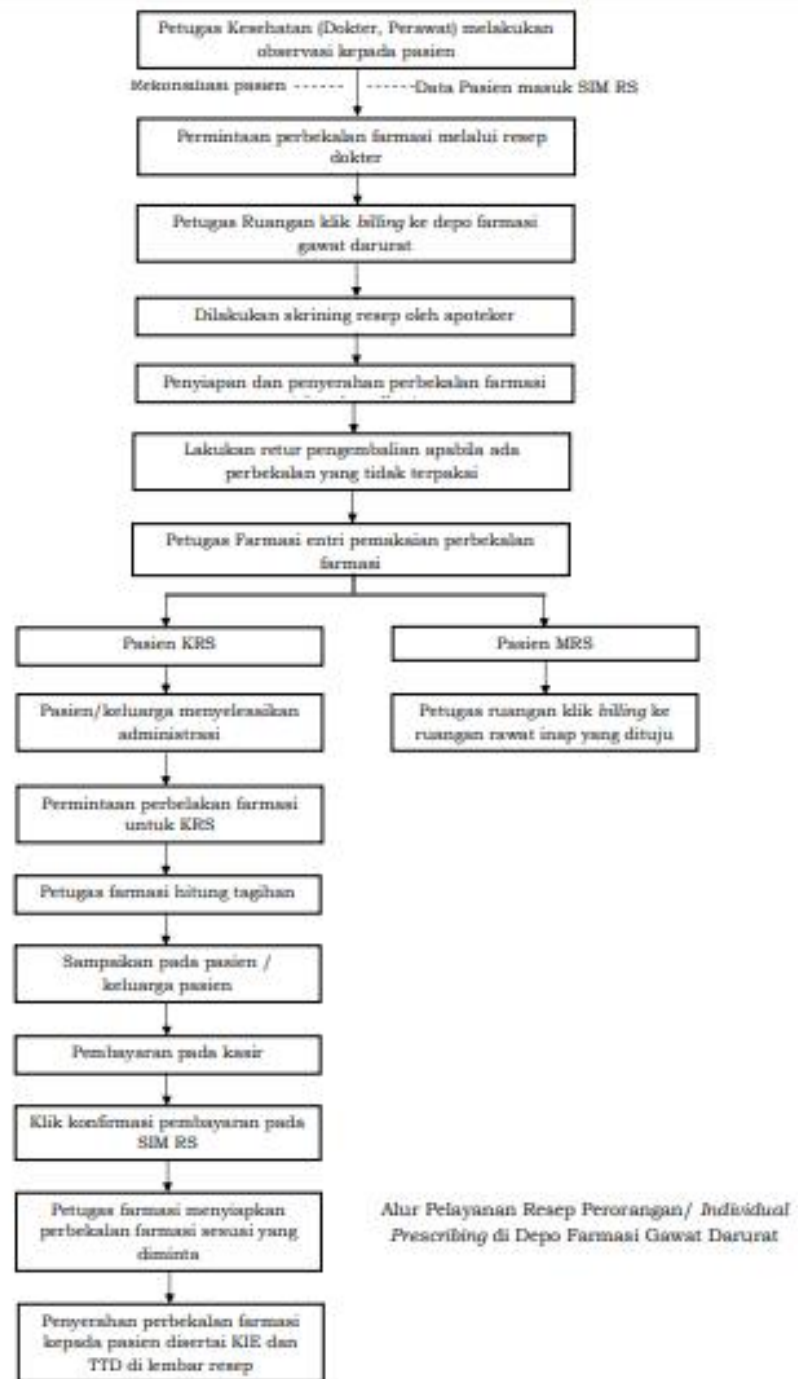
II. Alur pelayanan resep rawat inap



Alur Pelayanan Sistem Unit Dose Dispensing (UDD) di Depo Farmasi Rawat Inap

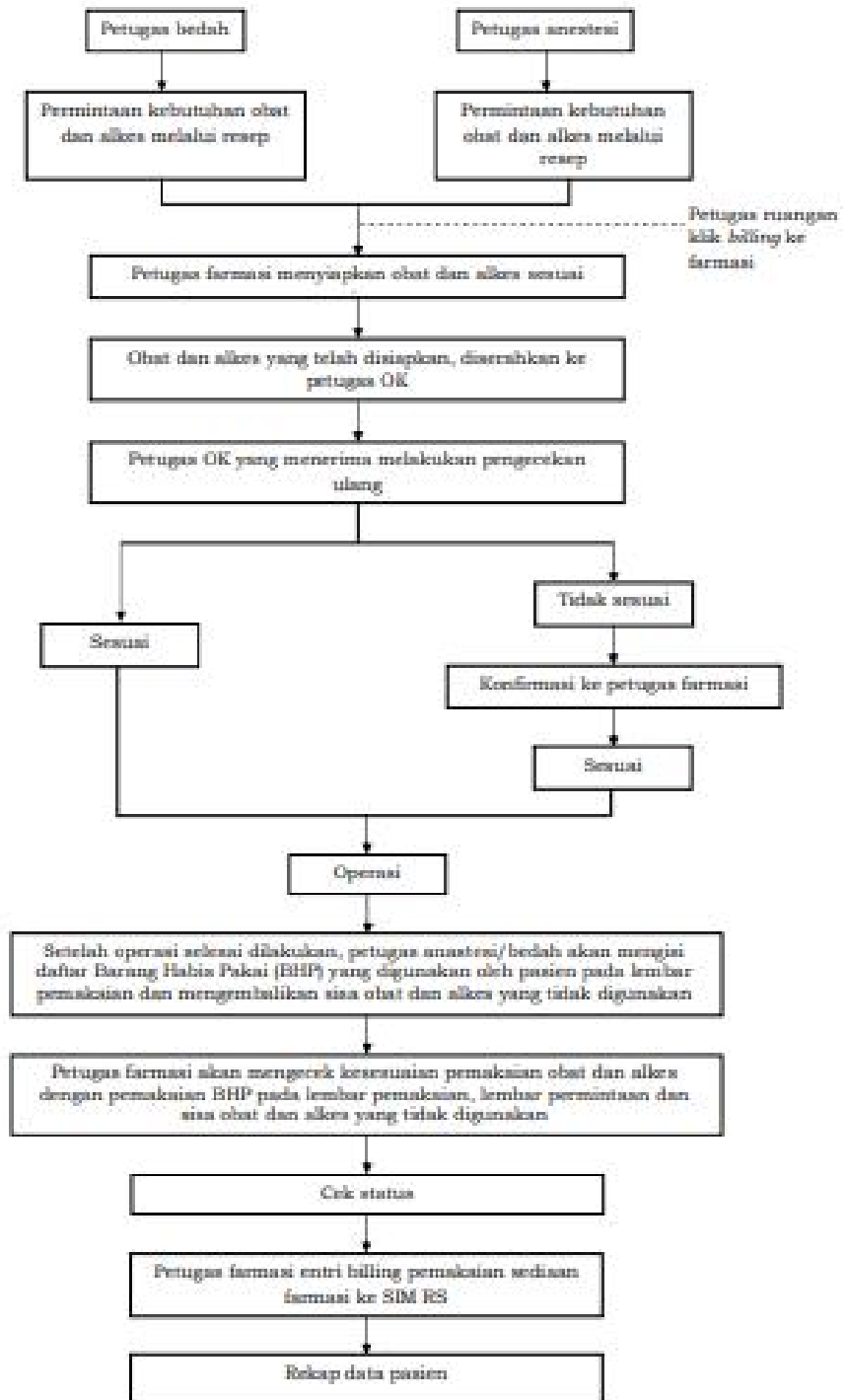
1. DPJP menuliskan terapi pengobatan untuk pasien dan petugas farmasi melakukan rekonsiliasi
2. Petugas farmasi melakukan telaah permintaan terapi pengobatan dan apabila ada masalah harus melakukan konfirmasi kepada Dokter dan hasilnya ditulis dalam CPPT
3. Petugas farmasi mengecek sisa obat pasien dan melakukan retur obat bila ada pergantian terapi pengobatan
4. Petugas ruangan klik *billing* SIM RS ke Farmasi
5. Petugas farmasi menyiapkan perbekalan farmasi
6. Petugas farmasi melakukan entri pemakaian obat pada SIM RS
7. Perbekalan farmasi yang sudah siap dan terlabeli dikirim ke ruangan untuk selanjutnya dilakukan serah terima dengan petugas ruangan
8. Apabila pasien KRS, petugas farmasi melakukan rekonsiliasi pasien
9. Sediaan farmasi dilakukan retur ke farmasi untuk selanjutnya diidentifikasi dan entri ulang ke SIM RS
10. Apabila pasien mendapat terapi pengobatan KRS maka petugas farmasi menyiapkan terapi pengobatan KRS dan entri ke SIM RS
11. Petugas farmasi mencetak lembar rincian pemakaian obat dan alat

III. Alur pelayanan resep IGD



1. Permintaan perbekalan farmasi melalui resep Dokter
2. Petugas ruangan klik *billing* SIM RS ke Depo Farmasi Gawat Darurat
3. Skrining resep oleh apoteker serta penyiapan dan penyerahan perbekalan farmasi
4. Melakukan retur apabila terdapat perbekalan yang tidak terpakai
5. Petugas farmasi melakukan entri pemakaian perbekalan farmasi pada SIM RS
6. Apabila pasien MRS maka petugas ruangan klik *billing* ke ruangan rawat inap yang dituju
7. Apabila pasien KRS maka :
 - a. Pasien / keluarga membayar tagihan pada kasir apabila ada permintaan perbekalan farmasi
 - b. Kasir melakukan klik konfirmasi pembayaran pada SIM RS
 - c. Petugas farmasi menyiapkan dan memberikan sesuai dengan permintaan perbekalan farmasi disertai KIE dan TTD di lembar resep

IV. Alur pelayanan resep IBS



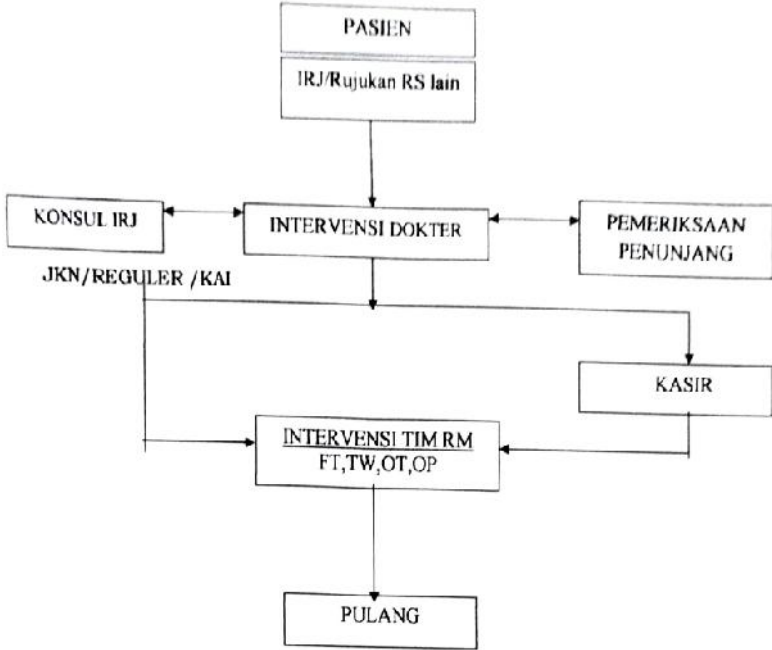
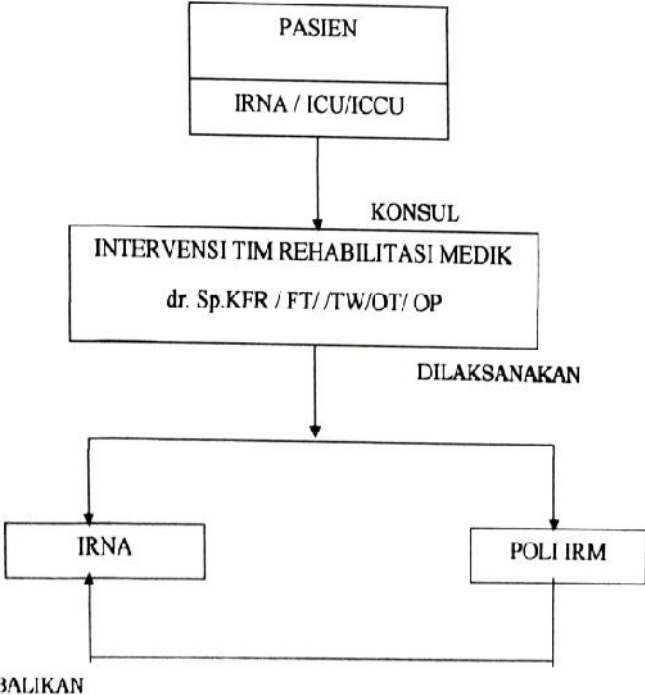
Alur Pelayanan Resep Perorangan / Individual Prescribing di Depo Farmasi Bedah Sentral

1. Petugas ruangan klik *billing* SIM RS ke Farmasi sesuai permintaan kebutuhan obat dan alat kesehatan melalui resep dari petugas bedah dan petugas anestesi
2. Petugas farmasi menyiapkan dan menyerahkan obat dan alat kesehatan sesuai dengan permintaan ke OK
3. Petugas OK yang menerima melakukan pengecekan ulang dan apabila ditemukan ketidaksesuaian harus dikonfirmasi ulang ke petugas farmasi sampai dengan sesuai agar dapat dilaksanakan operasi
4. Ketika operasi selesai, petugas anestesi / bedah menuliskan daftar BHP yang digunakan oleh pasien pada lembar pemakaian dan mengembalikan sisa obat dan alat kesehatan yang tidak digunakan untuk selanjutnya dilakukan pengecekan kesesuaian oleh petugas farmasi
5. Petugas farmasi melakukan cek status, entri *billing* pemakaian sediaan farmasi ke SIM RS, dan rekap data pasien

3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan resep pasien rawat jalan untuk obat jadi <30 menit dan obat racikan <60 menit 2. Pelayanan farmasi 24 jam (Depo Farmasi IGD, IBS, dan Rawat Inap)
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	Pelayanan farmasi 24 jam
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. SK Pedoman Pelayanan Instalasi Farmasi Rumah Sakit dr. Soebandi Nomor 440/21.1/610/2022 3. SK Pedoman Pengorganisasian Instalasi Farmasi Rumah Sakit dr. Soebandi Nomor 800/19.2/610/2022
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> a. Fasilitas utama <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang kantor (ruang pimpinan, ruang staf, ruang administrasi tata usaha, dan ruang pertemuan) 2. Ruang penyimpanan perbekalan farmasi (gudang farmasi dan depo farmasi) 3. Ruang distribusi perbekalan farmasi (ruang penerimaan resep, ruang peracikan, dan ruang penyerahan obat) 4. Ruang konsultasi / konseling 5. Ruang Pelayanan Informasi Obat 6. Ruang aseptik <i>dispensing</i> b. Fasilitas Penunjang <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu pasien 2. Ruang penyimpanan dokumen/arsip dan sediaan farmasi rusak 3. Tempat penyimpanan obat di ruang perawatan 4. Fasilitas kamar mandi untuk staf c. Peralatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan kantor (Mebeulair, lemari, <i>cabinet</i>, komputer, ATK, dan telepon) 2. Peralatan sistem komputerisasi (Jaringan, perangkat keras, dan SIM – RS) 3. Peralatan produksi (peralatan peracikan obat steril dan non steril) 4. Peralatan <i>aseptic dispensing</i> (BSC, LAF) 5. Peralatan penyimpanan (Lemari, palet, lemari pendingin, AC, lemari narkotika, dan psikotropika)
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kualifikasi SDM di Instalasi Farmasi ada 2 yaitu untuk pekerjaan kefarmasian (Apoteker dan TTK) dan untuk pekerjaan penunjang (Tenaga Administrasi) 2. Apoteker menjadi penanggungjawab dan Kepala Instalasi Farmasi 3. Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian harus memenuhi persyaratan administrasi yang ditetapkan dalam peraturan perundang – undangan yang berlaku (memiliki STR dan SIP) 4. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (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 Pelayanan dan Penunjang Medik melalui Subkoordinator Penunjang Medik
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker sebanyak 13 orang 2. Asisten Apoteker (AA) sebanyak 42 orang dengan jadwal dinas dibagi menjadi 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB b. <i>Shift</i> siang : Pukul 15.00 – 21.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 21.00 – 07.00 WIB 3. Tenaga Administrasi sebanyak 13 orang 4. Tenaga kebersihan sebanyak 1 orang pada masing – masing depo layanan farmasi
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SOP
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medik 2. Evaluasi pengelolaan melalui laporan stok opname setiap 3 bulan sekali 3. Evaluasi pelayanan farmasi melalui laporan pelayanan resep dan pelayanan kegiatan farmasi klinik setiap 1 bulan sekali 4. Evaluasi kinerja Instalasi Farmasi setiap 1 tahun sekali 5. Survei Kepuasan Pasien melalui kuisisioner

11. STANDAR PELAYANAN INSTALASI REHABILITASI MEDIK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Pasien umum : Bukti mobilisasi rawat jalan dan rawat inap 2. Pasien JKN : a. SEP rawat jalan b. Surat rujukan DPJP
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>Alur pelayanan pasien di Instalasi Rehabilitasi Medik terdiri dari pelayanan pasien rawat jalan dan rawat inap, sebagai berikut :</p> <p>1. Alur Pasien Rehabilitasi Medik Rawat Jalan</p>  <pre> graph TD A[PASIEN IRJ/Rujukan RS lain] --> B[INTERVENSI DOKTER] C[KONSUL IRJ JKN/REGULER /KAI] --> B D[PEMERIKSAAN PENUNJANG] --> B B --> E[INTERVENSI TIM RM FT,TW,OT,OP] F[KASIR] --> E E --> G[PULANG] </pre> <p>2. Alur Pasien Rehabilitasi Medik Rawat Inap</p>  <pre> graph TD A[PASIEN IRNA / ICU/ICCU] -- KONSUL --> B[INTERVENSI TIM REHABILITASI MEDIK dr. Sp.KFR / FT/ TW/OT/ OP] B -- DILAKSANAKAN --> C[IRNA] B -- DILAKSANAKAN --> D[POLI IRM] D -- DIKEMBALIKAN --> C </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	60 menit (waktu tunggu pasien sejak mendaftar di Klinik Spesialis sampai dengan dilayani oleh dokter spesialis)
4.	Biaya / Tarif	1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Assesment</i> Dokter Spesialis Keterampilan Fisik dan Rehabilitasi 2. <i>Assesment</i> Fisioterapi 3. <i>Assesment</i> Terapi Wicara 4. <i>Assesment</i> Okupasi Terapi 5. Layanan ortotik dan prostetik (alat bantu jalan, kaki palsu, dll)
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Laporan
B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 378/MENKES/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 517/MENKES/SK/VI/2008 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi di Sarana Kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Terapi Okupasi 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 81 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Terapi Wicara 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Ortotik Prostetik 8. Peraturan Bupati Jember Nomor 45 Tahun 2009 tentang Badan Layanan Umum Kabupaten Jember 9. Peraturan Bupati Jember Nomor 6 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas, dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang pemeriksaan Dokter Spesialis Keterampilan Fisik dan Rehabilitasi 2. Ruangan tindakan Fisioterapi dengan modalitas alat terupetik 3. Ruang <i>Gym</i> (Latihan) 4. Ruangan tindakan terapi wicara 5. Ruang tindakan okupasi terapi 6. Ruang bengkel ortotik prostetik 7. Tempat tidur pasien 8. Alat bantu ambulasi
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kompetensi <i>assesment</i>, modalitas alat dan latihan terupetik Dokter Spesialis Keterampilan Fisik dan Rehabilitasi 2. Kompetensi modalitas alat dan teraupetik fisioterapis
4.	Pengawasan Internal	Kepala Instalasi Rehabilitasi Medik
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Keterampilan Fisik dan Rehabilitasi Medik sebanyak 3 orang dengan jadwal berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Jadwal : Pukul 07.00 – 15.00 WIB setiap hari (kecuali hari Sabtu, Minggu, dan hari libur nasional) b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien c. Semua Dokter Spesialis <i>oncall</i> dan <i>standby</i> untuk konsultasi pasien 2. Tenaga fisioterapi sebanyak 9 orang untuk rawat jalan dan rawat inap dengan jadwal berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Jadwal fisioterapi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB setiap hari (kecuali hari Sabtu, Minggu, dan hari libur nasional) b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien 3. Tenaga terapi wicara sebanyak 2 orang untuk melayani rawat jalan dan rawat inap dengan jadwal berikut :

		<ul style="list-style-type: none"> a. Jadwal : Pukul 07.00 – 15.00 WIB setiap hari (kecuali hari Sabtu, Minggu, dan hari libur nasional) b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien <p>4. Tenaga okupasi terapi sebanyak 2 orang untuk melayani rawat jalan dengan jadwal berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Jadwal : Pukul 07.00 – 15.00 WIB setiap hari (kecuali hari Sabtu, Minggu, dan hari libur nasional) b. Jadwal konsultasi tergantung dengan kondisi pasien <p>5. Tenaga ortotik prostetik sebanyak 1 orang jadwal pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>6. Tenaga administrator sebanyak 1 orang jadwal pukul 07.00 – 15.00 WIB</p> <p>7. Tenaga kebersihan sebanyak 1 orang jadwal pukul 07.00 – 15.00 WIB</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Rapat evaluasi Instalasi Rehabilitasi Medik dan Fisioterapi secara berkala atau sewaktu

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Peraturan Pemerintah Nomor 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antar Pemerintah Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten Kota; 6. Peraturan Presiden Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia; 7. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional; 8. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2012 tentang Pemberian ASI Eksklusif; 9. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil; 10. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 tentang Percepatan Penurunan Stunting; 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 134/MENKES/SK/IV/1978 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum; 12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333 Tahun 1999 tentang Standar Pelayanan Gizi Rumah Sakit; 13. Keputusan Menteri Penertiban Aparatur Negara Nomor 23/KEP/M.PAN/4/2001 tentang Jabatan Fungsional Nutrisionis dan Angka Kreditnya; 14. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1306/MENKES/SK/XII/2001 tentang Petunjuk Teknis Jabatan Fungsional Nutrisionis; 15. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1144/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Laksana Kementerian Kesehatan; 16. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/MENKES/PER/VI/2011 tentang Higiene Sanitasi Jasa Boga; 17. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1796/MENKES/PER/VII/2011 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan; 18. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan dan Praktek Tenaga Gizi; 19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit (PGRS); 20. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 21. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi; 22. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan 23. SK MENKES Nomor 134/1978 tentang Organisasi dan Tata Laksana Rumah Sakit Umum; 24. Keputusan Bersama Menteri Kesehatan RI Nomor 894/MENKES/SKB/VIII/2001 dan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 35 Tahun 2001 tentang Petunjuk Pelaksanaan Jabatan Fungsional Nutritionis dan Angka Kreditnya; 25. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 23 Tahun 2002 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Dibawah Provinsi Jawa Timur; 26. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 922/MENKES/SK/X/2008 tentang Pedoman Teknis Pembagian Urusan Pemerintah Bidang Kesehatan; 27. Buku Pedoman Standar Akreditasi Rumah Sakit (September 2011) terkait Pokja SKP, AP, PP, MKI, dan PPK.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang penerimaan BMK dan BMS 2. Ruang penyimpanan BMK dan BMS 3. Ruang persiapan 4. Ruang pengolahan 5. Ruang pendistribusian 6. Ruang pencucian peralatan masak 7. Ruang troli 8. Ruang penyimpanan gas

		<ul style="list-style-type: none"> 9. Ruang ganti pegawai 10. Ruang pengawas 11. Ruang Kepala Instalasi Gizi dan staf 12. Aula gizi / ruang rapat 13. Ruang penyimpanan peralatan 14. Ruang penyimpanan arsip 15. Kamar mandi petugas 16. Ruang administrasi pegawai 17. Ruang pegawai 18. Ruang shalat
3.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Gizi dengan kualifikasi minimal S1 / D – IV dan memiliki sertifikat minimal : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan manajemen gizi rumah sakit e. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) f. HACCP (<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>) g. <i>Hygiene Sanitasi dan Penyelenggaraan Makanan / food service</i> 2. Kepala Urusan Pengadaan Makanan dengan kualifikasi minimal S1 Gizi / D–IV Gizi dan pengalaman minimal 5 tahun dalam jabatan nutrisionis ahli. Minimal memiliki sertifikat : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan manajemen gizi rumah sakit e. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) f. HACCP (<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>) g. <i>Hygiene Sanitasi dan Penyelenggaraan Makanan / food service</i> 3. Kepala Urusan Pelayanan Gizi dengan kualifikasi minimal S1 Gizi / D–IV Gizi dan pengalaman minimal 5 tahun dalam jabatan nutrisionis ahli. Minimal memiliki sertifikat : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan manajemen gizi rumah sakit e. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) 4. Kepala Urusan Litbang Gizi Terapan dengan kualifikasi minimal S1 Gizi / D–IV Gizi dan pengalaman minimal 5 tahun dalam jabatan nutrisionis ahli. Minimal memiliki sertifikat : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan manajemen gizi rumah sakit e. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) f. HACCP (<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>) g. <i>Hygiene Sanitasi Penyelenggaraan Makanan / food service.</i> 5. <i>Dietitian</i> dengan kualifikasi minimal S1 Gizi / D–IV Gizi dan mempunyai sertifikat : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) e. HACCP (<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>) f. <i>Hygiene Sanitasi Penyelenggaraan Makanan / food service.</i> 6. <i>Nutritionist</i> dengan kualifikasi minimal S1 Gizi / D–IV Gizi dan memiliki sertifikat : <ul style="list-style-type: none"> a. Ijazah / Sertifikat RD b. STRGz MTKI c. SIK dari Dinas Kesehatan setempat d. Pelatihan NCP (<i>Nutrition Care Process</i>) 7. Petugas pramusaji dan distribusi memiliki kualifikasi minimal SMA 8. Petugas Pemasak memiliki kualifikasi minimal SMK

		9. Seluruh petugas menguasai Standar Prosedur Operasional (SPO) yang berlaku
4.	Pengawasan Internal	Kepala Instalasi Gizi melakukan 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. <i>Nutritionist</i> sebanyak 4 orang dengan jadwal dinas terbagi dalam 3 <i>shift</i> sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 04.00 – 12.00 WIB b. <i>Shift</i> pagi : Pukul 05.00 – 13.00 WIB c. <i>Shift middle</i> : Pukul 10.00 – 18.00 WIB 2. Petugas gudang sebanyak 1 orang 3. Pramusaji sebanyak 15 orang dengan jadwal dinas dibagi menjadi 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 04.00 – 12.00 WIB b. <i>Shift middle</i> : Pukul 10.00 – 18.00 WIB c. <i>Shift</i> siang : Pukul 13.00 – 21.00 WIB 4. Petugas pemasak sebanyak 6 orang dengan jadwal dinas dibagi 3 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 06.00 – 14.00 WIB b. <i>Shift middle</i> : Pukul 10.00 – 18.00 WIB c. <i>Shift</i> malam : Pukul 22.00 – 16.00 WIB 5. Tenaga kebersihan sebanyak 6 orang dengan jadwal kerja dibagi 4 <i>shift</i> : <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 05.00 – 13.00 WIB b. <i>Shift</i> pagi : Pukul 07.00 – 15.00 WIB c. <i>Shift</i> pagi : Pukul 08.00 – 16.00 WIB d. <i>Shift</i> siang : Pukul 13.00 – 21.00 WIB
6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat evaluasi bulanan yang dilakukan oleh Kepala Instalasi Gizi 2. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Direktur dan Kepala Bidang Keperawatan

13. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PERISTI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. SEP rawat inap (pasien JKN dan J – KUEREN) 2. KTP / KK / KIA 3. Buku KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) 4. Kartu JKN / kartu jaminan asuransi pasien lainnya 5. Surat rujukan (jika pasien rujukan)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien maternal / ginekologi / onkologi masuk melalui Poli Klinik / IGD PONEK ke ruang bersalin / Dahlia, sedangkan pasien neonatus ke Ruang Perinatologi / rawat gabung Dahlia dan dilakukan timbang terima oleh bidan / perawat melalui telepon / serah terima secara langsung dengan menyerahkan Dokumen Rekam Medis pasien ke petugas ruangan 2. Bidan / perawat menjelaskan tentang tata tertib di ruangan dan memberikan edukasi tindakan selanjutnya sesuai <i>advise</i> DPJP 3. Pasien dilakukan pengkajian rawat inap dan diberikan pelayanan asuhan kebidanan / keperawatan 4. Pasien / keluarga menandatangani formulir <i>informed consent tindakan</i>, edukasi terintegrasi, pengobatan risiko tinggi dan konseling KB untuk ibu 5. Pasien yang memerlukan tindakan di kamar operasi baik elektif maupun emergensi dipindahkan / dikonsulkan ke kamar operasi, setelah tindakan kamar operasi selesai pasien dikembalikan ke ruang perawatan Dahlia untuk ibu, perinatologi untuk bayi, jika membutuhkan perawatan intensif dipindahkan ke ruang ICU untuk ibu / NICU untuk bayi. 6. Ibu dan bayi bugar yang sudah dinyatakan selesai perawatan di ruang bersalin dipindahkan ke ruang rawat gabung / ruang nifas Dahlia 7. Bayi yang lahir dalam kondisi tidak bugar dirawat di Ruang Perinatologi / NICU 8. Ibu yang memerlukan perawatan intensif dipindahkan ke ruang ICU 9. Bayi yang dinyatakan stabil di Ruang Perinatologi dapat dipindahkan ke ruang rawat gabung / KRS 10. Ibu dan bayi yang dinyatakan selesai perawatan / diperbolehkan KRS atau dirujuk ke fasilitas kesehatan lain oleh DPJP dianjurkan untuk mengurus administrasi pembayaran 11. Pasien yang administrasi pembayarannya sudah selesai dari loket pembayaran dapat dipulangkan melalui ruang Dahlia atau Perinatologi
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jam pelayanan rawat inap 24 jam 2. Waktu pelayanan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien baru 30 menit b. Pasien lama 15 menit
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang tandar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5.	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persalinan normal dan patologi 2. Pelayanan PONEK 24 jam 3. Pelayanan perinatologi level 1 dan 2 4. Ginekologi dan Onkologi
6.	Pengelolaan pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor

B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (<i>Manufacturing</i>)		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 450/MENKES/SK/IV/2004 tentang Pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara Eksklusif pada Bayi di Indonesia; 2. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Obstetri Neonatal <i>Emergency</i> Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit; 3. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 97 tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Penyelenggaraan Pelayanan Kontrasepsi, serta Pelayanan Kesehatan Seksual.
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang sentral administrasi PERISTI 2. Ruang bersalin 3. Ruang Dahlia kelas 1,2, dan 3 (yang terdiri dari ruang nifas, rawat gabung, ginekologi, onkologi, dan observasi) 4. Ruang Perinatologi dan Isolasi COVID-19 Perinatologi 5. Ruang laktasi perinatologi 6. Alat USG, CTG, EKG, infuse pump, seringe pump, vakum set, nebulizer, oximetri 7. <i>Infant warmer</i> 8. Inkubator 9. Foto terapi 10. Emergensi set resusitasi 11. Pasien monitor 12. T Peace dan mix resusitasi 13. C – PAP 14. Accu Vein 15. Penghangat darah 16. Dopler 17. <i>Banner / leaflet</i> 18. Set komputer 19. CCTV 20. TV 21. Kulkas penyimpan ASI dan obat
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas bidan / perawat memiliki kualifikasi minimal D – III 2. Sertifikat : <ol style="list-style-type: none"> a. Bidan : Minimal APN dan PONEK b. Perawat perinatologi : Minimal resusitasi neonatus, KMC, manajemen laktasi, dan PONEK 3. Petugas bidan / perawat mampu memberikan pelayanan asuhan sesuai tupoksi 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 Instalasi PERISTI melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat unit (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Pengawasan secara langsung setiap hari dan periodik setiap bulan dilakukan langsung oleh kepala ruangan
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Petugas jaga ruangan dibagi dalam 3 <i>shift</i> :</p> <ol style="list-style-type: none"> I. Ruang bersalin <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas <i>shift</i> pagi sebanyak 6 – 7 orang bidan dan 1 orang administrasi Jadwal : Pukul 07.00 – 14.00 WIB 2. Petugas <i>shift</i> sore sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 14.00 – 21.00 WIB

		<p>3. Petugas <i>shift</i> malam sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 21.00 – 07.00 WIB</p> <p>II. Ruang Dahlia</p> <p>1. Petugas <i>shift</i> pagi sebanyak 6 – 7 orang dan 2 orang administrasi Jadwal : Pukul 07.00 – 14.00 WIB</p> <p>2. Petugas <i>shift</i> sore sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 14.00 – 21.00 WIB</p> <p>3. Petugas <i>shift</i> malam sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 21.00 – 07.00 WIB</p> <p>III. Ruang Perinatologi</p> <p>1. Petugas <i>shift</i> pagi sebanyak 6 – 7 orang dan 1 orang administrasi Jadwal : Pukul 07.00 – 14.00 WIB</p> <p>2. Petugas <i>shift</i> sore sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 14.00 – 21.00 WIB</p> <p>3. Petugas <i>shift</i> malam sebanyak 3 – 4 orang Jadwal : Pukul 21.00 – 07.00 WIB</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi</p> <p>2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi”</p> <p>3. Maklumat Pelayanan</p> <p>4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1</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 SPO yang berlaku</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Rapat evaluasi bulanan yang dilakukan oleh Kepala Ruang masing – masing.</p> <p>2. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh Kepala Instalasi</p>

14. STANDAR PELAYANAN INSTALASI HEMODIALISA

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1. Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery)		
1.	Persyaratan pelayanan	1. KTP / KK / KIA 2. Kartu JKN / kartu jaminan asuransi pasien lainnya 3. Kartu Berobat Pasien / MR (bagi pasien lama) 4. Surat rujukan (jika pasien rujukan) 5. Surat <i>travelling</i> (bagi pasien rujukan antar Unit HD)
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<div data-bbox="641 498 1421 1183" data-label="Diagram"> </div> <p data-bbox="535 1221 1477 2277"> A. Pasien HD Lama 1. Kategori Tidak Gawat Darurat a. Pasien melakukan pendaftaran di petugas pendaftaran b. Pasien menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses. Petugas menyerahkan SEP hemodialisa (Pasien JKN) dan SJP rawat jalan (Pasien <i>Inhealth</i> / JPK) c. Pasien menunggu dilakukan tindakan HD 2. Kategori Gawat Darurat a. Pasien / keluarga mendaftarkan di tempat pendaftaran IGD b. Pasien / keluarga menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses c. Petugas pendaftaran menyerahkan SEP (Pasien JKN) dan SJP (Pasien <i>Inhealth</i> / JPK) d. Pasien ditangani oleh petugas IGD untuk dilakukan pemeriksaan dan perbaikan kondisi e. Petugas IGD menghubungi DPJP HD untuk dilakukan tindakan HD B. Pasien HD Baru 1. Kategori Gawat Darurat a. Pasien / keluarga mendaftarkan di tempat pendaftaran IGD b. Pasien / keluarga menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses c. Petugas pendaftaran menyerahkan SEP (Pasien JKN) dan SJP (Pasien <i>Inhealth</i> / JPK) d. Pasien ditangani oleh petugas IGD untuk dilakukan pemeriksaan dan perbaikan kondisi e. Petugas IGD menghubungi DPJP HD untuk dilakukan tindakan HD 2. Kategori Tidak Gawat Darurat : a. Pasien melakukan pendaftaran di petugas pendaftaran rawat jalan atau di IGD saat hari libur </p>

		<p>b. Pasien menyerahkan seluruh berkas yang diperlukan kepada petugas pendaftaran untuk diproses. Petugas menyerahkan SEP (Pasien JKN) dan SJP (Pasien <i>Inhealth</i> / JPK)</p> <p>c. Pasien kategori tidak gawat bisa masuk melalui rawat jalan (Poli Interna) maupun rawat inap. Kemudian dikonsulkan ke DPJP HD untuk dilakukan tindakan HD.</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Pasien baru 2 – 3 jam (30 menit <i>pre</i> HD, 2 – 3 jam tindakan HD, 30 menit <i>post</i> HD)</p> <p>2. Pasien lama 6 jam (30 menit <i>pre</i> HD, 5 jam tindakan HD, 30 menit <i>post</i> HD)</p> <p>3. Hari Senin, Selasa, Kamis, Jumat terdiri dari 3 <i>shift</i> sedangkan hari Rabu dan Sabtu terdiri dari 2 <i>shift</i>.</p>
4.	Biaya / Tarif	<p>1. Umum : Peraturan Daerah Kabupaten Jember Nomor 1 Tahun 2024 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah</p> <p>2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang tandar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5.	Produk layanan	<p>1. HD Reguler dengan alat <i>single use</i></p> <p>2. HD CITO diluar jam kerja</p> <p>3. HD dengan infeksi COVID – 19, HbsAg, Hepatitis C, HIV di mesin khusus</p> <p>4. Bimbingan gizi</p> <p>5. Bimbingan rohani</p> <p>6. Spesialis Bedah Thoraks Kardiovaskuler untuk pemasangan akses vaskuler sementara maupun menetap</p>
6.	Pengelolaan pengaduan	<p>1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS</p> <p>2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100</p> <p>3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis)</p> <p>4. Instagram : @rsddrsoebandi</p> <p>5. Facebook : Humas Soebandi</p> <p>6. Kotak saran</p> <p>7. SP4N Laporan</p>

C. Proses Pengelolaan 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 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;</p> <p>3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 812/Menkes/PER/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan.</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<p>1. Ruang Administrasi atau Ruang Tunggu Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> Meja kerja Meja resepsionis Almari Kursi kerja petugas Komputer set Printer injek <i>scan copy</i> Kursi hadap untuk keluarga pasien <i>Hand scrub</i> / cuci tangan <i>Finger print</i> Loker pasien <i>Barrier</i> meja Kursi tunggu di luar ruangan <p>2. Ruangan Dokter / Pemeriksaan / Konsultasi :</p>

- a. Meja kerja dokter
 - b. Kursi kerja dokter
 - c. Kursi hadap untuk keluarga pasien
 - d. Lemari arsip
 - e. *Hand scrub*
3. Ruangan lainnya sesuai kebutuhan antara lain :
- a. Ruang Pentri
 - 1) Dispenser
 - 2) Almari es
 - 3) Peralatan makmin
 - b. Ruang Perawat
 - 1) Loker
 - 2) Kursi kerja perawat
 - 3) Kursi hadap
 - 4) *Hand scrub*
 - 5) WC / kamar mandi perawat
 - 6) Kamar ganti perawat
 - c. Meja kepala ruangan HD gabung dengan R. Administrasi
 - d. Ruang spoel hoek :
 - 1) Kran untuk mencuci ember
 - 2) Rak untuk meniriskan cucian
 - 3) Timba linen infeksius
 - 4) Tempat sampah infeksius
 - e. Gudang
 - 1) Almari linen bersih
 - 2) Almari alkes
 - 3) Almari BHP
 - 4) Rak dialisat
 - f. Ruang mesin *water treatment* / RO
4. Ruang Peralatan Mesin Hemodialisis
- a. Mesin hemodialisis
 - b. Konektor selang pemasukan dan pembuangan mesin
 - c. *Hand scrub* cuci tangan untuk petugas dan pasien di *bed* pasien
 - d. *Bed* pasien untuk HD
 - e. *Bed* observasi
 - f. *Bedside cabinet*
 - g. Standart infus beroda
 - h. TV pasien
 - i. Regulator O₂ sentral, selang, masker O₂
 - j. Kursi tunggu pasien
 - k. Gorden / tirai
 - l. Brankart, kursi roda
 - m. Almari *emergency* dengan obat – obatan *emergency*
5. Peralatan Medik Standart Sesuai Kebutuhan
- a. Peralatan Medis
 - 1) Stetoskop
 - 2) Tensi meter digital
 - 3) Timbangan dan tinggi badan
 - 4) Resusitasi cardiopulmonal
 - b. Penunjang Medis
 - 1) Thermometer
 - 2) Spuit 1cc, 3cc, 5cc
 - 3) HF
 - 4) Dialisat
 - 5) AVBL
 - 6) AV Fistula
 - 7) IV Cateter No 16 G
 - 8) *Hand scoon*
 - 9) Plester
 - 10) Kasa
 - 11) Underpad
 - 12) Infus set
 - 13) Transfusi set
 - 14) Alkohol swab
 - 15) Alkohol spray
 - 16) Hepafik
 - 17) Plester

		<ul style="list-style-type: none"> 18) Kassa verband 19) Gunting verband 20) Klem <i>bloodline</i> 21) Standart infus 22) Tempat sampah infeksius dan non infeksius
3.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Penyakit Dalam b. Berpengalaman dalam manajerial misal Kepala Kelompok Staf Medik c. Memahami tentang hemodialisis 2. <i>Supervisor</i> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi b. Bersertifikat HD c. Diakui oleh PERNEFRI dan bertugas sebagai <i>supervisor</i> 3. Dokter Penanggung Jawab HD <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Penyakit Dalam b. Bersertifikat HD c. Diakui oleh PERNEFRI 4. Kepala Ruang <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal Ners b. Mahir HD c. SKP minimal baik selama 2 tahun terakhir d. Berpengalaman menjadi staf operasional e. Memiliki kemampuan dalam kepemimpinan, <i>networking</i>, <i>entrepreneurship</i>, perencanaan dan penanganan tugas, inovatif dan kreatif, integritas, manajemen strategik, manajemen SDM, manajemen keuangan, dan manajemen pemasaran f. Memahami secara umum pelayanan medis 5. Perawat pelaksana <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal D3 Keperawatan b. Mahir HD c. SKP minimal baik selama 2 tahun terakhir d. Mempunyai kemampuan untuk membina hubungan baik dengan orang lain dan dapat dipercaya e. Memiliki bakat dan minat serta berdedikasi tinggi, berkepribadian baik, dan emosional yang stabil 6. Administrasi <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal SMA b. Memiliki sertifikat pelatihan komputer dan mampu melakukan <i>input data</i> di Indonesia <i>Renal Registry</i> (IRR) c. SKP minimal baik selama 2 tahun terakhir d. Memiliki kemampuan pengadministrasian e. Memiliki kemampuan untuk membina hubungan baik dengan orang lain dan dapat dipercaya f. Memiliki bakat dan minat serta berdedikasi tinggi, berkepribadian baik, dan emosional yang stabil 7. Teknisi <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal SMU / STM b. Mengikuti pelatihan khusus mesin dialisis dan perlengkapannya c. Bertugas menyiapkan mesin dan perlengkapannya, menjalankan dan merawat mesin dialisis dan pengolah air, bekerjasama dengan teknisi pabrik pembuatnya (produsen / agen)
4.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Hemodialisa melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat (setiap bulannya) dan rapat sewaktu – waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Pengawasan langsung oleh Kepala Ruang Instalasi Hemodialisa selama proses pelayanan HD
5.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Supervisor HD = 1 orang 2. Kepala Instalasi = 1 orang 3. Dokter Sp.PD yang bersertifikat HD = 1 orang 4. Dokter pelaksana yang bersertifikat HD sesuai kebutuhan 5. Perawat Mahir HD = 8 orang, perawat biasa = 11 orang 6. Tenaga administrasi = 1 orang

		<p>7. Teknisi = 1 orang</p> <p>8. Tenaga pendukung lain seperti farmasi, laboratorium, IPL, dll sesuai kebutuhan, dimana tenaga ini melekat dengan Rumah Sakit.</p> <p>Untuk tenaga perawat dibagi dalam 3 <i>shift</i> yaitu :</p> <p>a. <i>Shift</i> pagi : Pukul 06.00 – 13.00 WIB</p> <p>b. <i>Shift</i> siang : Pukul 12.00 – 19.00 WIB</p> <p>c. <i>Shift</i> malam : Pukul 17.00 – 24.00 WIB</p>
6.	Jaminan Pelayanan	<p>1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi</p> <p>2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi”</p> <p>3. Maklumat Pelayanan</p> <p>4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP</p> <p>5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO</p>
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<p>1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1</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 SPO yang berlaku</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>Evaluasi pelaksanaan program peningkatan mutu keselamatan pasien di Instalasi Hemodialisa dan evaluasi <i>business plan</i> secara periodik dengan rapat bulanan kemudian membahas capaian indikator hasil masing – masing program, sekaligus dilakukan PDSA pada indikator yang belum mencapai target, laporan evaluasi akan dibuat secara periodik dan berkala diantaranya :</p> <p>a. Laporan evaluasi bulanan,</p> <p>b. Laporan evaluasi trimester, dan</p> <p>c. Laporan evaluasi tahunan</p>

15. STANDAR PELAYANAN AMBULANS

NO.	KOMPONEN	URAIAN
A. Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>)		
1.	Persyaratan pelayanan	Pasien JKN a. KTP / KK / KIA b. Kartu JKN / Kartu jaminan asuransi pasien lainnya
2.	Sistem Mekanisme, Prosedur	<p>A. Pejemputan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permintaan ambulans dari ; Pelayanan Kesehatan, Masyarakat / lokasi kejadian 2. Penerima telepon (<i>centre ambulans / admisi / IGD</i>); <ol style="list-style-type: none"> a. Memastikan permintaan ambulans tersebut b. Melanjutkan informasi ke sopir ambulans 3. Sopir ambulans menghubungi tim ambulans 4. Tim ambulans ; <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan obat - obatan dan alat kesehatan yang dibutuhkan (bon pinjam di Depo Farmasi IGD) b. Sopir menyiapkan kendaraan dan mencatat kilometer 5. Tim Ambulans <ol style="list-style-type: none"> a. Menjemput pasien sesuai dengan <i>order / tujuan</i> b. Kembali ke RSD dr. Soebandi 6. Di Rumah Sakit <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien didaftarkan di admisi b. <i>Billing</i> pembayaran ambulans jadi satu dengan <i>billing</i> pembayaran pelayanan di RS (adminsitrasi yang mengentri ke SIM - RS setelah mendapat informasi dari sopir ambulans) c. Jika ada obat / alat kesehatan yang digunakan selama perjalanan maka dimintakan resep dokter dan tim ambulans memberi informasi ke administrasi supaya di entri ke dalam <i>billing</i> SIM - RS <p>B. Merujuk Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan yang ketempatan pasien ; <ol style="list-style-type: none"> a. Menghubungi tujuan rujukan pastikan siap menerima pasien dan mengisi SISRUITE. b. Memberi informasi kepada sopir ambulans 2. Sopir ambulans 119 menghubungi tim ambulans 3. Tim ambulans 119 ; <ol style="list-style-type: none"> a. Mengecek kondisi pasien b. Menyiapkan obat - obatan / alat kesehatan yang dibutuhkan selama perjalanan dengan resep kepada pasien 4. Petugas ruangan yang ketempatan pasien bertugas mengentri <i>billing</i> permintaan ambulans dan obat - obatan ke kasir IGD 5. Keluarga menyelesaikan administrasi di kasir IGD 6. Tim ambulans 119 ; mengisi di register ambulans, mengambil <i>Doctor Kit</i> di Depo Farmasi IGD, sopir mengecek kendaran dan mencatat kilometer 7. Tim ambulans; mengantar pasien sesuai dengan tujuan rujukan dan kembali ke RSD dr. Soebandi 8. Tim ambulans; mengembalikan <i>Doctor Kit</i> kepada petugas Depo Farmasi IGD, membuat laporan SPJ, sopir mengecek kendaran, dan mencatat kilometer <p>C. Mengantar pasien pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan yang ketempatan pasien; memberi informasi kepada sopir ambulans dan mengentri <i>billing</i> permintaan ambulans di SIM - RS 2. Keluarga menyelesaikan administrasi di kasir IGD dan kasir menyerahkan tembusan kuitansi kepada sopir ambulans 3. Sopir ambulans; mengisi di register ambulans, mengecek kendaran dan mencatat kilometer 4. Sopir ambulans; mengantar pasien sesuai dengan tujuan dan kembali ke RSD dr. Soebandi 5. Sopir ambulans; mengecek kendaran dan mencatat kilometer 6. Menjaga kebersihan ambulans

3.	Jangka Waktu Pelayanan	30 menit
4.	Biaya / Tarif	Pasien umum : a. Rp 100.000 untuk 10 km pertama b. Penambahan Rp 10.000/km berikutnya sesuai jarak tempuh pulang – pergi (PP)
5.	Produk layanan	Pelayanan ambulans
6.	Pengelolaan pengaduan	1. Langsung : Ruang <i>Handling</i> Komplain Instalasi HUMAS 2. <i>Hotline</i> : (0331) 487441 Ext 100 3. Whatsapp : 081235538139 (pesan tertulis) 4. Instagram : @rsddrsoebandi 5. Facebook : Humas Soebandi 6. Kotak saran 7. SP4N Lapor

B. Proses Pengelolaan di Internal Organisasi (*Manufacturing*)

1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2007 tentang Penanggulangan Bencana 2. Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit 4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 001 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang – Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perijinan Rumah Sakit 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Rumah Sakit 14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis 15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan 16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Pelayanan Minimal Rumah Sakit 17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penanggulangan Penyakit Infeksi Emerging Tertentu 18. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4834/2021 tentang Protokol Penatalaksanaan Pemulasaraan dan Pemakaman Jenazah <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19) 19. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/4641/2021 tentang Panduan Pelaksanaan Pemeriksaan, Pelacakan, Karantina, dan Isolasi dalam Rangka Percepatan Pencegahan dan Pengendalian <i>Coronavirus Disease</i> 2019 (COVID-19) 20. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit
----	-------------	--

		<p>21. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/125/KPTS/013/2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Rujukan Penyakit Corona <i>Virus Disease</i> 2019 (COVID-19)</p> <p>22. Peraturan Bupati Nomor 34 Tahun 2009 tentang Penyelenggaraan Sarana Kesehatan Kabupaten Jember</p> <p>23. Peraturan Bupati Jember Nomor 27 Tahun 2023 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Daerah dr. Soebandi pada Dinas Kesehatan Kabupaten Jember</p> <p>24. SK Direktur Nomor 800/189.SK/610/2022 tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Gawat Darurat</p> <p>25. SK Direktur Nomor 440/240.SK/610/2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat</p>
2.	Sarana Prasarana dan Fasilitas	<p>A. Isi dan luas ruangan ambulan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ada kit tempat alat – alat medik 2. Lemari untuk obat dan peralatan 3. Inkubator transport 4. Ruang penderita cukup luas 5. Ruang penderita mempunyai akses langsung ke pengemudi 6. Pendingin ruangan (AC) 7. Ruang penderita cukup tinggi sehingga infus menetes dengan baik 8. Gantungan infus sekurang – kurangnya 90 cm diatas tempat tidur penderita 9. Lampu ruangan secukupnya dan bukan lampu neon 10. Sumber listrik 12 Volt DC (stop kontak) di ruang penderita 11. Tempat kereta dorong penderita 12. Pintu belakang dapat dibuka kearah atas 13. Air bersih 20 liter, wastafel, dan penampung limbah 14. Meja yang dapat dilipat 15. <i>Freezer</i> / lemari es 16. Buku petunjuk pemeliharaan semua alat berbahasa Indonesia 17. Peta setempat 18. <i>Loudspeaker</i> <p>B. Peralatan medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tensimeter (manset untuk dewasa dan anak) 2. Stetoskop 3. Spuit (10, 5, 3, 1 cc) 4. Verban 5. Plester 6. Alcohol dan betadine 7. Elastic verban (3, 4, 6 inch) 8. Spalk 9. <i>Long spineboard</i> 10. <i>Scoope stretcher</i> 11. <i>Collar cervical</i> 12. Bantal pasir / stabilisasi leher 13. <i>Wound toilet set</i> 14. <i>Minor surgery set</i> <p>C. <i>Airway dan Breathing Set</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. <i>Ventilator mobile / portable</i> 3. Oxylog 4. Tabung oksigen set 5. Suction Unit 6. BVM (dewasa, anak, bayi) 7. Jackson rees 8. Slang O₂ nasal (dewasa, anak) 9. Simple masker O₂ (dewasa, anak, bayi) 10. Slang O₂ <i>Rebreathing</i> 11. Slang O₂ <i>Non Rebreathing</i> 12. ETT (Non King No. 3, 4, 5, 6, 7,8) 13. Laryngoscope Set 14. Stylet 15. Spatel

		<p>16. Jelly KY 17. NGT</p> <p>D. <i>Circulation Set</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Automatic external defibrillator 3. CVC set / arterial set 4. Vena Sectie Set 5. Infuse set 6. Tranfusi set 7. Medicut (16, 18, 20, 22, 24, 26) 8. Cairan infuse 9. Tourniquet 10. <i>Foley catether</i> dan <i>urine bag</i> <p>E. Obat – obatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Morfin 10 mg / ml 2. Lidocain injeksi 3. Phenytoin 4. Aminophilin 5. Meylon 6. KCl 7. D 40% 8. Valium 9. Stesolid 10. Midazolam 15 mg / 3 ml 11. Norepinephrine 12. Dobutamin 13. Epinephrine 14. Ventolin 15. Asam tranexamat 16. Cordaron 17. Dopamine 18. Ketorolac 19. Fentanil 20. ATS 21. Paracetamol 22. Furosemide 23. Aquabides 24. Mefenamat Acid <p>F. <i>Nebulizer set</i> G. <i>Syringe pump</i> H. <i>Infuse pump</i> I. <i>Patient monitor</i> J. <i>Penlight</i> K. Sarung tangan <i>disposable</i> L. Masker M. Alat tulis</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : <ol style="list-style-type: none"> a. Memenuhi syarat kompetensi dokter jaga IGD / Tim 119 b. Sertifikat ATLS / ACLS 2. Perawat <ol style="list-style-type: none"> a. Memenuhi syarat kompetensi Tim 119 b. Sertifikat PPGD / BTLS / ACLS / EAST 3. Sopir <ol style="list-style-type: none"> a. Memiliki minimal SIM B1 dan pengalaman menyetir mobil minimal 2 tahun b. Memiliki kemampuan Bantuan Hidup Dasar Umum (BHD) atau PPGD
4.	Pengawasan Internal	Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat rutin bulanan dan rapat khusus jika diperlukan
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sebanyak 18 orang 2. Perawat sebanyak 26 orang 3. Sopir ambulans sebanyak 5 orang

6.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visi dan Misi RSD dr. Soebandi 2. Motto RSD dr. Soebandi “Pelayanan Cepat, Tepat, Bermutu, dan Manusiawi” 3. Maklumat Pelayanan 4. RSD dr. Soebandi terakreditasi oleh LARS – DHP 5. Pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan dan SPO
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Patient safety</i> berdasarkan SNARS 1.1 2. Terjaganya kerahasiaan rekam medis 3. SDM yang kompeten 4. Peralatan yang sesuai standar 5. Pelayanan berpedoman kepada SK, Panduan, dan SPO yang berlaku
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sasaran Kinerja Pegawai (SKP) setiap 3 bulan sekali 2. Rapat evaluasi triwulan yang dilakukan oleh kepala instalasi