



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUASIN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUASIN



Jl. Raya Palembang – Betung KM. 48 Pangkalan Balai Banyuasin
Telepon: (0711) 891646, 891647 Faximile: (0711) 891647 Email: rsudbanyuasin@yahoo.co.id

SURAT KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUASIN
NOMOR:008.B/KPTS/RSUD.SK/2024

TENTANG

PENETAPAN STANDAR PELAYANAN PUBLIK
DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUASIN

- Menimbang : a. bahwa untuk mewujudkan kepastian tentang hak,tanggung jawab, kewajiban dan kewenangan seluruh pihak terkait dalam penyelenggaraan pelayanan publik pada Rumah Sakit Umum Daerah Banyuasin dan dalam rangka mewujudkan sistem penyelenggaraan pemerintah sesuai dengan asas-asas umum penyelenggaraan pemerintahan yang baik, terpenuhinya hak-hak masyarakat dalam memperoleh pelayanan publik secara maksimal serta mewujudkan partisipasi dan ketaatan masyarakat dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka perlu ditetapkan standar pelayanan publik;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan huruf a, untuk mewujudkan pelayanan publik yg bermutu berkualitas dipandang perlu ditetapkan Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Daerah Banyuasin.

- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 29 Tentang Praktik kedokteran(Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431)
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2006 Tentang Pembentukan Kabupaten Banyuasin di Provinsi Sumatera Selatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2002 nomor 19, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4181);
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038)

4. Undang-Undang Nomor 36 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);
5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072) ;
6. Undang-Undang nnomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
7. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298);
8. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5357);
9. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah sakit;
12. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 tahun 2014 Tentang Pedoman Standar Pelayanan

MEMUTUSKAN

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD BANYUASIN TENTANG STANDAR PELAYANAN PUBLIK DI LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUASIN

KESATU : Standar Pelayanan Publik Rumah sakit Umum Daerah Banyuasin sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari keputusan direktur ini.

KEDUA : Standar Pelayanan Publik sebagaimana dimaksud dalam Diktum Kesatu meliputi :

1. Standar Pelayanan Ambulance
2. Standar Pelayanan Farmasi
3. Standar Pelayanan IPSRS
4. Standar Pelayanan Laundry
5. Standar Pelayanan Kesehatan Lingkungan
6. Standar Pelayanan Radiologi
7. Standar Pelayanan Rawat Inap
8. Standar Pelayanan Rawat Jalan
9. Standar Pelayanan Rehabilitasi Medis
10. Standar Pelayanan Rekam Medis
11. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
12. Standar Pelayanan Kasir Rawat Jalan dan Rawat Inap
13. Standar Pelayanan Kamar Bersalin
14. Standar Pelayanan Gizi
15. Standar Pelayanan Unit Transfusi Darah
16. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
17. Standar Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
18. Standar Pelayanan Intensif Care Unit (ICU)
19. Standar Pelayanan Kebersihan Tangan

KETIGA : Standar Pelayanan Publik sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA dipergunakan sebagai acuan yang harus dilaksanakan oleh petugas yang ditunjuk untuk memberikan pelayanan sebagaimana tertera pada Diktum KEDUA

KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan

**Ditetapkan di Pangkalan Balai Pada
Tanggal : 02 Januari 2024
Direktur RSUD Banyuasin,**



**Dr. Ari Fauta, M.Kes
NIP.19860830 201412 1 001**

Lampiran 1
SK Direktur RSUD Banyuasin
Nomor 008.B/KPTS/RSUD.SK/2024
Tentang Standar Pelayanan Publik

STANDAR PELAYANAN
AMBULANCE RUMAH SAKIT

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas/KTP 2. Kartu BPJS/KIS 3. Surat Rujukan |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ul style="list-style-type: none"> • Rujuk: <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan menghubungi petugas pelayanan pengaduan 2. Dokter dibantu perawat/bidan melengkapi dokumen berkas transfer pasien. 3. Petugas Ambulance mengidentifikasi pasien 4. Pasien siap dirujuk ke rumah sakit penerima 5. Petugas pendamping transfer harus terus memantau kondisi pasien selama perjalanan dan mendokumentasikan dalam rekam medis terintegrasi sesuai dengan instruksi dokter 6. Pasien tiba di Rumah Sakit penerima 7. Serah terima pasien dengan Rumah Sakit penerima. • Antar (Untuk pemeriksaan penunjang di luar Rumah Sakit) <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas ruangan menghubungi petugas pelayanan pengaduan 2. Petugas Ruangan mengisi form permintaan ambulance 3. Petugas ambulance melakukan pencatatan permintaan ambulance sesuai dengan alamat tujuan 4. Keluarga pasien membawa rincian pembayaran Ambulance ke kasir (pasien umum) 5. Keluarga pasien menerima bukti pembayaran Ambulance dan menunjukkan bukti tersebut ke petugas ambulance (pasien umum) 6. Pasien siap diantar ke sarana penunjang yang dituju. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 20 sampai 30 menit |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance Transportasi 2. Ambulance gawat darurat (Basic dan Advanced) |

| | | |
|----------------------|--|---|
| | | 3. Mobil jenazah |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | Berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Banyuasin No.0 1 3 /KPTS/ RSUD/2024 Tanggal 26 Febuari 2024 Tentang Penetapan Standar Pelayanan RSUD Banyuasin |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance 2. Peralatan Ambulance: <ul style="list-style-type: none"> - Oksigen - Suction - Gantungan Infuse - Infus Pump dengan baterai - Pulse Oksimetri denyut serta monitor EKG - Tensi meter - Defibrilator - Ambubag - Obat-obatan emergency |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : Memiliki sertifikat ATCLS 2. Perawat : Memiliki sertifikat BTCLS 3. Non Medis: Memiliki sertifikat BHD |
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang pelayanan Medik 2. Bidang Pelayanan Keperawatan |
| 11 | Jumlah Pelaksana | Tim |
| 12 | Jaminan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar operasional prosedur yang komprehensif, bermutu yang berorientasi pada keselamatan pasien, serta di dukung oleh sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing. 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akuntabel, efektif dan efisien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1.Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi dan sumber daya manusia menggunakan alat pelindung diri 2.Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan. |

**STANDAR PELAYANAN
FARMASI**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | 1. Pasien umum <ul style="list-style-type: none"> • Lembar resep dari dokter yang memiliki SIP 2. Pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> • Lembar resep dari dokter yang memiliki SIP • Surat Elegtabilitas Peserta (SEP) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | 1. Pasien / keluarga menyerahkan resep 2. Petugas farmasi memberi nomor antrian 3. Pengkajian resep dan penyiapan obat sesuai resep 4. Menghitung harga obat (Pasien umum) 5. Verifikasi obat sesuai resep 6. Memanggil nomor antrian 7. Pembayaran obat sesuai kwitansi dikasir (Pasien umum) 8. Penyerahan obat disertai pemberian informasi obat |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> • Obat Jadi ≤ 30 menit • Obat Racikan ≤ 60 menit |
| 4 | Biaya/Tarif | 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Farmasi |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | 1. Permenkes RI no.72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 2. Peraturan Menteri kesehatan No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit |
| 8 | Sarana dan Prasarana | 1. Ruang Penerimaan Resep <ul style="list-style-type: none"> - Meja Penerimaan resep - Nomor antrian resep - Kursi 2. Ruang penyimpanan obat <ul style="list-style-type: none"> - Rak obat - Lemari obat narkotika dan psikotropika - Keranjang obat - Lemari pendingin - Termometer - Kartu stok - Palet 3. Ruang Penyiapan obat |

| | | |
|-----------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Meja untuk peracikan obat - Meja penyiapan obat - Kertas perkamen - Blender obat - Etiket obat - Plastik obat - Kantong plastik - Wastafel - Kursi - Alat tulis - Air minum untuk rekonstitusi obat - Gelas ukur <p>4. Ruang Penyerahan dan Konsultasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meja penyerahan - Kursi petugas |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Farmasi 2. Kepala Gudang Perbekalan Farmasi 3. Apoteker Pelaksana 4. Tenaga Teknis Kefarmasian 5. Administrasi |
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Pelayanan Medis 2. Seksi Penunjang Medis |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker 5 orang 2. Tenaga teknis kefarmasian 13 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan mengutamakan ketepatan pemberian obat pada pasien |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | Pelayanan obat yang aman,berkhasiat sesuai dengan tujuan terapi yang dikehendaki |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi penetapan standar pelayanan kefarmasian dilakukan minimal 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan |

STANDAR PELAYANAN
INSTALASI PEMELIHARAAN SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | Laporan/informasi kerusakan sarana dan prasarana dari ruangan/unit/instalasi |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | 1. Penanggung jawab ruangan/user melaporkan adanya kerusakan/permasalahan sarana dan prasarana 2. Pengecekan/perbaikan oleh petugas IPSRS 3. Dokumen hasil kegiatan/perbaikan |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 1. Kurang dari 3 jam bila tanpa suku cadang/dengan suku cadang yang tersedia di IPSRS 2. Minimal 3 hari kerja bila memerlukan suku cadang yang harus dibeli 3. Minimal 1 bulan bila memerlukan pihak ke 3 |
| 4 | Biaya/Tarif | 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Berdasarkan suku cadang dan biaya perbaikan 3. Berdasarkan harga perbaikan dari pihak ke 3 |
| 5 | Produk Layanan | Pemeliharaan/perbaikan sarana dan prasarana |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | 1. Undang – undang No 44 Tahun 2019 tentang Rumah Sakit 2. Undang-undang no. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Keputusan Menteri Kesehatan RI no. 1041 / MENKES / SK / XI /2008 tentang Standar Pelayanan di Sarana Pelayanan Kesehatan 4. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Banyuasin No.013/KPTS/ RSUD/2024 Tanggal 26 Febuari 2024 Tentang Penetapan Standar Pelayanan RSUD |
| 8 | Sarana dan Prasarana | Tool Kit Set, Alat Kerja, Alat Ukur, APD |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | Elektromedik (memiliki STR dan SIP), STM Listrik, STM mesin, SMK bangunan |
| 10 | Pengawasan Internal | -Ka. IPSRS -Kabag. SDM dan Pengembangan -Kasi. Penunjang Medik |
| 11 | Jumlah Pelaksana | -Tenaga Elektromedik 4 orang -Tenaga Umum 3 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | 1. Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar operasional dan prosedur yang komprehensif, bermutu yang berorientasi pada keselamatan pasien, serta di dukung oleh sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing. 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akauntabel, efektif dan efisien. |

| | | |
|-----------|--|--|
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 1.Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi dan sumber daya manusia menggunakan alat pelindung diri 2.Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan |

**STANDAR PELAYANAN
LAUNDRY RUMAH SAKIT**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penanggung jawab laundry 2. Petugas laundry sehat jasmani dan rohani 3. Kondisi ruangan yang nyaman, bersih, tertata rapi yang mengutamakan patient safety |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan linen kotor dari semua ruangan rawat inap dan rawat jalan 2. Proses pemilahan linen kotor sesuai dengan tingkat kekotoran, jenis bahan dan warna linen 3. Proses pencucian linen infeksius dengan menggunakan suhu 70 derajat selama 45 menit 4. Proses pengeringan dengan mesin pengering selama 30 menit 5. Proses penyetricaan selama 2 jam 6. Proses penglipatan sesuai dengan ruangan masing-masing 7. Pendistribusian linen bersih ke semua ruangan rawat inap dan rawat jalan |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pencucian 45 menit s/d 60 menit 2. Pengeringan lebih kurang 30 menit 3. Penyetricaan lebih kurang 2 jam |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan pencucian linen rawat inap 2. Pelayanan pencucian linen rawat jalan 3. Pengambilan dan pencucian linen kotor sampai pendistribusian linen bersih |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keputusan direktur RSUD Banyuasin NOMOR : /KTPD/RSUD/2023 tentang Panduan manajemen linen dan laundry RSUD Banyuasin 2. Peraturan Menteri kesehatan RI No.27 tahun2017 tentang Pedoman dan Pencegahan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 7 tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit 4. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Banyuasin No.013/KPTS/ RSUD/2024 Tanggal 26 Febuari 2024 Tentang Penetapan Standar Pelayanan RSUD |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pintu masuk linen kotor dan pintu keluar linen bersih 2. Ruang pemilahan dan penimbangan linen kotor 3. Area pengeringan/ Mesin pengering linen |

| | | |
|-----------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 4. Mesin penyetrika 5. Meja lipat linen bersih 6. Ruangan karu dan staf 7. Toilet petugas 8. Troli linen kotor dan linen bersih |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Laundry memiliki STR 2. Pelaksana Laundry memiliki pengalaman kerja di unit laundry selama 15 tahun 3. Pelaksana laundry memiliki sertifikat BHD 4. Pelaksana laundry mengikuti pelatihan penegndalian dan pencegahan infeksi |
| 10 | Pengawasan Internal | <ul style="list-style-type: none"> 1. Tim PPI 2. Ka Unit laundry secara terus menerus |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Ka unit Laundry 2. Pelaksana Laundry : 4 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan mutu dan kualitas pengelolaan linen dan laundry yang sesuai dengan standard prosedur operasional yang berorientasi pada keselamatan pasien dan petugas pelaksana 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akauntabel, efektif dan efesien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi dan sumber daya manusia menggunakan alat pelindung diri 2. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya 3. Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan. |
| 14 | Evaluasi Kinerja | <ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan. 2. Evaluasi kinerja pelayanan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standard pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap sati bulan sekali |

**STANDAR PELAYANAN
KESEHATAN LINGKUNGAN**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Umum : Kualitas kesehatan lingkungan RS 2. Khusus : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeriksaan Air <ul style="list-style-type: none"> - Uji Air Limbah - Uji Air Bersih - Uji Air Minum b. Pengelolaan Limbah Padat medis dan non medis c. Penyehatan Sanitasi Rumah Sakit |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui kualitas kesehatan lingkungan RS dilakukan uji sampel air. Penyehatan sanitasi rumah sakit. 2. Uji sampel air limbah diambil di inlet dan outlet IPAL, uji sampel air bersih dilakukan di dalam bak penampungan RS sebelum disuplai, air minum diambil di ruang Instalasi Gizi. 3. Penyehatan sanitasi khususnya penanganan limbah B3 bekerjasama dengan Pihak Ke 3 sesuai dengan izin yang berlaku dan limbah domestik bekerja sama dengan Dinas Lingkungan Hidup Kabupaten Banyuwangi. 4. Pemeriksaan hasil uji kualitas kesehatan lingkungan RS : Petugas rumah sakit mengirimkan sampel air ke laboratorium kesehatan yang terakreditasi. 5. Tindak lanjut dengan mengevaluasi kualitas kesehatan lingkungan Rumah Sakit : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Sanitasi mengevaluasi hasil pemeriksaan uji sampel, hasil pemeriksaan sanitasi. b. Petugas sanitarian menganalisis masalah kualitas kesehatan lingkungan, yang perlu diprioritaskan dan ditindak lanjuti. Serta melaporkan hasil program tentang sanitasi RS, untuk perencanaan target program selanjutnya guna peningkatan kualitas kesehatan lingkungan. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Uji sampel air Waktu uji sampel oleh petugas kesling ≤ 10 Menit. Waktu tunggu hasil pemeriksaan laboratorium instansi lain dan dikirim ke RSUD Banyuwangi ≤ 3 Minggu. 2. Sanitasi Waktu pemeriksaan oleh Petugas Kesling ≤ 4 jam |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuwangi 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Informasi hasil pemeriksaan laboratorium dan data sanitasi rumah sakit yang diperlukan secara tertulis. |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuwangi@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |

| MANUFACTURING | | |
|---------------|--|---|
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. PerMenkes RI No, 7 tahun 2019 tentang Baku Mutu Air Limbah Rumah Sakit. 2. PerMen LH RI No. 5 Tahun 2014 tentang baku mutu air limbah. 3. Peraturan Pemerintah RI No. 101 tahun 2014 tentang pengelolaan limbah bahan berbahaya dan beracun. 4. PerMenKes KLH RI No. 14 Tahun 2013 tentang symbol dan label bahan berbahaya dan beracun. 5. PerMenkes RI No. 492 tahun 2010 tentang persyaratan kualitas air minum 6. KepMenkes No. 416 tahun 1990 tentang syarat-syarat dan pengawasan kualitas air. |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Kesehatan lingkungan dan kelengkapannya. 2. Peralatan kesehatan lingkungan. (ruang Penyimpanan limbah B3, IPAL Rumah Sakit. 3. Petugas sanitasi RSUD Banyuasin : APD |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. SDM memiliki kompetensi, Memiliki SIK dan STR / sertifikat kesling. 2. SDM memiliki ketrampilan dalam melakukan pemeriksaan dan telah terlatih. |
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisi langsung oleh petugas Kesling. 2. Supervisi oleh Tim Pengendalian Penyakit Infeksi. |
| 11 | Jumlah Pelaksana | Sanitarian terdiri dari 6 orang (1 orang Sanitarian Penyelia, 1 orang sanitarian terampil), 1 orang D1 Penilik hygiene Sanitasi, 1 Operator IPAL dan LB3 S1 Manajemen, 2 orang petugas air S1 Manajemen dan SMA. |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Hasil yang diberikan dengan cepat, tepat, lengkap dan dapat dipertanggung jawabkan. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | Hasil pemeriksaan yang diberikan dijamin keabsahannya |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 1 kali dalam 1 tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan lingkungan. |

STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1. | Persyaratan | <ul style="list-style-type: none"> • Pasien Umum : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas / KTP. 2. Kartu Berobat/Foto lama. 3. Kertas kendali tindakan 4. Surat Rujukan Permintaan Pemeriksaan Radiologi. • Pasien BPJS/Asuransi lainnya : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas / KTP 2. Kartu berobat/ Foto lama 3. Surat Rujukan / SEP BPJS dan kendali tindakan 4. Surat Rujukan Permintaan Pemeriksaan Radiologi |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke Radiologi membawa form rujukan permintaan pemeriksaan Radiologi 2. Dilakukan Identifikasi terhadap form rujukan permintaan pemeriksaan Radiologi. 3. Petugas administrasi mencatat kunjungan pasien radiologi di buku register radiologi. 4. Petugas Radiologi memanggil pasien untuk dilakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan urutan pasien datang (kecuali pasien Cyto Gawat Darurat didulukan). 5. Petugas Radiologi / Radiografer melakukan tindakan pemeriksaan Radiologi sesuai dengan permintaan dokter pengirim. 6. Setelah selesai tindakan pemeriksaan, petugas radiologi/radiografer mengarahkan pasien kembali ke ruang tunggu. 7. Petugas radiologi / Radiografer melakukan proses pencetakan gambar radiograf ke film. 8. Dokter radiologi membaca hasil pemeriksaan radiologi. 9. Petugas menyerahkan hasil pemeriksaan radiologi yang sudah di expertise kepada pasien. 10. Pasien pulang membawa hasil pemeriksaan radiologi. |
| 3. | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Rutin dan Gawat Darurat dilaksanakan non stop 24 jam 2. Pelayanan Radiologi Cyto < 1 jam 3. Pelayanan Radiologi Rutin < 3 jam |
| 4. | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5. | Produk Layanan | Pelayanan Radiodiagnostik dan diagnostik Imaging |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |

MANUFACTURING

| | | |
|-----------|----------------------|--|
| 7. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none">1. Undang – undang Nomor 10 tahun 1997 tentang Ketenaganukliran;2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ;3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1058)4. Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2020 tentang Keselamatan Radiasi Pada Penggunaan Pesawat Sinar – X Dalam Radiologi Diagnostik dan Intervensional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1218) |
| 8. | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none">1. Ruang Pendaftaran Radiologi<ol style="list-style-type: none">1. Meja Pendaftaran2. Alat Tulis Kantor2. Ruang Pemeriksaan<ol style="list-style-type: none">1. Pesawat Sinar – X Stationary2. Pesawat Sinar – X Mobile Unit3. Pesawat CT Scan4. Pesawat Sinar – X Mammografi5. Alat Ultrasonografi (USG) |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none">1. Dokter Spesialis Radiologi<ol style="list-style-type: none">a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Radiologib. Memiliki STR Dan SIP2. Radiografer<ol style="list-style-type: none">a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII ATLMb. Memiliki STR dan SIKRc. Memiliki Sertifikat Pelatihan Modalitas Radiologi3. Fisikawan Medis<ol style="list-style-type: none">a. Kualifikasi Pendidikan S1 Fisika Medisb. Memiliki STRc. Memiliki Sertifikat Pelatihan Modalitas Imaging4. Petugas Proteksi Radiasi (PPR)<ol style="list-style-type: none">a. Kualifikasi Pendidikan DIV Teknik Radiologib. Memiliki lisensi Surat Izin Bekerja (SIB) PPR dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir. |

| | | |
|-----|--|--|
| 10. | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Pelayanan Medis 2. Seksi Penunjang Medis |
| 11. | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi 1 orang 2. Radiografer 8 orang 3. Fisikawan Medis 1 orang 4. Petugas Proteksi Radiasi (PPR) 1 orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | <p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu pelayanan radiodiagnostik dan imaging serta keselamatan pasien. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan standar akreditasi RS, diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidangnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan santun, serta terlaksananya pelayanan radiodiagnostik aman, tepat waktu, efisien untuk pelayanan prima terhadap pasien dalam menunjang penegakan diagnosa.</p> |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi melalui Uji Kesesuaian Alat dan alat memiliki izin dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN). Tersedia alat pelindung diri dari paparan radiasi. 2. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya. |
| 14. | Evaluasi Kinerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan. 2. Penilaian Kinerja petugas radiologi Berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan. |

**STANDAR PELAYANAN
RAWAT INAP**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1. | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum : Kartu Identitas Pasien, Surat perintah rawat inap dari IGD atau IRJA. 2. Pasien JKN / KIS : Kartu jaminan KIS, surat perintah rawat dari IGD atau IRJA, SEP yang diterbitkan TPPRI, foto copy KTP, KK (untuk pasien dengan rencana menggunakan JKN KIS dalam maksimal 3 x 24 jam), tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, kartu / syarat penjaminan lain, missal jasa raharja, JKD. |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membutuhkan pelayanan rawat inap dinyatakan dengan surat perintah dirawat oleh DPJP/dokter jaga. 2. Perawat IGD/Perawat Poliklinik mengidentifikasi kebutuhan ruang rawat sesuai diagnose Pasien. 3. Perawat IGD/Perawat Poliklinik menghubungi Perawat ruangan sesuai dengan kebutuhan Pasien. 4. Pasien/Keluarga melakukan pendaftaran di loket pendaftaran rawat inap/admission. 5. Petugas admission melakukan identifikasi pasien dan memesan kamar sesuai dengan kebutuhan pasien. 6. Petugas admission melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang fasilitas rawat inap, hak dan kewajiban pasien dan ketentuan-ketentuan lain berdasarkan kebijakan RS terkait pelayanan rawat inap. 7. Pasien/keluarga menandatangani persetujuan dirawat/general consent. 8. Petugas admission berkoordinasi dengan perawat ruangan. 9. Pasien diantar oleh perawat ke ruang rawat inap. 10. Serah terima pasien dengan perawat di ruang rawat inap. 11. Assessment medis awal dan assessment keperawatan awal dilakukan 24 jam pertama. 12. Bila ada perubahan kondisi dilakukan assessment ulang pasien. 13. Dokter DPJP adalah dokter spesialis yang menangani dari datang sampai pulang. 14. Pasien yang memerlukan rawat bersama lebih dari satu spesialis maka DPJP utama adalah dokter yang menangani penyakit utama. 15. Pasien diijinkan pulang/rujuk oleh dokter DPJP. 16. Melakukan penyelesaian administrasi. 17. Pasien pulang/rujuk. |
| 3. | Jangka Waktu Pelayanan | tiap Hari (24 jam) |
| 4. | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5. | Produk Layanan | Pelayanan Rawat Inap |

| | | |
|----------------------|--|---|
| 6. | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 5. Instagram : @rsudbanyuasin_ |
| MANUFACTURING | | |
| 7. | 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 Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ; 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 8. Keputusan Menteri Kesehatan No. 370 / Menkes / SK / III/ 2007 Tentang Standar Profesi Ahli Teknologi Instalasi Rawat Inap Kesehatan 9. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. |
| 8. | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu pasien 2. Ruang perawatan 3. <i>Ners Station</i> 4. Ruang cuci tangan 5. Obat-obatan <i>life saving</i> 6. Alat-alat kesehatan |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 2. Dokter Umum 3. Perawat 4. Bidan VK 5. Bidan ruang rawat |

| | | |
|-----|--|--|
| 10. | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Keperawatan 2. Seksi Etika Mutu dan Audit Keperawatan 3. Seksi Bimbingan dan Asuhan Keperawatan 4. Dilakukan oleh atasan langsung |
| 11. | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 15 orang 2. Dokter Umum 14 orang 3. Perawat 34 orang 4. Bidan 21 orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | <p>Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.</p> |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien 2. Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safety 3. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya. |
| 14. | Evaluasi Kinerja | <p>Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) 2. Tindak Lanjut Aduan Masyarakat 3. Laporan Kinerja Pelayanan 4. Rapat Pimpinan Penilaian Kinerja petugas rawat inap berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan. |

**STANDAR PELAYANAN
RAWAT JALAN**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum Kartu Berobat (bila belum punya mengisi formulir data pasien baru). 2. Pasien BPJS <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Baru : Kartu Berobat, Asli Kartu KIS, Surat Rujukan Online, dan SEP (Surat Egibilitas Pasien / Diterbitkan RS). b. Pasien Kontrol : Kartu Berobat, Asli Kartu KIS, Surat Rujukan Online, Surat Perintah Kontrol dan SEP (Surat Egibilitas Pasien/Diterbitkan RS). 3. Pasien Jasa Raharja Kartu berobat dan surat jaminan dari Jasa Raharja. |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah melakukan proses pendaftaran pasien menuju nurse station untuk dilakukan assesmen keperawatan dan pengukuran tanda – tanda vital. 2. Pasien langsung menuju ruang tunggu poliklinik yang dituju. 3. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) melakukan pemeriksaan terhadap pasien dan jika diperlukan pemeriksaan penunjang maka pasien dapat langsung menuju ruang pemeriksaan penunjang (laboratorium/radiologi/konsultasi gizi, dll) dengan membawa lembar permintaan pemeriksaan dokter, kemudian hasil pemeriksaan diserahkan kembali ke DPJP untuk dapat dibacakan hasilnya. 4. Pasien mendapatkan resep dari DPJP kemudian menuju apotek untuk mendapatkan harga obat (untuk pasien umum) dan melakukan pembayaran di kasir dan Kembali ke apotek untuk mendapatkan obat. Untuk pasien JKN pasien dapat langsung menuju apotek dengan tanpa harus ke kasir. 5. Pasien selesai mendapatkan pelayanan rawat jalan : Pulang/dirawat/rujuk balik ke FKTP/rujuk ke RS yang lebih tinggi. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 60 menit |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 52 Tahun 2016 |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Rawat Jalan : <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Spesialis Penyakit Dalam |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> b) Klinik Spesialis Bedah c) Klinik Spesialis Kesehatan Ibu & Anak (Obsgyn) d) Klinik Spesialis Anak e) Klinik Spesialis Orthopedi f) Klinik Spesialis Syaraf g) Klinik Spesialis Jantung h) Klinik Spesialis THT i) Klinik Spesialis Mata j) Klinik Spesialis Jiwa k) Klinik Spesialis Gigi dan Mulut l) Klinik Umum m) Klinik Gigi n) Klinik TB DOTS dan VCT o) Klinik Rehabilitasi Medik p) Klinik MCU |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | 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 Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ; 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 7. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perijinan rumah sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan |

| | | |
|-----------------|-----------------------------|--|
| | | <p>9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>10. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p> |
| <p>8</p> | <p>Sarana dan Prasarana</p> | <p>Ruang :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu 2. Ruang Administrasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Loker Pendaftaran b. Loker Kasir 3. Ruang Rekam Medis 4. Ruang Periksa dan Konsultasi Dokter Spesialis 5. Ruang Tindakan Klinik Penyakit Dalam 6. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Anak 7. Ruang Laktasi 8. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Bedah 9. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik 10. Kebidanan/Kandungan 11. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Umum 12. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Mata 13. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik THT 14. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Gigi dan Mulut 15. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Jantung 16. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Syaraf 17. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Jiwa 18. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Geriatri 19. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Rehab Medik 20. Toilet Petugas dan Pengunjung <p>Peralatan Medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pojok Assesment <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbangan Dewasa 2) Timbangan Bayi 3) Stature Meter 4) Tensimeter 5) Stetoskop 2. Klinik Anak <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbangan Bayi 2) Timbangan Berdiri 3) Tensimeter 4) Stetoskop 5) O2 3. Klinik Bedah <ol style="list-style-type: none"> 1) Bed Pasien 2) Tromol 3) Tensimeter 4) Stetoskop 5) Bengkok 6) Gunting perban 7) Bak Instrument 8) Kom Kecil |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>9) Medikasi Set</p> <p>4. Klinik Gigi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dental Chair 2) Dental Unit 3) Forcep 4) Operating Chair Bein 5) Mesial Crier 6) Distal Crier 7) Water Syringe 8) Tongue Holder 9) Think Glass Plate 10) Matrix retamer + Band 11) Mouth Murror + Handle 12) Cement Spatula 13) Agate Spatula 14) Plastic Instrument 15) Amigan Stopper 16) Burnisher 17) Scaller Manual 18) Cement Stopper 19) Celluloid Strip 20) Scalpel 21) Countra Angle hand piece 22) Hand piece 23) Amalgam pistol 24) Gunting 25) Mortar/stamper 26) Chisel 27) Amalagamator 28) Sterilisator rebus 29) Sterilisator oven 30) Sonde 31) Needle holder 32) Pinset anatomy 33) Pahat 34) Hammer/martil 35) Bengkok 36) Waskom 37) Standart Waskom 38) Instrument Tray 39) Tempat Kapas 40) Nampan Stenlist 42) Curettage 43) Bone File 44) Finger Protector 45) Dressing Drum B 46) Meja Kaca (OP) 47) Mikrometer 48) Ultrasonic Scaller 49) Bak Sterilisator 50) Tang Klamer 51) Tensimeter |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none">52) Stetoskop53) Meja Knap Kecil54) Light Curing55) Cytoject <p>5. Klinik Jiwa</p> <ul style="list-style-type: none">1) Meja Tulis Marmer2) Meja Tulis Kayu3) Kursi Besi Hijau4) Kursi Lipat Hitam5) Bed Kayu6) Kipas Angina7) Tensi Raksasa8) Stetoskop9) Bantal10)Seprei Putih11)Sarung Bantal12)Jam Dinding13)Selimut Lorex <p>6. Klinik THT</p> <ul style="list-style-type: none">1) Tang Polip2) Bengkok3) Baskom Stenlist4) Bak Stenlist Kecil5) Bed Besi6) Tong Spatel7) Speculum Hidung8) Gunting9) Pincet Baimet10)Pinset Gunting Lancip11)Korentang Alibator12)Kuret13)Corpus Alainen Haq14)Paracentase Mees15)Cormen Haaq16)Mangkok Kapas17)Lampu Kepala18)Suction Pump19)Meja Instrument20)X-Ray Lamp21)Bed Pasien22)Kasur23)Bantal Selimut <p>7. Klinik Kebidanan</p> <ul style="list-style-type: none">1)Stetoskop Dokter2)Stetoskop Bidan3)Tensimeter4)Bengkok5)Timbangan Badan6)Pattella Hamer7)Gyncocogi Bed8)Uclem |
|--|--|--|

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>9)USG (Ultrasonography)</p> <p>8. Klinik Saraf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Bed Pasien 2)Stetoskop 3)Lampu Sorot 4) Tensimeter <p>9. Klinik Jantung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bed Pasien 2) Stetoskop 3) Tensimeter 4) Ekokardiografi/USG Jantung <p>10. Klinik Mata</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bak Instrument 2) Bed Pasien 3) Kursi Roda Hitam 4) Sterilisator 5) Stetoskop 6) Tensimeter 7) Baskom 8) Gunting Besra 9) Gunting Kecil 10) Korentang 11) Senter 12) Bangkok 13) Snelen Virus Mata 14) Peraga Mata 15) Ultra Mascup 16) Kaca Kir 17) Pembuka Mata 18) Trim Prim 19) Buku Kir Warna 20) Instrument Minor <p>10. Klinik Mata</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bak Instrument 2) Bed Pasien 3) Kursi Roda Hitam 4) Sterilisator 5) Stetoskop 6) Tensimeter 7) Baskom 8) Gunting Besra 9) Gunting Kecil 10) Korentang 11) Senter 12) Bangkok 13) Snelen Virus Mata 14) Peraga Mata 15) Ultra Mascup 16) Kaca Kir 17) Pembuka Mata 18) Trim Prim 19) Buku Kir Warna 20) Instrument Minor 21) Optic Viser DA 3 22) Mangkok |
|--|--|---|

| | | |
|-----------|--|---|
| | | 23) Vandos 24) Scant Lem 11. Klinik Rehab Medik 1) IR 2) Diathermy : - SWD - MWD 3) Ultrasound 4) Elektrostimusi 5) Vocastim |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | 1. Dokter Spesialis 2. Dokter Umum dan Dokter Gigi 3. Perawat dan Perawat Gigi 4. Refraksionis Optision 5. Bidan 6. Nutrisionis 7. Fisioterapis |
| 10 | Pengawasan Internal | 1. Bidang Keperawatan 2. Seksi Etika Mutu dan Audit Keperawatan 3. Seksi Bimbingan dan Asuhan Keperawatan |
| 11 | Jumlah Pelaksana | 1. Dokter Spesialis 15 orang 2. Dokter Umum 1 orang dan Dokter Gigi 1 orang 3. Perawat 17 orang dan Perawat Gigi 2 orang 4. Refraksionis Optision 1 orang 5. Bidan 5 orang 6. Fisioterapis 2 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Patient Safety |
| 14 | Evaluasi Pelayanan | Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui: 1. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) 2. Tindak Lanjut Aduan Masyarakat 3. Laporan Kinerja Pelayanan 4. Rapat Pimpinan |

**STANDAR PELAYANAN
REHABILITASI MEDIS**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS <ol style="list-style-type: none"> a. Surat Rujukan dari Faskes I & Surat Rujukan dari Rumah Sakit Lain yang ditujukan ke RSUD Banyuasin b. Surat Konsul dari Poliklinik Spesialis RSUD Banyuasin c. Asesmen dari Dokter SpKFR 2. Rawat Jalan Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang sendiri atau rujukan dari faskes lain atau rujukan poliklinik spesialis RSUD Banyuasin b. Telah menyelesaikan proses registrasi Rumah Sakit 3. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien konsul dari DPJP b. Jawaban konsul Dokter Sp.KFR |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> A. Alur Pasien Rawat Jalan : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan melakukan pendaftaran. 2. Dokter Sp. KFR melakukan Pemeriksaan dan asesmen pada pasien. 3. Dokter Sp. KFR menyusun program rehabilitasi Medik 4. Pasien melakukan terapi rehabilitasi medik sesuai program 5. Pasien menyelesaikan proses administrasi. 6. Pasien dengan resep obat menuju instalasi farmasi rawat jalan. 7. Pasien pulang B. Alur Pasien Rawat Inap : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan melakukan pendaftaran. 2. Dokter Sp. KFR melakukan Pemeriksaan dan asesmen pada pasien. 3. Dokter Sp. KFR menyusun program rehabilitasi Medik. 4. Pasien melakukan terapi rehabilitasi medik sesuai program 5. Pasien menyelesaikan proses administrasi. 6. Pasien kembali ke ruang rawat inap |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 10 - 20 Menit sesuai kondisi pasien |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 52 Tahun 2016 |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik meliputi : <ol style="list-style-type: none"> a. Tindakan dengan Dokter Spesialis Medik |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | | b. Fisioterapi |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | 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 Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ; 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 7. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perijinan rumah sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 10. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <p>Modalitas yang ada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Short wave diatermy (swd) 2.laser BTL 3.chatanooga (TENS,us,faradic,elektrikal stimulasi,vacum) 4.infra red rays (IRR) 5. Terapi latihan (pasif,aktif, stretching,strengthening, dll) 6.traksi lumbal dan cervical |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1.Dokter spesial Sp.KFR 2.Fisioterapi |

| | | |
|-----------|--|---|
| 10 | Pengawasan Internal | <ul style="list-style-type: none"> 1. Bidang pelayanan medik 2. Bidang penunjang medik |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Tenaga dokter Sp.KFR 2. Tenaga fisioterapi |
| 12 | Jaminan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan kualitas pelayanan sesuai standar operasional dan prosedur yang komprehensif, bermutu yang berorientasi pada keselamatan pasien, serta di dukung oleh sumber daya manusia yang humanis dan berdaya saing. 2. Meningkatkan tata kelola administrasi yang akauntabel, efektif dan efisien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibras 2. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan. |

**STANDAR PELAYANAN
REKAM MEDIS**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas 2. Kartu BPJS (bagi peserta JKN dan KIS) 3. Surat rujukan dari FKTP bagi peserta JKN, KIS dan Asuransi lain) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan nomor antrian 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran pasien Rawat Jalan 3. Petugas menerbitkan SEP (bagi peserta JKN dan KIS) lalu diserahkan kepada pasien untuk ditandatangani 4. Pasien menuju klinik yang dituju |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | ≤ 10 menit |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 52 Tahun 2016 |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 3. Telp : 08117321881 4. Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Pengaduan 2. Kotak Saran 3. Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id 4. Telepon : 0811 - 7321881 5. Whatsapp : 0811 - 7321881 |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer dengan akses internet 2. Printer + scan 3. Formulir Rekam Medis 4. Rak Arsip 5. Tracer 6. Meja pendaftaran 7. Kursi 8. AC 9. Pengeras suara 10. Lampu sesuai standar penyiaran 11. Ventilasi |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. D3 Rekam Medis 2. Sarjana lainnya 3. SLTA sederajat |

| | | |
|-----------|--|---|
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Pelayanan 2. Kepala Seksi Penunjang |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. 4 (empat) orang petugas loket 2. 2 (dua) orang petugas penyimpanan |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Dokumen Rekam Medis tersedia secara cepat, tepat dan dapat dipertanggungjawabkan |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumen Rekam Medis tersimpan dilemari penyimpanan dan terlindungi dari kerusakan dan kebakaran 2. Setiap petugas kesehatan wajib menjaga kerahasiaan dokumen Rekam Medis |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan 2 (dua) kali dalam setahun, selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan. |

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI GAWAT DARURAT**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Kartu berobat bila ada 3. SEP (jika pasien JKN-KIS) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang di instalasi Gawat Darurat sementara keluarga pasien/ pengantar mengurus pendaftaran loket. 2. Untuk beberapa kasus tertentu seperti pasien yang datang dalam keadaan terpapar polutan/kotoran lain, maka pasien akan dibersihkan terlebih dahulu di ruang dekontaminasi (apabila kondisi umum memungkinkan) baru bisa masuk ruang IGD. 3. Perawat IGD melakukan Triase di ruang triase yaitu dengan menerima pasien, melakukan penilaian cepat tentang keadaan klinis pasien, memutuskan prioritas penanganan pasien berdasarkan kegawatdaruratan 4. Untuk pasien darurat dilakukan tindakan sesuai kebutuhan, jika diperlukan maka akan dilakukan pemeriksaan penunjang serta konsultasi oleh dokter spesialis. 5. Untuk pasien gawat darurat dilakukan resusitasi dan stabilisasi, jika diperlukan maka akan dilakukan pemeriksaan penunjang serta konsultasi oleh dokter spesialis Dan untuk kondisi tertentu, jika diperlukan pasien juga bisa langsung menuju OK atau ICU untuk perawatan lebih lanjut. 6. Setelah pasien dinyatakan boleh keluar dari RS, keluarga pasien melakukan pengurusan administrasi untuk : <ol style="list-style-type: none"> a. Pulang, b. Rawat inap c. Rujuk balik ke Faskes Tk I (khusus pasien BPJS), atau rujuk ke RS yang lebih tinggi. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 24 Jam setiap hari |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 52 Tahun 2016 |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Gawat Darurat |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | 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 Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan |

| | | |
|-----------|----------------------|---|
| | | <ol style="list-style-type: none"> 3. Undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) ; 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 7. Peraturan Menteri kesehatan Nomor 56 tahun 2014 tentang Klasifikasi dan perijinan rumah sakit. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 10. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang di IGD 2. Ruang Tunggu 3. Ruang administrasi 4. Ruang triase 5. Ruang isolasi 6. Ruang Resusitasi 7. Ruang tindakan bedah dan non bedah 8. Nurse Station 9. Ruang Dokter 10. Ruang penyimpanan obat dan alat 11. Ruang Rapat 12. Ruang Ponek 13. Jaringan Internet 14. Komputer 15. Printer 16. Alat medis |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Jaga dengan sertifikasi ATLS dan ATCLS. 2. Perawat dengan sertifikasi BTLS dan BTCLS. 3. Bidan dengan sertifikasi PONEK. 4. Satpam dengan sertifikasi Bantuan Hidup Dasar. 5. Petugas Pengemudi Ambulans Gawat Darurat dengan sertifikasi Bantuan Hidup Dasar. |
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Pelayanan Medik 2. Bidang Keperawatan 3. Seksi Etika Mutu dan Audit Keperawatan 4. Seksi Bimbingan dan Asuhan Keperawatan |

| | | |
|-----------|--|---|
| | | 5. Dilakukan oleh atasan langsung |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Sebagai Konsulen 15 orang 2. Dokter Umum 14 orang 3. Perawat 13 orang 4. Bidan 8 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemenuhan Hak Pasien 2. Pelaksanaan Pasien Safety |
| 14 | Evaluasi Kinerja | <p>Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindak Lanjut Aduan Masyarakat 2. Laporan Kinerja Pelayanan 3. Rapat Pimpinan |

**STANDAR PELAYANAN
KASIR RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | Pasien menunjukkan kartu berobat pasien atau menyebutkan nama lengkap pasien. |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p>Pasien Rawat Jalan, Rawat Inap dan Rawat Darurat (IGD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien atau keluarga pasien menuju kasir sesuai antrian. 2. Pasien atau keluarga pasien memberikan dokumen/persyaratan yang diminta petugas. 3. Petugas melakukan identifikasi dan verifikasi identitas pasien. 4. Petugas kasir menerima formulir rincian dari masing masing unit pelayanan (Radiologi, Laboratorium, Farmasi dan pelayanan penunjang lainnya). 5. Petugas kasir menerima formulir rincian tindakan dari UGD, Poliklinik, Zaal Rawat Inap 6. Petugas kasir memberitahu kepada pasien atau keluarga pasien atas jumlah pembayaran. 7. Pasien melakukan transaksi pembayaran dikasir. 8. Petugas kasir menerima pembayaran dari pasien dan menghitung uang yang diterima. 9. Petugas kasir membuat kuitansi dan menyerahkan kuitansi ke pasien dengan diberikan stempel Lunas. 10. Petugas menyarankan kepada pasien untuk menuju ke masing masing klinik dan rawat inap yang dikehendaki. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | Rawat Jalan : 5 menit Rawat Inap : 20 menit IGD : 5 – 10 menit |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Kasir |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Peraturan Bupati No. 37 Tahun 2018 Tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah RSUD Banyuasin. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 7. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. |

| | | |
|----|--|---|
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Alat Tulis 3. Printer |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | SMA, D3, Sarjana |
| 10 | Pengawasan Internal | <p>Dilakukan oleh :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur 2. Kepala Bagian Tata Usaha 3. Kepala Sub Bagian Keuangan 4. Bendahara Penerimaan |
| 11 | Jumlah Pelaksana | 5 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan akurat serta mengutamakan upaya peningkatana mutu dan kepuasan pasien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Data pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Satpam) RSUD. 3. Pelaksanaan sesuai prosedur yang berlaku 4. Diwujudkan dalam kualitas pelayanan prima yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas yang trampil, cepat, sopan santun serta berkompeten dalam bidang tugasnya. |
| 14 | Evaluasi Kinerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 (dua) kali dalam setahun. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan kepuasan pasien. |

STANDAR PELAYANAN PUBLIK
KAMAR BERSALIN

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1. | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah terdaftar dan sudah mendapatkan nomor registrasi dari IGD atau Poliklinik Kebidanan 2. Pasien yang masuk ke kamar bersalin dapat berasal dari rawat jalan Poliklinik Kebidanan dan IGD (Instalasi Gawat Darurat). 3. Pasien sudah memiliki surat persetujuan tindakan sesuai dengan indikasi. |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan pasien setelah serah terima pasien dari IGD atau Poliklinik Kebidanan 2. Melakukan pemeriksaan kebidanan Antenatal Care (head to- toe) kepada pasien 3. Pasien / keluarga menandatangani persetujuan tindakan sesuai dengan Indikasi Medis serta instruksi dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 4. Melakukan pemeriksaan penunjang pada pasien jika diperlukan, dengan didampingi oleh Petugas Kamar Bersalin sesuai dengan Instruksi dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 5. Melakukan pertolongan persalinan 6. Melakukan persiapan operasi apabila pasien di rencanakan untuk operasi oleh DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 7. Petugas ruang kamar bersalin melaporkan kepada dokter jaga. Dokter jaga akan mengkonsultasikan semua pelayanan yang telah dilakukan terhadap pasien kepada DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 8. Pemberian terapi obat sesuai dengan Instruksi dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) 9. Pasien / keluarga pasien dapat meminta penjelasan dan informasi kepada petugas ruangan, dokter jaga. 10. Pasien dipindahkan ke Ruang Rawat / Kamar Operasi / Rujuk / Pulang. 11. Saat pasien dinyatakan boleh pulang, petugas ruang perawatan akan menginformasikan kepada keluarga pasien kapan bisa pulang dan mengurus administrasi serta pengambilan obat pulang. |
| 3. | Jangka Waktu Pelayanan | jam setiap hari |
| 4. | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Permenkes No 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 2. Peraturan Bupati Banyuwasin Nomor 37 Tahun 2018 tentang Tarif Layanan Umum Daerah RSUD Kabupaten Banyuwasin |

| | | |
|----------------------|--|---|
| 5. | Produk Layanan | Pelayanan Rawat Kelas III, Kelas II, Kelas I, Ruang Bersalin, Ruang Neonatus (Bayi). |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 • Instagram : @rsudbanyuasin_ |
| MANUFACTURING | | |
| 7. | 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 Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Undang – undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. ndang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 7. Peputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 8. Permenkes No 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan 9. Peraturan Bupati Banyuasin Nomor 37 Tahun 2018 tentang Tarif Layanan Umum Daerah RSUD Kabupaten Banyuasin |
| 8. | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu pasien 2. Ruang perawatan 3. Ruang Neonatus / Bayi 4. Ruang Bersalin 5. <i>Ners Station</i> 6. Meja 7. Kursi 8. AC 9. Buku Registrasi 10. Ruang Arsip |

| | | |
|------------|----------------------|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 11. Lemari obat 12. Lemari Alat 13. Trolley emergency 14. Bed Pasien 15. Ginekologi Bed 16. Tensi Meter 17. Termometer 18. Timbangan 19. Set Partus 20. Kulkas obat 21. Stetoskop 22. Heating set 23. CTG/Dopler 24. Infant Warmer 25. Inkubator 26. Suction 27. Tromol 28. Troli 29. O2 sentral 30. Tabung o2 31. Lampu tindakan 32. Kursi roda 33. Brankar 34. Standar infus 35. APD |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Obstetri dan Ginekologi 2. Dokter Umum 3. Bidan |
| 10. | Pengawasan Internal | <p>Pengawasan dilakukan oleh:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Bidang Keperawatan 2. Seksi Etika Mutu dan Audit Keperawatan 3. Seksi Bimbingan dan Asuhan Keperawatan 4. Dilakukan oleh atasan langsung |
| 11. | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 2 orang 2. Dokter Umum 14 orang 3. Bidan 11 orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | <p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu pelayanan serta keselamatan pasien. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan standar akreditasi RS, diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional</p> |

| | | |
|------------|--|--|
| | | Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidangnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan santun, serta terlaksananya pelayanan keperawatan aman, tepat waktu, efisien untuk pelayanan prima terhadap pasien dalam menunjang penegakan diagnosa. |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 3. Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien 4. Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safety 5. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya. |
| 14. | Evaluasi Kinerja | <p>Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) 2. Laporan Kinerja Pelayanan 3. Monitoring dan Penilaian Kinerja minimal 1 bulan sekali oleh atasan langsung 4. Rapat Pimpinan Penilaian Kinerja petugas |

STANDAR PELAYANAN GIZI

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. SEP (bagi pasien peserta JKN-KIS) 2. Pasien sudah ditentukan diagnosis oleh dokter 3. Pasien sudah dirawat masuk Rumah Sakit selama 1x 24 jam |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diasesmen ulang terkait dengan proses asuhan rawat inap <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar skrining gizi b. Lembar asuhan gizi rawat inap c. Leaflet konseling gizi 2. Evaluasi system asuhan gizi rawat inap yang sesuai prosedur 3. Penyelenggaraan makanan di rawat inap : <ol style="list-style-type: none"> a. perencanaan menu makanan pasien b. penyajian makanan ke pasien di ruang perawatan. c. Jadwal pelayanan makanan pasien : <ul style="list-style-type: none"> • Makan Pagi : 07.00 – 08.00 • Snack Pagi : 09.00 – 10.00Makan • Makan Siang : 12.00 – 13.00 • Snack Sore : 15.00 – 16.00 • Makan Malam : 17.00 - 18.00 |
| 3 | Jangka Waktu | <p>Asasmen awal :10 -15 menit</p> <p>Asesmen ulang : dalam waktu 1x24 jam</p> |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Gizi |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. - 82 - No Komponen Uraian Penyampaian Layanan 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 5. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 6. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 7. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Makanan. |

| | | |
|---|----------------------|--|
| | | <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit.</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi.</p> |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <p>A. <u>Pelayanan Gizi Rawat Jalan</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Peralatan Kantor Meja dan Kursi Konseling gizi - Peralatan Konsultasi dan Penyuluhan Meliputi rak leaflet, leaflet diet dan Bahan Makanan Penukar, Food model, Poster - poster, buku pencatatan dan Pelaporan. - Peralatan antropometri Meliputi Standar antropometri, alat ukur tinggi dan berat badan Dewasa, timbangan bayi, alat ukur Lingkar lengan atas. <p>B. <u>Pelayanan gizi Rawat inap</u></p> <p>a. Tempat penerimaan bahan makanan Peralatan yang tersedia di ruangan ini ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja wastafel pencucian BM 2. Timbangan 3. Pisau 4. Container 5. Troli 6. Palet 7. Baskom 8. Talenan 9. APAR 10. Tempat sampah <p>b. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan basah Peralatan yang ada di ruangan penyimpanan bahan makanan segar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frezzer 2. Lemari pendingin 3. Container bahan makanan 4. Timbangan 5. Kereta angkut 6. Alat pengukur suhu ruangan 7. Rak /palet penyimpanan <p>c. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan kering Peralatan yang ada di ruang penyimpanan kering antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rak/palet penyimpanan bahan makanan kering 2. Timbangan kapasitas 20-100 kg 3. Kereta angkut 4. Pengusir tikus elektrik |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>5. Alat pengukur suhu ruangan</p> <p>d. Tempat Persiapan bahan makanan Peralatan yang ada di ruangan ini antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja persiapan 2. Bangku kerja 3. Bak cuci sayuran 4. Blender 5. Cobek/uleman 6. Mixer 7. Timbangan meja 8. Talenan 9. Wastafel <p>e. Tempat Pemasakan makanan Fasilitas yang ada di ruangan ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompor gas elpiji 2. Rice Cooker 3. Panci besar 4. Penggorengan 5. Cerobong asap diatas kompor 6. Oven <p>f. Tempat distribusi makanan Fasilitas yang ada di ruangan ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja pembagi 2. Bangku 3. Sendok 4. Garpu 5. Piring makan 6. Ompreng 7. Gelas minum 8. Mangkuk sayur 9. Piring kue 10. Cangkir tertutup 11. Tempat telur 12. Troli untuk makanan 13. Rak – rak piring 14. Kertas label 15. Alat tulis <p>g. Ruang Formula Fasilitas yang ada pada ruangan ini antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Thermos 3. Blender 4. Gelas ukur |
|--|--|---|

| | | |
|-----------|----------------------|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 5. Sendok makan 6. Sendok the 7. Sendok Takar ml 8. Piring dan gelas 9. Mangkok 10. Timbangan Digital 11. Blender <p>h. Tempat pencucian alat dan penyimpanan alat Fasilitas Pencucian Alat Makan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Bak pencuci alat 2. Wastafel 3. Kompor 4. Panci 5. Rak alat 6. Tempat sampah <p>i. Tempat Penyimpanan alat dapur Fasilitas yang ada di ruangan ini antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Almari perkakas dapur 2. Rak perkakas dapur 3. Meja 4. Kursi <p>j. Ruang ganti alat perlindungan diri(APD) Fasilitas yang ada di ruang ini antara lain :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Loker 2. Baju khusus 3. Sepatu/sandal khusus 4. Penutup rambut 5. Masker 6. Hanscond <p>k. Ruang pengawas Fasilitas yang ada di ruangan ini antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Kursi 3. Lemari berkas/arsip <p>l. Tempat pembuangan sampah</p> |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Gizi 2. Ahli Gizi 3. Tenaga Pengolah Makanan dan distribusi |
| 10 | Pengawasan Internal | <ul style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan oleh petugas |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Gizi : 1 Orang 2. Ahli Gizi : 3 Orang 3. Tenaga Pengolah Makanan : 5 Orang |

| | | |
|-----------|--|---|
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta berfokus pada upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none">1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya.2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien.3. Pengawasan keamanan pangan dalam penyelenggaraan makanan |
| 14 | Evaluasi Pelayanan | Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan Indikator : <ul style="list-style-type: none">- Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien- Sisa Makanan yang tidak termakan oleh pasien- Pemberi pelayanan gizi- Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi- Kepuasan pelanggan |

**STANDAR PELAYANAN
UNIT TRANSFUSI DARAH**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1. | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir permintaan darah dari DPJP 2. Kartu Identitas pasien 3. Kartu BPJS / JKN 4. SEP |
| 2. | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Form permintaan darah dibawa ke UTDRS 2. Dilakukan Identifikasi terhadap form permintaan darah dan sample darah 3. Dilakukan pemeriksaan golongan darah terhadap sampel darah 4. Jika UTDRS tersedia stok darah maka dapat langsung dilakukan pemeriksaan crossmatch antara darah pasien dan darah donor 5. Jika UTDRS tidak tersedia stok darah maka keluarga pasien diminta untuk mencari pendonor pengganti dan dilakukan pemeriksaan meliputi seleksi donor, Aftaf, Pengelolaan Komponen dan Crossmatch. 6. Petugas Ruangan / Perawat dapat mengambil darah setelah dikabarkan dari UTDRS bahwa darah sudah dapat diambil. 7. Petugas Ruangan/ Perawat mengambil darah dan Petugas UTDRS melakukan pengecekan terlebih dahulu terhadap label kantong darah dan menulis di buku Distribusi kemudian diserahkan ke perawat menggunakan cool box. 8. Sebelum Melakukan Transfusi darah , petugas jaga/ perawat memeriksa Kembali label yang ada pada kantong darah. |
| 3. | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Darah Rutin / Biasa < 2 jam 2. Pelayanan Darah Cyto < 1 jam 3. Pelayanan darah tanpa crossmatch 15 menit |
| 4. | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5. | Produk Layanan | Pelayanan transfusi darah |
| 6. | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7. | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Peraturan Pemerintah Nomor 7 tahun 2011 tentang pelayanan darah. |

| | | |
|------------|--|---|
| | | <p>2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 83 tahun 2014 tentang transfusi darah, Bank Darah Rumah Sakit Dan jejaring Pelayanan Transfusi Darah.</p> <p>3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah</p> |
| 8. | Sarana dan Prasarana | <p>1. Ruang Pendaftaran pendonor</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Pendaftaran 2. Komputer 3. Alat Tulis Kantor, Form Pendaftaran Pendonor 4. Alat Hemoglobinmeter <p>2. Ruang Aktaf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AC 2. Kursi Donor 3. Tensimeter 4. Blood Bag 5. Hemoscale <p>3. Ruang Laboratorium</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. AC 2. Meja Pemeriksaan 3. Centrifuge Tabung 4. Id Centrifuge 5. Id Inkubator 6. Tube Sealer 7. Plasma Ekstraktor <p>4. Ruang Penyimpanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ac 2. Blood Bank Refrigerator 3. Plasma Ekstraktor |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Analis Kesehatan 3. Perawat |
| 10. | Pengawasan Internal | Bidang pelayanan Medik |
| 11. | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 1 orang 2. Tenaga ATLM 5 orang 3. Tenaga Perawat 2 Orang |
| 12. | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi dan sumber daya manusia menggunakan alat pelindung diri. 2. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan profesional dibidangnya. |

| | | |
|------------|------------------|---|
| 14. | Evaluasi Kinerja | <ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.2. Penilaian Kinerja Karyawan Berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan. |
|------------|------------------|---|

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI BEDAH SENTRAL**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | 1. SEP (jika pasien JKN-KIS) 2. Status Pasien |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | 1. Tata laksana pelayanan pembedahan a. Pra/sebelum Operasi, meliputi : 1) Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi diberikan informasi /penyuluhan mengenai prosedur yang akan dijalani (informed concent)pembedahan dan anestesi 2) Visite prabedah oleh dokter bedah, menentukan rencana pembedahan, persiapan pembedahan, konsul kepada subspecialis lain jika dibutuhkan dan serta melakukan penandaan lokasi operasi dengan tanda Centang (√) menggunakan spidolpermanen dan didokumentasikan pada lembar penandan lokasi operasi. 3) Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan pembedahansewaktu di kamar operasi dilakukan identifikasi meliputi tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien yang akan dioperasi 4) Pada setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi dilakukan prinsip pencegahan danpengendalian infeksi. |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | | <p>b. Intra Operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tim operasi yang terlibat wajib ikut dalam proses sistem surgery procedure (sign in, time out, sign out). dengan menggunakan cek list keamanan pembedahan/prosedur diagnostik/invasif 2) Monitoring pasien selama operasi oleh dokter anestesi <p>c. Pasca Operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitoring pasien pasca operasi di ruang pulih/recoveri room. b. Pendokumentasian pasca operasi oleh perawat ruang pulih c. Pendokumentasian pasien pasca operasi oleh dokter bedah. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan penerimaan penjadwalan operasi yang terencana unit terkait mendaftarkan ke bagian kamar operasi, minimal 1 hari sebelum operasi. 2. Pelayanan penerimaan penjadwalan operasi emergency yang memerlukan tindakan pelayanan segera/darurat kurang dari 2 jam, pelayanan dilaksanakan pada jam kerja maupun di luar jam kerja. |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Instalasi Bedah sentral |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |

| | | |
|---|----------------------|---|
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1438 Tahun 2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit 5. Peraturan Bupati Banyuasin Nomor 37 Tahun 2018 tentang Tarif Layanan Umum Daerah RSUD Banyuasin |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki Gedung Khusus IBS dengan 3 Kamar Operasi Bedah, 1 Kamar Operasi Mata dengan mesin feco dan 1 Kamar Operasi Emergency di Gegung IGD (Total 5 Kamar Operasi) 2. Memiliki 5 Paket Meja Operasi dan dilengkapi mesin anestesi dan alat Instrumen yang memadai disetiap kamar operasi serta memiliki Monitor Pasien dan alat-alat pendukung lainnya. 3. Memiliki ruang tunggu pasien, ruang pemulihan pasien serta ruang istirahat dokter dan perawat. |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Bedah , Spesialis anastesi, spesialis obgyn, spesialis orthopedi, spesialis mata dan spesialis THT. 2. Perawat 3. Bidan 4. Penata Anastesi |

| | | |
|----|--|---|
| 10 | Pengawasan Internal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Bidang Pelayanan Medik 2. Dilakukan oleh atasan langsung |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Bedah 3 Orang 2. Dokter Spesialis Anestesi 2 Orang 3. Dokter Spesialis Obstetrik & Ginekologi 2 Orang 4. Dokter Spesialis Orthopedi 1 Orang 5. Dokter Spesialis Mata 1 Orang 6. Dokter Spesialis THT 1 Orang 7. Perawat Profesi Ners 2 Orang 8. Perawat S.Kep 1 Orang 9. Perawat Terampil DIII Kep 9 Orang 10. Bidan Terampil 1 Orang 11. Penata Anestesi 2 orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | <p>Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p> |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan pelayanan di jamin dengan alat yang terkalibrasi dan sumber daya manusia menggunakan alat pelindung diri. 2. Sumber daya manusia memiliki kompetensi dan professional di bidangnya |
| 14 | Evaluasi Kinerja | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi terhadap penerapan standar pelayanan dilakukan minimal satu kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan. 2. Penilaian Kinerja Karyawan Berdasarkan pengawasan atasan langsung terkait kinerja dan kedisiplinan. |

**STANDAR PELAYANAN
INSTALASI LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--------------------------------|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lembaran permintaan pemeriksaan Laboratorium dari dokter umum/dokter spesialis RSUD Banyuasin 2. Berkas pendaftaran Rawat jalan / bagian unit MCU 3. SEP (Surat Elegabilitas Pasien) / Surat Jaminan Pelayanan Kepesertaan yang didapat saat pendaftaran (khusus untuk pasien BPJS/JAMKESDA/Perusahaan) 4. Surat rujukan permintaan pemeriksaan Laboratorium dari dokter umum / dokter spesialis / klinik / RS Swasta / unit Kesehatan lainnya 5. Membawa sampel / pasien yang mau dirujuk (khusus rujukan) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <p>Rawat Jalan / MCU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari Poliklinik atau unit MCU menyerahkan berkas pendaftaran beserta lembaran permintaan pemeriksaan laboratorium dari dokter umum / dokter spesialis ke petugas laboratorium 2. Petugas admin menerima, memeriksa, memverifikasi kelengkapan berkas permintaan pelayanan laboratorium pasien rawat jalan / MCU |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>3. Petugas laboratorium memanggil pasien dari tempat penerimaan form laboratorium</p> <p>4. Petugas laboratorium menanyakan identitas pasien seperti nama dan tanggal lahir pasien</p> <p>5. Petugas laboratorium menjelaskan kepada pasien tentang pemeriksaan yang akan dilakukan</p> <p>6. Petugas laboratorium mempersiapkan alat dan bahan yang akan digunakan untuk selanjutnya petugas mengambil sampel sesuai dengan permintaan dokter pengirim</p> <p>7. Petugas laboratorium memberi identitas pasien pada sampel yang telah diambil</p> <p>8. Petugas laboratorium mempersilahkan pasien untuk menunggu hasil lab diluar ruangan</p> <p>9. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel sesuai dengan jenis pemeriksaan yang diminta oleh dokter, membuat laporan hasil pemeriksaan, validasi dan ekspertise oleh dokter Spesialis Patologi Klinik</p> <p>10. Petugas menyerahkan hasil pemeriksaan kepada pasien</p> <p>11. Pasien menandatangani buku bukti pengambilan hasil</p> <p>12. Untuk pasien Umum / MCU hasil laboratorium diserahkan sewaktu pasien menunjukkan bukti kuitansi pembayaran pemeriksaan laboratorium. Sedangkan pasien BPJS / JAMKESDA / Perusahaan, hasil laboratorium diserahkan bersama berkas jaminan.</p> <p>Rawat Inap</p> <p>1. Perawat bangsal rawat inap atau kurir yang ditugaskan mengantarkan sampel atau cairan tubuh yang sudah diberi label identitas pasien yang akan diperiksa dengan membawa lembar permintaan pemeriksaan laboratorium yang sudah diberi identitas lengkap dan ditandatangani oleh dokter umum / DPJP beserta kendali tindakan pasien untuk menulis rincian biaya pemeriksaan laboratorium</p> <p>2. Petugas laboratorium melakukan registrasi dan verifikasi lembaran permintaan pemeriksaan sesuai permintaan dari dokter umum / DPJP dan mengecek sampel sesuai standar pemeriksaan laboratorium (kesesuaian identitas pasien dan keadaan sampel) dan membuat rincian biaya pemeriksaan laboratorium</p> <p>3. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan dan ekspertise oleh dokter spesialis patologi klinik</p> <p>4. Setelah pemeriksaan selesai. Petugas laboratorium mengeluarkan hasil pemeriksaan kemudian menginformasikan kepada petugas bangsal via telepon untuk segera mengambil hasil pemeriksaan tersebut oleh masing-masing petugas bangsal</p> <p>IGD</p> <p>1. Petugas IGD atau kurir yang ditugaskan mengirimkan sampel atau cairan tubuh yang sudah diberi label identitas pasien untuk diperiksa ke Instalasi laboratorium dengan membawa lembar permintaan pemeriksaan yang sudah dilengkapi dengan identitas lengkap dan ditandatangani oleh dokter jaga IGD beserta lembaran kendali tindakan untuk mengisi rincian biaya pemeriksaan laboratorium</p> <p>2. Petugas laboratorium melakukan registrasi dan verifikasi lembaran permintaan pemeriksaan sesuai permintaan dari dokter umum / DPJP dan mengecek sampel sesuai standar pemeriksaan laboratorium (kesesuaian identitas pasien atau keadaan</p> |
|--|--|---|

| | | |
|----------|------------------------|---|
| | | <p>sampel) dan membuat rincian biaya pemeriksaan laboratorium</p> <p>3. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan, validasi dan expertise oleh dokter spesialis patologi klinik</p> <p>4. Setelah pemeriksaan selesai, petugas laboratorium menginformasikan via telepon ke dokter atau perawat jaga bahwa hasil laboratorium dan rincian biaya pemeriksaan pasien harus segera diambil.</p> |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan laboratorium 1 x 24 jam 2. Waktu tunggu hasil pemeriksaan kimia klinik dan darah rutin adalah 140 menit 3. Waktu tunggu laboratorium CITO adalah 60 menit 4. Pemeriksaan lab rujukan ke BBLK Palembang sesuai jadwal yang ditentukan BBLK Palembang |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | <p>1 Jenis pemeriksaan umum di Instalasi Laboratorium RSUD Banyuasin adalah sebagai berikut :</p> <p>A. Hematologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Darah lengkap : darah rutin + diff count - Darah Rutin : Hb, Ht, Leu, Trom, Eri, MCV, MCH, MCHC - Golongan darah (ABO) + Rhesus - Gambaran darah tepi - LED <p>B. Hemostasis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cloting time (CT) - Bleeding time (BT) <p>C. Kimia Darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Glukosa darah (BSS, BSN, BSPP , HBA1C) - Pemeriksaan fungsi ginjal : Ureum, Creatinine, Asam Urat - Pemeriksaan Fungsi hati : Bilirubin total, bilirubin direct, Bilirubin Indirect, Protein Total, Albumin, SGOT, SGPT - Pemeriksaan Fungsi Lemak : Kolesterol total, Triglyseride, HDL Kolesterol, LDL Kolesterol - Pemeriksaan Elektrolit - AGD : Pemeriksaan Na-K-Cl, Pemeriksaan Analisa Gas Darah <p>D. Imuno serologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - HbsAg Rapid, Anti Hbs rapid, Anti HCV rapid - Anti HIV rapid - Sifilis Rapid - Widal, Tubex - CRP kuantitatif - T3, T4, Ft4, TSH - Swab Antigen <p>E. Mikrobiologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malaria - Pewarnaan gram dan BTA |

| | | |
|----------------------|--|--|
| | | <p>F. Sekresi Ekskresi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urinalisa : Urine Lengkap + Sedimen - Faeces <p>G. Narkoba</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tes Narkoba 6 Parameter <p>2. Jenis pemeriksaan Khusus di Instalasi laboratorium RSUD Banyuasin :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tes Cepat Molekuler TCM TB) untuk pemantauan pengobatan TB |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang- undang RI No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 2. Undang-undang No 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI NO 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 4. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 370/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Ahli Teknologi Laboratorium Kesehatan 5. Keputusan Menteri Kesehatan No 364/Menkes/SK/III/2003 tentang Laboratorium Kesehatan 6. Keputusan Menteri Kesehatan No 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 7. Peraturan Menteri Kesehatan No 43 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan laboratorium Klinik yang Baik dan Benar 8. Permenpan RB No 36 tahun 2012 tentang Pentunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan dan Penerapan Standar Pelayanan 9. Pedoman Kemenkes RI tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit 10. Peraturan Daerah Tentang Tarif Rumah sakit Banyuasin |
| 8 | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitas Ruang <ol style="list-style-type: none"> A. Ruang Pengambilan Spesimen B. Ruang Pendaftaran C. Ruang tunggu pasien D. Ruang Kerja Pemeriksaan Laboratorium Hematologi, Kimia Klinik, Imunoserologi, Sekresi Ekskresi, Mikrobiologi E. Ruang Dokter Penanggung Jawab (Kepala Instalasi 0 F. Ruang Petugas G. Kamar Mandi pasien H. Kamar mandi petugas I. Gudang reagen dan B3 dibuat terpisah |

| | | |
|--|--|--|
| | | <p>J. Sumber listrik yang cukup, baik dan aman, tegangan dan arus stabil, tersedia grounding, panel penguasaan mudah dijangkau</p> <p>K. Sumber air bersih dan mengalir tersedia setiap saat</p> <p>L. Refrigerator dan freezer untuk penyimpanan bahan dan reagen tersedia nukup</p> <p>M. UPS untuk semua peralatan</p> <p>N. Penempatan AC dan kapasitas AC sesuai dengan kebutuhan</p> <p>O. Papan penunjuk arah, papan identitas dan papan peringatan tersedia dan mudah dilihat</p> <p>P. Tersedia pengolahan limbah cair laboratorium yang terhubung dengan IPAI Rumah Sakit</p> <p>Q. Penerangan , menggunakan lampu neon menyesuaikan dengan kebutuhan</p> <p>R. Sarana keselamatan tersedia meliputi APAR, Safety box, tempat sampah sesuai jenisnya, cairan anti septik dan pintu darurat</p> <p>2. Fasilitas Peralatan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alat- alat untuk pemeriksaan Kimia Klinik <ol style="list-style-type: none"> 1. Chemistry AUtomatic Analyzer 2. Elektrolit Analyzer 3. Blood Gas analyzer 4. HBA1C Analyzer 5. Mikropipet dengan berbagai ukuran 6. Timer 7. Glukometer 8. Autoklik Lancet 9. Blue tip dan Yellow Tip 10. Peralatan Pendukung lainnya - Alat-alat untuk pemeriksaan Hematologi <ol style="list-style-type: none"> 1. Hematology Analyzyer 2. Milroskop Binokuler 3. Counter Cell 4. Timer 5. Mikropipet 6. Autoklik Lancet 7. Objek glass, deck glass dan peralatan gelas lainnya 8. Yellow tip dan blue tip 9. Peralatan pendukung lainnya - Alat-alat pemeriksaan Imunoserologi <ol style="list-style-type: none"> 1. CRP Analyzer 2. Centrifuge 3. Mikropipet berbagai ukuran 4. Blue tip dan yellow tip |
|--|--|--|

| | | |
|-----------|--|---|
| | | <ul style="list-style-type: none"> 5. Tabung reaksi dan peralatan gelas lainnya 6. Rotator 7. Peralatan pendukung lainnya - Alat-alat pemeriksaan Mikrobiologi <ul style="list-style-type: none"> 1. Alat TCM Geneexpert 2. Mikroskop Binocular 3. Safety cabinet lampu UV untuk sterilisasi 4. BSL 5. Lampu Spritus 6. Spesimen Container 7. Peralatan pendukung lainnya 3. Fasilitas Pendukung Lainnya <ul style="list-style-type: none"> 1. Beberapa unit komputer dan printer 2. Lemari penyimpanan dokumen 3. Telepon 4. Link Internet 5. SIM RS 6. Meja tulis 7. Meja kerja 8. Kursi 9. Refrigerator penyimpanan reagen dan sampel 10. Temperatur suhu ruangan dan refrigerator 11. Jas laboratorium petugas 12. Pelindung kaki petugas |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Analis Kesehatan 3. Tenaga Administrasi |
| 10 | Pengawasan Internal | <ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD Banyuasin 2. Bidang Pelayanan RSUD Banyuasin 3. Bidang Penunjang RSUD Banyuasin 4. Bidang Keperawatan RSUD Banyuasin 5. Sub Bagian Umum Dan Kepegawaian RSUD Banyuasin |
| 11 | Jumlah Pelaksana | <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 1 orang 2. Tenaga Analis Kesehatan ATLM sebanyak 8 orang 3. Tenaga Administrasi 1 (satu) orang |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan akurat serta mengutamakan upaya peningkatana mutu dan kepuasan pasien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Informasi tentang hasil laboratorium dijamin kerahasiannya (Pemenuhan hak Pasien) 2. Peralatan medis yang digunakan dijamin sterilitasnya (pelaksanaan pasien safety) 3. Reagen yang digunakan dijamin masa berlaku penggunaannya (tidak kadaluarsa) 4. Peralatan laboratorium dijamin sudah terkalibrasi oleh pihak yang berkompeten dibidangnya |

| | | |
|-----------|------------------|--|
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit dengan indikator : <ol style="list-style-type: none">1. Waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium Kimia Klinik dan Hematologi (darah rutin)2. Pelaksana Ekspertise dokter Spesialis Patologi Klinik3. Tidak ada kesalahan dalam pemberian hasil pemeriksaan laboratorium4. Kepuasan pelanggan5. Evaluasi Kinerja bagi Pemberi pelayanan laboratorium klinik6. Fasilitas dan peralatan yang selalu terupdate mengikuti perkembangan7. Tidak adanya kejadian tertukar spesimen8. Kesesuaian hasil pemeriksaan saat mengikuti program Pemantapan Mutu Eksternal |
|-----------|------------------|--|

**STANDAR PELAYANAN
INTENSIF CARE UNIT (ICU)**

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|--|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas 2. Surat pengantar /permintaan rawat ICU 3. SEP (jika pasien JKN-KIS) |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter penanggung jawab pasien yang berasal dari IGD / IBS / rawat inap berkonsultasi dengan dokter anestesi untuk meminta pertimbangan pasien yang membutuhkan perawatan ICU beserta berkas rekam medis. 2. Dokter Anestesi memberikan persetujuan masuk atau tidaknya pasien ke ICU berdasarkan penilaian keseluruhan aspek prioritas pasien. Aspek Prioritas pasien meliputi: <ol style="list-style-type: none"> a. Prioritas 1: pasien yang memerlukan alat bantu/memerlukan terapi intensif dan titrasi. b. Prioritas 2: pasien yang perlu pemantauan terus menerus untuk mencegah penyulit lebih jauh yang fatal. c. Prioritas 3 : untuk mengatasi kegawatan sesaat pada pasien sakit kronis. 3. Setelah pasien masuk ICU, Dokter Anestesi yang akan memberikan penanganan pasien selanjutnya. 4. Jika kondisi memungkinkan pasien untuk pulang/rawat inap di bangsal/rujuk ke RS yang lebih tinggi, maka keluarga pasien segera mengurus administrasi dengan perawat/petugas administrasi di ICU. |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | 24 jam setiap hari |
| 4 | Biaya/Tarif | <ol style="list-style-type: none"> 1. Perda Tarif RSUD Banyuasin 2. Permenkes No 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan Intensif Care Unit |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |

MANUFACTURING

| | | |
|-----------|--|--|
| 7 | Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none">1. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.2. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan.5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778 / Menkes / SK / XII / 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Intensive Care Unit Rumah Sakit.7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519 / Menkes / Per / III / 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit.8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 17. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 779 / Menkes / SK / VIII / 2008 tentang Standar Pelayanan Anestesi di Rumah Sakit |
| 8 | Sarana dan Prasarana | |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | Petugas bersertifikat ICU |
| 10 | Pengawasan Internal | Dilakukan oleh atasan langsung secara berjenjang dan dilaksanakan secara kontinyu |
| 11 | Jumlah Pelaksana | 3 orang per shift (pagi) 2 orang per shift (malam) |
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan akurat serta mengutamakan upaya peningkatana mutu dan kepuasan pasien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap 1 bulan sekali |

STANDAR PELAYANAN
KEBERSIHAN TANGAN DI RSUD BANYUASIN

| NO | KOMPONEN | URAIAN |
|-------------------------|--|---|
| SERVICE DELIVERY | | |
| 1 | Persyaratan | - |
| 2 | Sistem, Mekanisme dan Prosedur | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pembersihan tangan dengan sabun dan air(handwash) <ol style="list-style-type: none"> a. Buka perhiasan yang digunakan b. Basuh tangan dengan air mengalir c. Tuangkan sabun secukupnya d. Ratakan dengan kedua telapak tangan e. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiridengan tangan kanan dan sebaliknya f. Gosok kedua telapak tangan dan jari-jari g. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan salingmengunci. h. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya. i. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangankanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya j. Bilas kedua tangan dengan air mengalir k. Keringkan dengan tissue/handuk sekali pakai sampai benar-benar kering Gosok kedua telapak dan sela-sela jari l. Jari jari sisi dalam dari kedua tangan salingmengunci m. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggamantangan kanan dan sebaliknya n. Gosok dengan memutar ujung jari - jaritangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya o. Dan tangan anda sudah bersih |
| 3 | Jangka Waktu Pelayanan | Menggunakan handwash 40 – 60 detik, menggunakan handrub 20-30 detik |
| 4 | Biaya/Tarif | Tidak dipungut biaya |
| 5 | Produk Layanan | Pelayanan kebersihan tangan |
| 6 | Penanganan Pengaduan, Sarana dan Masukan | <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Pengaduan • Email : rsudbanyuasin@yahoo.co.id • Telp : 08117321881 • Whatsapp : 08117321881 |
| MANUFACTURING | | |
| 7 | Dasar Hukum | Berdasarkan Surat Keputusan Direktur RSUD Banyuasin No.0 1 3 /KPTS/ RSUD/2024 Tanggal 26 Febuari 2024 Tentang Penetapan Standar Pelayanan RSUD |
| | Sarana dan Prasarana | <ol style="list-style-type: none"> 1. Wastafel dengan air mengalir dengan kran 2. Sabun atau cairan antiseptic mengandung clorhexidine 2% dan 4% untuk pembersihan tanganoperasi 3. Cairan handrub 4. Pengering tangan (tissue/paper, towel/handuk, satu kali pakai) |
| 9 | Kompetensi Pelaksana | Petugas di setiap ruang rawat inap dan Rawat Jalan |
| 10 | Pengawasan Internal | IPCN dan dibantu IPLCN pada waktu tertentu |
| 11 | Jumlah Pelaksana | Semua petugas kesehatan, keluarga, pengunjung, yang berhubungan langsung dengan pasien atau lingkungan pasien |

| | | |
|-----------|--|--|
| 12 | Jaminan Pelayanan | Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan akurat serta mengutamakan upaya peningkatan mutu dan kepuasan pasien. |
| 13 | Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan | 5. Pelaksanaan sesuai prosedur yang berlaku 6. Diwujudkan dalam kualitas pelayanan prima yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas yang trampil, cepat, sopan santun serta berkompeten dalam bidang tugasnya. |
| 14 | Evaluasi Kinerja | Hasil audit Kebersihan Tangan dilaporkan secara berkala kepada pimpinan melalui komite PPI. |