

KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT FATMAWATI
NOMOR HK.02.03/D.XXI/4076/2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT FATMAWATI

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT FATMAWATI,

- Menimbang :
- a. bahwa dalam rangka memberikan pelayanan yang prima bagi pasien di setiap unit pelayanan Rumah Sakit Fatmawati dan untuk mewujudkan sistem penyelenggara;
 - b. bahwa Rumah Sakit Fatmawati memiliki kewajiban menyelenggarakan pelayanan rawat jalan yang berkesinambungan bermutu dan berfokus kepada pelanggan dan keselamatan pasien dari saat pasien masuk sampai keluar rumah sakit;
 - c. bahwa untuk upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rawat jalan Rumah Sakit Fatmawati, maka diperlukan upaya standarisasi pelayanan melalui penerapan kebijakan, prosedur, dan manajemen risiko sebagai acuan;
 - d. bahwa sehubungan dengan pernyataan tersebut pada huruf a, b dan c di atas, perlu menetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Fatmawati dengan Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);

2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis;
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 2052/MENKES/PER/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 671);
8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 416);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);

10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964);
11. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 Tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati;
12. Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor HK.03.03/Menkes/434/2016 tentang Besaran Tambahan Biaya Pelayanan Rawat Jalan Di RS Bagi Peserta Jaminan Kesehatan Nasional;

Memperhatikan : Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan Nomor KP.03.04/D/10229/2023 tanggal 18 September 2023 tentang Perintah Pelaksana Tugas Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Jakarta;

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA RUMAH SAKIT UMUM PUSAT FATMAWATI TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT FATMAWATI.**

KESATU : Standar Pelayanan Rumah Sakit Fatmawati sebagai acuan bagi tenaga kesehatan dan non-kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

KEDUA : Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Fatmawati terdiri atas :

- a. Dasar hukum;
- b. Persyaratan pelayanan;
- c. Prosedur;
- d. Waktu pelayanan;
- e. Sarana prasarana/fasilitas;
- f. Kompetensi pelaksana;

- g. Pengawasan internal;
- h. Kompetensi pelaksana;
- i. Pengawasan internal;
- j. Penanganan pengaduan;
- k. Jumlah pelaksana;
- l. Jumlah pelayanan;
- m. Jaminan keamanan dan keselamatan.

- KETIGA : Standar Pelayanan Rumah Sakit Fatmawati yang dimaksud sebagaimana tercantum dalam lampiran Keputusan dan merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan ini.
- KEEMPAT : Sosialisasi dan pelaksanaan Keputusan ini dilakukan oleh Direktur Medik dan Keperawatan melalui Manajer Tim Kerja Pelayanan Medik Rumah Sakit Fatmawati.
- KELIMA : Pemantauan dan evaluasi pelaksanaan Keputusan ini dilakukan oleh Tim Kerja Pelayanan Medik bersama-sama dengan unit pelayanan terkait.
- KEENAM : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan. Apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Jakarta

pada tanggal 6 Juni 2024

Plt. DIREKTUR UTAMA,



MOHAMMAD SYAHRIL

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR UTAMA
RUMAH SAKIT FATMAWATI
NOMOR HK.02.03/D.XXI/4076/2024
TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA
RUMAH SAKIT FATMAWATI

STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT FATMAWATI

1. UNIT BISNIS

Merupakan unit layanan kesehatan dengan pengelolaan keuangan yang terpisah dengan layanan regular, adapun unit Bisnis terdiri dari beberapa jenis layanan sebagai berikut :

A. GRIYA HUSADA

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);3. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.02/D/14101/2023 tentang Pedoman Penyelenggaraan Unit Usaha Pada Rumah Sakit Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum di Lingkungan Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien Umum<ol style="list-style-type: none">a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport)2. Pasien jaminan perusahaan<ol style="list-style-type: none">a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport)b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan3. Pasien jaminan asuransi<ol style="list-style-type: none">a. Kartu identitasb. Kartu Jaminan Kesehatan dari Asuransi4. Pasien BPJS Iur Biaya<ol style="list-style-type: none">a. Kartu BPJS/NIKb. Rujukan <i>Online</i>

No.	KOMPONEN	URAIAN
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan pendaftaran melalui <i>reservasi online</i> melalui aplikasi MYRSF/melalui www.rsufatmawati.id/ pendaftaran langsung di tempat. 2. Pasien melakukan <i>scan barcode</i> di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) untuk mengkonfirmasi kedatangan dan mengambil nomor antrian pendaftaran. 3. Pasien menunggu antrian pendaftaran untuk mendapatkan Bukti Layanan dan SEP (jika Pasien BPJS Iur Biaya) 4. Pasien menuju klinik sesuai pelayanan yang dituju. 5. Pasien menerima pelayanan dokter, penunjang Laboratorium/Radiologi/Farmasi/Diagnostik Canggih. 6. Pasien melakukan pembayaran di Kasir.
4	Waktu Pelayanan	<p>Senin - Jumat : pukul 08.00 - 19.00 WIB Sabtu : pukul 08.00 - 14.00 WIB</p>
5	Biaya/ Tarif	<p>SK Tarif Umum RS Fatmawati 2023 Nomor : HK.02.03/D.XXI/3099/2023</p> <p>Jasa Konsultasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spesialis : Rp. 350.000,- - Sub Spesialis : Rp. 375.000,- <p>Khusus Pasien BPJS Iur Biaya : Rp.350.000,- Pasien Jaminan/Asuransi : sesuai Tarif RS (Griya Husada)</p>
6	Produk Layanan	<p><u>Pelayanan Dokter Spesialis/Subspesialis :</u> Fatmawati <i>Orthopaedic Center, Woman Health Center, Klinik Jantung, Klinik Jiwa, Klinik Bedah Plastik, Klinik Gigi dan Mulut, Klinik Neurologi, Klinik Bedah Saraf, Klinik Penyakit Dalam, Klinik Gizi, Klinik Anak, Klinik Anastesi, Klinik Bedah Umum, Bedah Urologi, Bedah Vaskuler, Bedah Thorax, Klinik Dermatologi dan Veneorologi, Klinik THT-KL, Klinik Mata, Klinik Paru, Klinik Rehab Medik, Klinik Penyakit Dalam, Klinik Nyeri, Klinik Akupunktur, Sentra Vaksin, Fatma Slim (Klinik Gizi), Klinik Nyeri, dan Klinik Rehabilitasi Medik.</i></p> <p><u>Pelayanan Penunjang :</u> Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Pemeriksaan Diagnostik Canggih, Rehabilitasi Medik</p>
7	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Valley Parking Doorman</i> 2. Ruang Tunggu Sofa & Harum 3. Ruang berAC 4. <i>Lift</i> 5. <i>Escalator</i> 6. <i>Medical Executive Coordination ATM</i> 7. <i>Vending Machine Coffee Toilet Pria & Wanita Toilet Difable</i>

		<p>8. <i>Security</i> setiap lantai Ruang</p> <p>9. Pemeriksaan/Klinik Meja, Kursi dan Komputer TV Media</p>
8	Kompetensi pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis/Subspesialis</p> <p>2. Perawat PK I-III</p> <p>3. Tenaga Kesehatan Lainnya : Perawat Gigi, Refraksionist, Elektromedis, <i>Farmasist</i>, Perekam medis, Fisioterapist, ATLM</p> <p>4. Tenaga Administrasi</p>
9	Pengawasan Internal	<p>1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi</p> <p>2. Supervisi dan <i>Feedback</i></p> <p>3. Laporan Mingguan</p> <p>4. Laporan Bulanan</p> <p>5. Laporan Tahunan</p>
10	Penanganan Pengaduan	<p>Melalui <i>scan Barcode</i> atau www.rsupfatmawati.id :</p> <p>-Keluhan Pelayanan Perawat</p> <p>-Keluhan Pelanggan</p> <p>-Survei Kepuasan Pelanggan</p>
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 187 orang, terdiri dari :</p> <p>1. Dokter umum 8 orang/spesialis 103 orang/Subspesialis 76 orang</p> <p>2. Perawat (26 orang)</p> <p>3. Radiografer (5 orang)</p> <p>4. ATLM 2 orang</p> <p>5. Nakes lain : Perawat Gigi 2 orang, <i>refraksionist</i> 1 orang)</p> <p>6. Perekam Medis : 3 orang</p> <p>7. Billing : 2 orang</p> <p>8. <i>Medical Excoord</i> : 5 orang</p> <p>9. Informasi : 2 orang</p> <p>10. Manajemen : 5 orang</p> <p>11. <i>Farmasist</i> : 10 orang</p> <p>12. Pramubakti : 2 orang</p> <p>13. <i>Security</i> 6 orang (<i>outsourcing</i>)</p> <p>14. <i>Cleaning Service</i> 12 orang (<i>outsourcing</i>)</p>
12	Jaminan pelayanan	<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dengan pelayanan pasien yang berkualitas memenuhi harapan pelanggan.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya</p> <p>2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien</p> <p>3. Implementasi Standar Prosedur Operasional</p> <p>4. Pengelolaan informasi medik secara digital</p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan</p> <p>2. Evaluasi Jumlah Pendapatan</p> <p>3. Evaluasi Ketepatan Pelayanan Dokter</p>

	4. Laporan Kinerja Unit Bisnis Divisi Griya Husada
--	--

B. FATMAWATI ORTHOPAEDIC CENTER

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah Sakitan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 nomor 586); 5. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati Nomor HK.02.03/D.XXI/478/2024 Tentang Pengorganisasian Unit Bisnis Rumah Sakit Fatmawati; 6. Panduan Pelayanan Klinis dan Panduan Nasional Pelayanan Klinis pada Layanan Orthopaedi.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. <i>Informed Consent Admission</i> 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan c. <i>Informed Consent Admission</i> 3. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas b. Surat Elektabilitas Peserta c. <i>Informed Consent Admission</i>
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan pendaftaran melalui reservasi <i>online</i> melalui aplikasi MYRSF /melalui www.rsupfatmawati.id/ pendaftaran langsung di tempat. 2. Pasien melakukan scan barcode di Anjungan Pendaftaran Mandiri (APM) untuk mengkonfirmasi kedatangan dan mengambil nomor antrian pendaftaran. 3. Pasien menunggu antrian pendaftaran untuk mendapatkan Bukti Layanan. 4. Pasien menunggu antrian pendaftaran untuk mendapatkan Bukti Layanan. 5. Pasien menuju klinik FOC. 6. Pasien menerima pelayanan dokter, penunjang

		Laboratorium/ Radiologi/ Farmasi/ Diagnostik Canggih 7. Pasien melakukan pembayaran di Kasir dan kemudian mengambil obat di farmasi jika ada
4	Waktu Pelayanan	24 jam sehari 7 hari seminggu
5	Biaya / Tarif	Tarif : 1. Tarif konsultasi Tarif Konsultasi A (konsultan senior): Rp. 700.000,- Tarif Konsultasi B (konsultan junior): Rp. 525.000,- Tarif Konsultasi C (orthopedi umum): Rp. 400.000,- 2. Tarif tindakan poliklinik (Mengacu kepada buku tarif tindakan poliklinik FOC 2024)
6	Produk Layanan	Pelayanan Dokter Spesialis/Subspesialis/Konsultan (Konsultasi dan Tindakan Poliklinik) Pelayanan Penunjang : Laboratorium, Radiologi, Farmasi, Pemeriksaan Diagnostik Canggih, Rehabilitasi Medik
7	Sarana prasarana/ fasilitas	RUANG : 1. Ruangan Poliklinik FOC 2. Ruangan Konsultasi 4 bilik 3. Gym FOC 1 bilik FASILITAS PERALATAN MEDIS dan NON MEDIS 1. Meja periksa pasien 2. Meja pertemuan 3. Meja pendaftaran 4. Meja tamu 5. Sofa penunggu 6. Set computer (Layar, CPU, mouse, keyboard) 7. Lightbox 8. Kursi 3 buah 9. Set peralatan GV 10. Meja dorong/Tray 11. Tempat sampah non medis 12. Tempat sampah medis LINEN KEPERAWATAN 1. Seprei 2. Sarung bantal 3. Selimut 4. Jas petugas/Seragam Perawat PERALATAN RUMAH TANGGA 1. Lemari dengan rak 2. Galon aqua 3. Dispenser

8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none">1. Dokter sesuai dengan disiplin ilmunya (Spesialis dan Subspesialis)2. Perawat sesuai dengan spesialis keilmuannya3. Tenaga administrasi4. Tenaga Pekarya/Escort
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Monitoring</i> dan <i>Evaluasi</i>2. <i>Supervisi</i> dan <i>Feedback</i>3. Laporan Bulanan4. Laporan Tahunan
10	Penanganan Pengaduan	Melalui <i>scan Barcode</i> atau www.rsufatmawati.id : <ul style="list-style-type: none">- Keluhan Pelayanan Perawat- Keluhan Pelanggan- Survey Kepuasan Pelanggan
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak orang, terdiri dari <ol style="list-style-type: none">1. Dokter spesialis orthopaedi (17 orang, dapat berubah menyesuaikan jumlah staf KSM Orthopaedi di RS Fatmawati)2. Manajer FOC (1 orang)3. Perawat (4 orang)4. Pekarya (2 orang)
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, dengan pelayanan pasien yang berkualitas memenuhi harapan pelanggan.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya2. Penerapan mitigasi risiko dipantau3. Asuhan Pasien sesuai PPK dan SPO4. Penerapan standar mutu dan Keselamatan Pasien dimonev berkala
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan2. Evaluasi jumlah pendapatan per periode3. Evaluasi Ketepatan layanan Dokter4. Laporan Kinerja divisi unit bisnis FOC

C. MODULAR OPERATING THEATRE (MOT)

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 1309); 3. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.4/1582/2022 tentang Pelayanan Anestesi/Sedasi dan Pembedahan di RSUP Fatmawati; 4. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.02.03/D.XXI/313/2024 tentang Kebijakan Pelayanan Kamar Operasi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati; 5. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati Nomor HK.02.03/D/XX1/478/2024 tentang Pengorganisasian Unit Bisnis Rumah Sakit Fatmawati.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bedah prima merupakan pasien dengan cara pembayaran NON JKN : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dengan pembayaran tunai b. Pasien Jaminan Perusahaan c. Pasien Jaminan Asuransi 2. Pasien bedah prima dapat masuk/ dijadwalkan operasi melalui : <ol style="list-style-type: none"> a. Griya Husada b. FOC (Fatmawati Orthopedic Center) c. Instalasi Gawat Darurat (IGD) d. Instalasi Rawat Inap (IRI) 3. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi Operasi. 4. Pengkajian pasien selalu didasari oleh riwayat penyakit pasien, status fisik dan data diagnostik serta faktor resiko dan keuntungan yang didapat dari jenis pembedahan melalui proses komunikasi dan edukasi terhadap pasien dan keluarga. 5. Waktu pelaksanaan operasi dijadwalkan setelah ada kesepakatan DPJP dan keluarga. 6. Administrasi biaya pembedahan telah diselesaikan oleh pasien dan atau keluarga. 7. Informasi edukasi tentang diagnosa dan rencana tindakan operasi serta risiko dan alternatif lain telah disampaikan kepada pasien dan atau keluarga oleh

		<p>DPJP.</p> <p>8. <i>Informed consent</i> pembedahan dan anestesi telah dibuat.</p>
<p>3</p>	<p>Prosedur</p>	<p>1. Pasien bedah prima dari Griya Husada dan FOC :</p> <p>a. Pendaftaran pasien bisa dilakukan secara <i>online</i>, per telpon (<i>call center</i>) atau datang langsung ke pendaftaran Griya Husada lantai 1.</p> <p>b. Pasien menuju poli yang dituju. Dilakukan asesment pra bedah untuk menentukan diagnosa dan rencana jenis tindakan operasi yang dilakukan dan didokumentasikan di Elektronik <i>Medical Record</i> (EMR) oleh DPJP.</p> <p>c. <i>Informed consent</i> pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan pembedahan, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjangseperti IOM, C-Arm, pemeriksaan PA/VC dll sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi, petugas edukator (GH), sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam <i>Medical Record</i>.</p> <p>d. Pemesanan : Pemakaian IOM, C-Arm, Produk darah dll sesuai kebutuhan dilakukan secara <i>online</i> (transmedik) oleh DPJP dan dikonfirmasi oleh petugas GH atau FOC untuk ditindak lanjuti/direspon oleh pihak yang dituju.</p> <p>e. Pasien atau keluarga menyelesaikan administrasi pembayaran sesuai tarif tindakan pembedahan Rumah Sakit :</p> <p>Pasien tunai : membayar langsung di kasir GH atau FOC.</p> <p>Pasien Jaminan Asuransi : Petugas administrasi GH dan FOC berkoordinasi dengan pihak asuransi hingga mendapatkan Jaminan atau Surat Perincian Tindakan (SPT).</p> <p>Pasien Jaminan Kantor : Petugas administrasi GH dan FOC memastikan penjaminan tindakan dari kantor yang bersangkutan.</p> <p>2. Setelah proses administrasi selesai dilakukan barulah pasien dijadwalkan operasi ke OK Eksekutif oleh DPJP / petugas GH dengan mengisi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas pasien. 2. Diagnosa dan rencana tindakan pembedahan. 3. Waktu rencana tindakan operasi (tanggal dan jam). 4. Durasi operasi 5. Peralatan medis atau <i>implant</i> khusus yang diperlukan. 6. Kebutuhan ruang <i>post</i> operasi.

		<ul style="list-style-type: none">f. Fasilitas ruang rawat inapg. Bila pasien tidak dirawat inap, pasien akan langsung diantar ke OK eksekutif sesuai waktu yang telah dijadwalkan oleh petugas GH atau FOC.h. Bila pasien dirawat inap maka Petugas GH atau FOC berkoordinasi dengan TPP, <i>bed manager</i> dan ruang rawat untuk mendapatkan ruang rawat sesuai kebutuhan.i. Pasien segera diantar ke OK eksekutif oleh petugas GH atau FOC atau diantar ke ruang rawat inap apabila jadwal waktu operasi masih > 2 jam. <p>3. Pasien dari ruang Rawat :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi Operasi.b. <i>Informed consent</i> pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan pembedahan, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang seperti IOM, C-Arm, pemeriksaan PA/VC dll sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi, petugas ruang rawat, sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam <i>Medical Record</i>.c. DPJP melalui Petugas ruang rawat mengajukan penjadwalan operasi ke OK eksekutif dengan mengisi:<ul style="list-style-type: none">1. Identitas Pasien.2. Diagnosis dan rencana pembedahan.3. Waktu rencana tindakan operasi (tanggal dan jam).4. Durasi operasi.5. Peralatan medis atau <i>implant</i> khusus yang diperlukan.6. Kebutuhan ruang <i>post</i> operasi.d. Pasien diantar ke OK eksekutif sesuai jadwal operasi yang sudah disepakati. <p>4. Pasien dari IGD</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi Operasi.b. Petugas IGD menghubungi petugas OK eksekutif untuk penjadwalan.c. Apabila kasusnya <i>emergency</i>, maka toleransi operasi yang belum selesai dilakukan bisa dilakukan di OK eksekutif.d. Pasien diantar ke OK eksekutif setelah ruang operasi siap (<i>respon time</i> < 2 Jam).
--	--	---

		<p>5. Pelayanan bedah eksekutif di OK</p> <ol style="list-style-type: none">a. Verifikasi pasien pre operasi dilakukan oleh petugas penerimaan di ruang transfer.b. Pasien dipindahkan ke ruang persiapan untuk selanjutnya dilakukan Proses <i>sign in</i> oleh tim operasi.c. Tim operasi melakukan tindakan pembedahan sesuai prosedur dan kasus penyakit. Sebelum operasi dimulai, tim operasi melakukan proses <i>Time out</i>. Sebelum luka operasi ditutup tim operasi melakukan proses <i>sign out</i>.d. Setelah operasi selesai, tim operasi melakukan dokumentasi kegiatan pada <i>medical record</i> pasien, kemudian pasien dipindahkan ke ruang <i>Recovery Room</i> (RR).e. Pemantauan pasien <i>post</i> operasi dilakukan oleh petugas RR.f. Pemberian edukasi - informasi kepada pasien/ keluarga terkait jalannya operasi diberikan oleh operator/DPJP segera setelah operasi selesai.g. Apabila ada perubahan tindakan intra operasi, operator wajib menginformasikan kepada pasien dan keluarga. <p>6. Transfer pasien <i>post</i> operasi dari OK menuju :</p> <ol style="list-style-type: none">a. ICU/NICU/PICU/ICCU : Pemindahan pasien dilakukan dari kamar operasi langsung menuju ICU/NICU/PICU/ICCU. Proses <i>hand over</i> dilakukan oleh dokter anestesi dan atau perawat anestesi dengan petugas ICU/NICU/PICU/ICCU.b. HCU/IRNA : Setelah pasien di Ruang <i>Recovery</i> (RR) dinyatakan boleh pindah oleh dokter anestesi, petugas RR menghubungi ruang rawat untuk dilakukan penjemputan. (<i>Respon time</i> 30 menit).c. <i>Hand over</i> pasien pindah ruangan dilakukan oleh petugas RR dan petugas ruangan.d. Pemulangan pasiene. ODC : Pasien dipulangkan dari OK dengan ketentuan :<ul style="list-style-type: none">• Pasien telah bebas dari efek obat anestesi (sadar betul).• Pasien dapat mobilisasi sesuai toleransi <i>post</i> operasi.• Membawa obat oral untuk di rumah sesuai instruksi DPJP.• Mendapat edukasi informasi perawatan <i>post</i>
--	--	--

		<p>operasi di rumah.</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasien dan keluarga diantar oleh pekaya OK eksekutif apabila proses administrasi telah selesai.
4	Waktu Pelayanan	<p>Hari : Senin – Jum'at Waktu : Pagi : Pukul 07.00 – 14.00 WIB Sore : Pukul 14.00 - 21.00 WIB (tentatif) Hari Sabtu dan Minggu serta hari libur nasional tetap bisa dilayani dengan perjanjian.</p>
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none">1. Pasien Tunai<ol style="list-style-type: none">a. Sesuai dengan tarif tindakan Bedah Prima dan FOC yang berlaku di Rumah Sakit Fatmawati.b. Apabila saat operasi berlangsung diperlukan tindakan tak terduga atau membutuhkan Alkes, BMHP, implant diluar paket biaya bedah prima maka biaya ditanggung pasien dan keluarga. Dibuktikan dengan pernyataan tertulis dari pasien dan keluarga.c. Pembayaran dilakukan secara langsung, baik melalui tunai atau non tunai (transfer via bank, mobile banking dll).2. Pasien Jaminan Asuransi<ol style="list-style-type: none">a. Sesuai dengan tarif tindakan bedah prima dan FOC yang berlaku di Rumah Sakit Fatmawatib. Apabila biaya yang tidak dijamin dalam SPT (surat Perincian Tindakan) Asuransi maka selisih pembayaran dibebankan kepada pasien dan atau keluarga.3. Pasien Jaminan Kantor<ol style="list-style-type: none">a. Sesuai dengan tarif tindakan Bedah Prima dan FOC yang berlaku di Rumah Sakit Fatmawatib. Apabila biaya yang tidak dijamin oleh pihak kantor, maka selisih pembayaran (ekses) dibebankan kepada pasien dan atau keluarga.
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none">1. Pelayanan <i>One Day Care</i> (ODC)2. Tindakan Bedah Orthopaedi<ol style="list-style-type: none">a. <i>Spine</i>b. <i>Hand and Shoulder</i>c. <i>Hip and Knee</i>d. Onkologie. Pediatrik3. Tindakan bedah Plastik4. Tindakan bedah bedah Plastik dan rekonstruksi.5. Tindakan bedah Vaskuler6. Tindakan bedah Urologi7. Tindakan bedah Saraf8. Tindakan bedah Onkologi

		<ol style="list-style-type: none">9. Tindakan bedah Mata10. Tindakan bedah THT11. Tindakan bedah Obstetri dan Gynekologi12. Tindakan bedah Digestif13. Tindakan bedah Anak14. Tindakan bedah Vaskuler15. Tindakan Bedah Digestif16. Tindakan bedah Thorax dan Kardiovaskuler17. Tindakan bedah Umum18. Tindakan bedah Gigi dan Mulut19. Tindakan bedah Paru20. Tindakan Bedah Tranplantasi Ginjal21. Tindakan bedah Transplantasi Hepar
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p><u>Ruang penerimaan :</u></p> <ol style="list-style-type: none">a. Brankar pasienb. Kursi rodac. <i>Bedside</i> monitord. Standar infuse. Alat ukur BB dan TBf. <i>Mobile Monitor vital sign</i> <p><u>Kamar Operasi</u></p> <ol style="list-style-type: none">a. Meja operasi dan asesorisnyab. Elektro <i>Surgical Couter</i>c. <i>Suction portable</i>d. Standar infuse. Meja <i>instrument</i>f. Lampu operasig. <i>Viewer</i> rontgenh. Mesin anestesii. Meja anestesij. Seperangkat Alat pendokumentasian <i>Electronic medical record/e-MR</i> (ergotron, laptop, <i>finger print</i>, CD-room eksternal)k. Kursi operatorl. <i>Warming Blanket roll system</i>m. <i>Tourniquet</i>n. C-Armo. <i>Laryngoscope</i>p. <i>Syringe pump</i>q. Pesawat telpon <p><u>Ruang pemulihan :</u></p> <ol style="list-style-type: none">a. Brankar pasienb. <i>Bed side</i> monitorc. <i>Wall suction</i>d. Wall Oksigene. Standar infusf. <i>Warming Blanket system</i>

		<p>g. <i>Cooler blood bank</i> h. Komputer i. <i>Trolley emergency</i> j. DC sock</p> <p><u>Ruang tunggu :</u> a. Televisi b. Sofa c. Dispenser d. Toilet</p> <p><u>Ruang Staf :</u> a. Sofa b. Televisi c. Meja dan kursi makan d. <i>Pantry</i> e. Mushola</p> <p><u>Ruang Edukasi :</u> a. Sofa b. Meja c. Materi edukasi</p> <p><u>Ruang Administrasi :</u> a. Komputer b. Printer c. Kursi d. Perlengkapan ATK e. Pesawat telpon</p> <p><u>Ruang pemulihan :</u> a. Brankar pasien b. <i>Bed side monitor</i> c. <i>Wall suction</i> d. Wall Oksigen e. Standar infus</p>
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none">1. Dokter spesialis2. Perawat bedah3. Perawat anestesi4. Penata anestesi5. Radiografer6. Petugas farmasi7. Teknisi medik8. Teknisi listrik9. Tenaga administrasi10. Pekarya11. <i>Cleaning service</i>12. <i>Security</i>
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none">1. <i>Monitoring</i> dan evaluasi2. Supervisi3. CCTV

10	Penanganan Pengaduan	Email : bedahprima.rsfg@gmail.com
11	Jumlah pelaksana	<p>Pelaksana bedah prima terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dokter spesialis Orthopaedi :<ol style="list-style-type: none">a. <i>Spine</i> : 4b. <i>Hand</i> : 3c. <i>Shoulder and elbow</i> : 1d. Hip : 2e. Knee: 2f. Onkologi : 1g. Pediatrik : 1h. Umum : 2i. <i>Foot and ankle</i> : 12. Dokter spesialis bedah Umum : 43. Dokter spesialis bedah Plastik : 44. Dokter spesialis bedah Vaskuler : 25. Dokter spesialis bedah Urologi : 66. Dokter spesialis bedah Saraf : 57. Dokter spesialis bedah Digestif : 48. Dokter spesialis bedah Anak : 39. Dokter spesialis Obstetri dan Gynekologi : 2010. Dokter spesialis THT : 711. Dokter spesialis Mata : 712. Dokter spesialis bedah Onkologi :313. Dokter spesialis Gigi dan mulut : 214. Dokter spesialis Anestesi : 2315. Perawat bedah :<ol style="list-style-type: none">a. <i>Organic</i> : 6b. <i>Ad hock</i> : 2216. Perawat Anestesi<ol style="list-style-type: none">c. Organik : 1d. Ad hock : 228. Penata Anestesi<ol style="list-style-type: none">a. Organik : 2b. Ad hock : 219. Radiografer : 110. Petugas farmasi : 211. Teknisi medik : 112. Teknisi kelistrikan : 113. Petugas Administrasi : 214. Pekarya : 415. <i>Cleaning service</i> : 416. <i>Security</i> : 4

12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan keselamatan pasien (<i>safety surgery</i>) dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang cepat, aman, nyaman dan berkualitas sesuai standar atau prosedur yang berlaku di Rumah Sakit Pusat Fatmawati.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan program mutu 2. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 3. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>safety surgery</i>) 4. Implementasi standar prosedur operasional. 5. Jalur evakuasi yang mudah diakses
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jumlah operasi setiap bulan 2. Evaluasi waktu tunggu operasi setiap bulan 3. Evaluasi angka pembatalan setiap bulan. 4. Evaluasi mutu pelayanan setiap bulan. 5. Survey Kepuasan Pelanggan <p>Pelaporan : Triwulan, Semester dan Tahunan</p>

D. DIVISI AESTHETIC MCU & WELLBEING

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Peraturan Pemerintah RI Nomor 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran; 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 02 Tahun 1980 tentang Pemeriksaan Kesehatan Tenaga Kerja Dalam Penyelenggaraan Keselamatan Kerja; 7. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor 03 tahun 1982 tentang Pelayanan Kesehatan Kerja. 8. Keputusan Direktur Jenderal Pembinaan Pengawasan Ketenagakerjaan Nomor KEP. 22/DJPPK/V/2008 tentang Petunjuk Teknis Penyelenggaraan Pelayanan

		Kesehatan Kerja.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) yang masih berlaku 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) yang masih berlaku - Surat pengantar jaminan dari perusahaan 3. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas yg masih berlaku b. Kartu peserta Asuransi
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran pelayanan di TPP Gedung Bougenville Lt 1 2. Memberikan penjelasan tentang paket pelayanan oleh petugas pendaftaran kepada Pasien 3. Pengisian formulir identitas & riwayat kesehatan 4. Petugas pendaftaran, pembuatan rekam medik, input data dan menginput paket pemeriksaan, membuat rincian biaya. 5. Pasien melakukan pembayaran di kasir 6. Pemeriksaan TTV oleh perawat 7. Pemeriksaan Lab/EKG/pemeriksaan fisik dokter/ rontgen dan pemeriksaan lainnya sesuai paket yang dipilih 8. <i>Review</i> & Konsultasi pasca MCU 9. Hasil dikirimkan melalui email atau diambil pada jam pelayanan
4	Waktu Pelayanan	<p>Hari : Senin-Jumat Waktu : Pukul 07.30 – 16.00 WIB (Jam Pelayanan) Pendaftaran : Pukul 07.30-13.00 WIB (Jam Pendaftaran)</p>
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Tunai 2. Pasien Asuransi
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Paket MCU <i>Executive Titanium</i> 2. Paket MCU <i>Executive Platinum</i> 3. Paket MCU <i>Executive Gold</i> 4. Surat Keterangan Sehat Jiwa/Rohani 5. Surat Keterangan Tes Narkotika 6. Surat Keterangan Sehat Jiwa Khusus 7. <i>Visum Et repertum Psychiatricum</i> 8. Paket Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Khusus 1 9. Paket Pemeriksaan Kesehatan Jiwa Khusus 2 10. Paket Bakat Minat Anak Sekolah 11. Paket Bakat Minat Dewasa 12. Paket Recruitment/Pra Kerja/Calon karyawan 13. Paket Pekerja Asisten Rumah Tangga 14. Paket Pekerja Pengelola Makanan 15. Paket Pekerja Tambang 16. Paket pekerja Transportasi

		<ul style="list-style-type: none">17. Paket pekerja <i>Security</i>18. Paket Pekerja Terpajan bising19. Paket dasar skrining stroke20. Paket medium skrining stroke21. Paket lengkap skrining stroke22. Paket MCU anak Usia 3-6 tahun Dasar & Lengkap23. Paket MCU anak usia 6-13 tahun Dasar & Lengkap24. Paket MCU anak usia 13-18 tahun Dasar & Lengkap25. Paket MCU Jantung 126. Paket MCU Jantung 227. Paket MCU Jantung 328. Paket MCU <i>Basic</i> 129. Paket MCU <i>Basic</i> 230. Paket MCU <i>Basic</i> 331. Paket Surat Keterangan Sehat Untuk Bekerja32. Paket Surat Keterangan Sehat non pekerja33. Pre Marital MCU34. Paket Haji dan Umroh
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<ul style="list-style-type: none">1. Ruang Tunggu Pendaftaran2. Ruang tunggu Pemeriksaan3. Ruang Pemeriksaan4. Ruang Laboratorium5. Ruang Radiologi6. Ruang Pengukuran Tanda Vital7. Ruang Administrasi8. Ruang Pengolahan Hasil Radiologi9. Ruang Pengolahan Hasil Admin10. Ruang Pemeriksaan Gigi11. Ruang Spirometri12. Ruang Audiometri13. Ruang Pemeriksaan Obgyn14. Ruang Pemeriksaan Bedah15. Ruang Pemeriksaan Jiwa16. Ruang Pemeriksaan Umum17. Ruang Makan18. Ruang Pemeriksaan Mata19. Ruang Pemeriksaan EKG20. Ruang Ganti Perawat21. Ruang Pengisian Fomulir Jiwa/Treadmil22. Ruang Pemeriksaan THT23. Ruang Pemeriksaan VIP24. Tensimeter digital25. Tensi meter manual26. Spriometri27. Timbangan BB28. ECG29. Visus set

		<ul style="list-style-type: none">30. Proyektor set (<i>Trial frame</i>)31. Proyektor set (Sango medicool)32. Head lamp33. Otoscope set34. Stetoscope35. Timbangan Gizi36. Tonometri37. Optalmoskop38. Reflek Hammer39. Reflek Hammaer Set40. Tong Spatel41. THT Set42. Kursi43. Tempat tidur pasien44. Pesawat telepon45. Jam dinding46. Tempat sampah kecil47. Tempat sampah besar48. Meja kecil49. Meja dan kursi makan50. Meja51. Komputer52. Printer53. Scansnap54. Sofa55. TV56. Kulkas57. Dispenser58. Rak Hasil (Lemari hasil)59. Lemari tempel/ dinding60. Loker baju pasien61. Lemari kayu
8	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none">1. Dokter Umum2. Dokter Spesialis Kedokteran Okupasi3. Dokter Spesialis Jiwa4. Dokter Spesialis Anak5. Dokter Spesialis Jantung6. Dokter Spesialis Neurologi7. Dokter Spesialis Penyakit Dalam8. Dokter Spesialis Bedah9. Dokter Spesialis Mata10. Dokter Spesialis Kebidanan11. Dokter Spesialis Patologi Klinik12. Dokter Spesialis Radiologi13. Dokter Spesialis Paru14. Dokter Gigi Spesialis15. Perawat umum

		16.Tenaga administrasi umum
9	Pengawasan Internal	1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	1. Email : mcu.rsf@gmail.com 2. Telepon : 0821-9999-0650 3. WA center : 0821-9999-0650 4. Media sosial : Griya Husada 5. Ruang pengaduan : -
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 18 orang, terdiri dari : 1. Dokter umum / spesialis (7 orang) 2. Perawat (3 orang) 3. Radiografer (1 orang) 4. Analis Lab (1 orang) 5. Administrasi (4 orang) 6. Pekarya (1 orang) 7. <i>Cleaning Service</i> (1 orang)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu, keselamatan pasien, keamanan dan kenyamanan
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan 2. Survey Kepuasan Pelanggan

E. CANCER CENTER & KEMOTERAPI

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2007 tentang keselamatan Radiasi Pengion dan Keamanan Sumber Radioaktif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5614); 4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik

		<p>Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340);</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 41 Tahun 2020 tanggal 23 Oktober 2020 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1509);</p> <p>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 008/MENKES/SK/I/2009, tentang Standar Pelayanan Kedokteran Nuklir di Sarana Pelayanan Kesehatan</p> <p>8. Peraturan Kepala Bapeten No 17 Tahun 2012 tentang Keselamatan Radiasi pada Pelayanan Kedokteran Nuklir</p> <p>9. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.1/1776/2019 tanggal 8 Oktober 2019 tentang Kebijakan Pelayanan Medik dan Keperawatan;</p> <p>11. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.4/121/2022 tanggal 9 Februari 2022 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati;</p>
2	<p>Persyaratan Pelayanan</p>	<p>1. Pasien BPJS</p> <p>a. Kartu identitas(KTP/SIM/Passport)</p> <p>b. Kartu BPJS</p> <p>c. Surat rujukan</p> <p>2. Pasien jaminan Asuransi Swasta/Perusahaan</p> <p>a. Kartu identitas(KTP/SIM/Passport)</p> <p>b. Kartu asuransi/kartu berobat</p> <p>c. Surat pengantar jaminan dari perusahaan</p> <p>3. Pasien Umum</p> <p>Kartu identitas (KTP/SIM/Passport)</p>
3	<p>Prosedur</p>	<p>Kemoterapi</p> <p>1. Prosedur Pengkajian dan Rencana Perawatan Pasien</p> <p>1. Pasien baru akan dilakukan pengkajian awal oleh dokter spesialis masing-masing dalam form pengkajian awal rawat jalan (pasien rawat jalan) dan pengkajian awal rawat inap (pasien rawat inap). Untuk pasien kunjungan berikutnya dapat dilakukan pencatatan dalam form catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).</p> <p>2. Untuk pasien dengan tumor, dilakukan</p>

		<p>pemeriksaan klinis dan pengkajian untuk penegakan diagnosis tumor, seperti :</p> <ul style="list-style-type: none">- Penentuan Pentahapan (Staging)- Penilaian invasi tumor dengan pemeriksaan CT-Scan.- Penilaian adanya indikasi operasi,indikasi kemoterapi: neoadjuvant, adjuvant, dan paliatif. <p>Penilaian adanya indikasi operasi, indikasi kemoterapi: neoadjuvant, adjuvant, dan paliatif.</p> <ol style="list-style-type: none">3. Pembentukan rencana perawatan pasien dalam rekam medik pasien, termasuk menuliskan rencana terapi, rencana pemeriksaan diagnostik, dan rencana edukasi yang akan dilakukan kepada pasien. Dalam menuliskan careplan, DPJP menggunakan target atau sasaran terukur. Rencana tersebut harus menggambarkan keputusan lainnya yang dibuat seperti pembedahan dan terapi radiasi dan kebutuhan lain dalam kaitannya dengan perawatan pasien.4. Jika kasus dianggap sebagai kasus sulit/<i>complicated</i>, dibuat perencanaan terapi seluruh pasien dalam pertemuan multidisiplin atau tumor <i>meeting</i>.5. Jika terjadi perubahan rencana selama pengobatan,maka harus didokumentasikan secara jelas pada rencana pengobatan berikutnya yaitu dalam CPPT Transmedic.6. Pemilihan regimen, protokol, dan pembuatan resep oleh DPJP.7. Pengkajian pasien juga harus dilakukan oleh perawat sebelum pemberian kemoterapi. Pertanyaan mengenai keteraturan minum obat, toleransi pengobatan, dan efek samping harus selalu ditanyakan saat pertemuan dengan pasien.8. Pemberian informasi dan edukasi pasien (termasuk mendapatkan persetujuan)dan menjelaskan rencana terapi kepada pasien. <p>II. Prosedur Penjadwalan Pasien Kemoterapi</p> <p>Setelah prosedur pemberian rencana terapi oleh dokter spesialis yang memberikan obat kemoterapi selesai dilaksanakan, maka pasien diminta untuk ke Poliklinik Pelayanan Kemoterapi Terpadu (PPKT) untuk penjadwalan pemberian obat kemoterapi.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penyerahan seluruh berkas kepada petugas di PPKT,yang terdiri dari :<ul style="list-style-type: none">- Hasil kelengkapan konsultasi dengan KSM terkait
--	--	--

		<p>sesuai keperluan kelengkapan administrasi termasuk <i>informed consent</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Hasil laboratorium- Resep/obat kemoterapi/protokol dari dokter spesialis terkait penilaian adanya indikasi operasi, indikasi kemoterapi: neoadjuvant, adjuvant, dan paliatif. <ol style="list-style-type: none">2. Jika hasil laboratorium belum sesuai dengan kesiapan pasien untuk diberikan obat kemo (Hb<10g/DL, Leukosit <3500/uL, Trombosit <100.000/uL) maka pasien akan dikirimkan kembali ke dokter spesialis asal untuk mendapatkan tatalaksana.3. Berdasarkan resep obat kemoterapi/protokol kemoterapi akan terlihat siklus pemberian obat kemo (apakah setiap 3 minggu, 2 minggu, 1 minggu atau dalam 5 hari berturut-turut), perawat PPKT akan menjadwalkan pasien sesuai dengan kemampuan kapasitas ruang pelayanan kemoterapi untuk menampung pasien.4. Penyerahan resep obat kemoterapi setelah mendapatkan jadwal pelayanan kemoterapi untuk diserahkan ke depo farmasi pusat.5. Jika terjadi penundaan pelayanan, misalnya oleh karena di depo farmasi tidak tersedia obat kemoterapi, maka dokter spesialis akan diberi informasi mengenai hal tersebut untuk di informasikan ke pasien, kemudian pasien diberi alternatif dan didokumentasikan dalam rekam medik pasien. <p>III. Prosedur Peresepan Obat Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Membuat keputusan pengobatan dan memastikan bahwa terapi telah sesuai untuk pasien dengan diagnosa, parameter laboratorium, status fisik, dan fungsi organ.2. Instruksi (order) harus menyajikan informasi pengobatan secara jelas, konsisten dan tidak membingungkan, tidak menggunakan singkatan atau simbol.3. Jadwal medikasi harus dirancang secara spesifik untuk meresepkan obat kemoterapi.4. Deskripsikan medikasi yang diberikan, seperti identitas pasien (nama dan tanggal lahir), berat badan dan tinggi badan pasien, tanggal dan waktu pemberian, dosis, rute, dan frekuensi dan tanda tangan pembuat resep (dokter).
--	--	---

5. Tidak diizinkan untuk instruksi melalui lisan/telepon untuk mengawali pemberian kemoterapi pada keadaan apapun.
6. Tidak menggunakan karbon untuk mengkopi resep atau sebaiknya salinan diberikan melalui scan, hal ini untuk menghindari penyalinan yang buruk atau kesalahan penulisan jika ada titik yang hilang dari resep yang asli.
7. Perhatian harus dilakukan dalam perhitungan luas permukaan tubuh dan berat badan untuk penghitungan dosis kemoterapi individual bagi semua pasien, khususnya untuk pasien dengan berat badan atau luas permukaan tubuh yang ekstrim. Perhatian khusus juga diberikan dalam perhitungan dosis untuk faktor-faktor lain seperti masalah gangguan fungsi ginjal atau hati. Harus dilakukan penyesuaian dosis sesuai dengan ada atau tidaknya toksisitas, demikian juga perubahan dari faktor lain yang dapat mempengaruhi eliminasi obat seperti fungsi ginjal atau hati dan penggunaan medikasi yang bersamaan.
8. Banyak protokol untuk anak membutuhkan dosis dalam miligram atau gram dengan dasar berat badan, dalam keadaan tersebut maka berat badan dan tinggi badan serta luas permukaan tubuh harus diukur sebelum setiap perlakuan dan penyesuaian dosis.

IV. Prosedur tindakan pemberian obat Kemoterapi

1. Dilakukan pengecekan identitas, diagnosis, jenis kemoterapi, dosis obat, siklus obat, obat suportif pasca kemoterapi.
2. Melakukan pengecekan tanda vital pasien sebelum dilakukan kemoterapi.
3. Dilakukan evaluasi dan edukasi prakemoterapi.
4. Pemberian premedikasi sebelum kemoterapi.
5. Pemberian obat kemoterapi.
6. Evaluasi durasi dan pasca kemoterapi, setelah selesai pemberian obat kemoterapi, untuk pasien yang sedang dirawat kembali ke ruang perawatan. Untuk pasien one day care (ODC) setelah selesai pemberian obat kemoterapi, pasien diperbolehkan untuk pulang.

RADIOTERAPI

I. Radiasi Externa

1. Dokter onkologi radiasi menentukan klinis dari

		<p>penyakit pasien, lokasi penyinaran dan teknik penyinaran yang akan dilakukan.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Perawat radioterapi melakukan penjadwalan CT simulasi pasien pada sistem Mosaiq.3. Radioterapis melakukan simulasi lokal penyinaran sesuai dengan instruksi dokter onkologi radiasi diruang CT Simulasi.4. Radioterapis membuat alat bantu/alat fiksasi sesuai dengan kebutuhan penyinaran. Setelah itu data CT Simulasi dikirim ke TPS untuk dilakukan Contouring dan Planning.5. Fisikawan medis bersama dokter onkologi radiasi melakukan perencanaan dan perhitungan dosis radiasi yang akan diaplikasikan ke pasien. Setelah itu data CT Simulasi dikirimke TPS untuk dilakukan Contouring dan Planning.6. Setelah selesai, dokter onkologi radiasi memberikan persetujuan, dan data-data penyinaran dikirim ke ruang LINAC (Linear Accelerator).7. Radioterapis atau Fisika Medis menerima data planning yang telah disetujui oleh dokter onkologi radiasi pada sistem Mosaiq. Setelah itu dilakukan promote data dan TXCalendar untuk penjadwalan fraksi radiasi externa yang sudah ditentukan oleh dokter onkologi radiasi.8. Kemudian radioterapis melakukan <i>Load Reference Data</i> menggunakan XVI Linac (<i>Image Guiding</i>) untuk registrasi data imaging yang ada di CT Simulasi sebelumnya.9. Radioterapis memanggil pasien radiasi sesuai antrian pada sistem Mosaiq dan melakukan positioning di meja tindakan Linac sesuai dengan setup yang ada beserta alat fiksasinya.10. Radioterapis menyesuaikan laser pada ruang Linac dengan 3 titik referensi yang ada ditubuh pasien(jika pasien tidak menggunakan alat fiksasi) atau yang ada pada alat Fiksasi masker termoplastik.11. Kemudian pasien dilakukan verifikasi menggunakan XVI atau menggunakan IView GT dengan data-data penyinaran yang sudah dibuat sebelumnya.12. Lakukan penyesuaian image data yang ada di TPS dengan hasil image data yang didapat dari XVI atau IViewGT.13. Setelah didapat hasil pergeseran dari XVI atau IViewGT, lakukan pergeseran meja pada auto enable FKP (<i>Function KeyPad</i>) lalu dapat dilakukan penyinaran/BeamOn setelah indikator inhibits All
--	--	--

		<p>Interlock ON berwarna hijau.</p> <p>14. Setelah selesai, pasien dapat diturunkan dari meja tindakan. Pasien diberi edukasi untuk menjaga tanda referensi yang ada ditubuh, untuk rutin melakukan cek lab (setiap 5 kali sinar) dan konsultasi ke dokter.</p> <p>15. Pasien dapat melanjutkan sinar dihari berikutnya</p> <p>II. Radiasi Internal (Brakhiterapi)</p> <ol style="list-style-type: none">1. Dokter Onkologi radiasi menentukan tindakan brakhiterapi yang akan dilakukan di poliklinik. Pasien melakukan persetujuan/tanda tangan pada form persetujuan tindakan.2. Perawat radioterapi menjelaskan tentang penjadwalan tindakan dan mengecek kelengkapan administrasi pasien. Perawat radioterapi mengkonfirmasi EMR untuk order laboratorium dan konsultasi ke dokter jantung, penyakit dalam, dan anestesi yang telah dikonsulkan oleh dokter onkologi radiasi.3. Di hari berikutnya pasien menuju ke bagian administrasi membawa surat pengantar yang dibuat oleh dokter onkologi radiasi di poliklinik beserta hasil laboratorium terbaru (DPL, Ureum, Creatinine, dan GDS) dan hasil pemeriksaan penunjang lainnya.4. Setelah ada hasil laboratorium dan konsultasi ke dokter jantung, penyakit dalam dan anestesi telah dilakukan, pasien menuju nurse station untuk penjadwalan.5. Perawat radioterapi memberikan informasi persiapan pra tindakan brakhiterapi kepada pasien/keluarga pasien dan melakukan penjadwalan brakhiterapi pada sistem Mosaic Persiapan pasien:<ul style="list-style-type: none">- Pasien diminta untuk berpuasa 6 jam sebelum tindakan- Minum obat pencahar 24 jam sebelum tindakan- Menggunakan pencahar suppositoria 4 jam sebelum tindakan- Mencukur daerah kemaluan- Tidak diperbolehkan menggunakan perhiasan6. Pasien ke bagian administrasi untuk dijelaskan biaya tindakan brakhiterapi.7. Di hari berikutnya pasien datang dalam keadaan berpuasa ke bagian administrasi radioterapi.8. Staf administrasi mengecek penjadwalan brakhiterapi kemudian melakukan "Queue" pada
--	--	---

		<p>sistem Mosaiq. Pasien dipersilahkan menuju ruang persiapan brakhiterapi.</p> <ol style="list-style-type: none">9. Sesaat sebelum tindakan di ruang persiapan, pasien di anamnesis oleh dokter onkologi radiasi mengenai keluhan.10. Kemudian pasien diminta untuk tidur berbaring/supine lalu dipasang IV line dan observasi tanda-tanda vital, serta mengkaji riwayat alergi obat. Data dimasukkan ke dalam sistem Mosaiq.11. Perawat radioterapi mempersiapkan peralatan brakhiterapi dan menghubungi radioterapi, dokter onkologi radiasi, dan dokter anestesi (jika diperlukan).12. Pasien dipindahkan ke ruang aplikasi.13. Dokter anestesi melakukan premedikasi dan pembiusan.14. Dokter onkologi radiasi memasang aplikator yang dibutuhkan kepada pasien brakhiterapi.15. Perawat mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan ke dalam form aplikator brakhiterapi.16. Kemudian pasien dipindahkan keruang CT Simulasi untuk dilakukan CT Planning.17. Diruang CT Simulasi, pasien dipindahkan kemeja pemeriksaan dengan scoop stretcher/pad slide.18. Dilakukan <i>positioning</i> sesuai dengan area yang direncanakan,lalu dilakukan scanning.19. Setelah tindakan CT Planning dilakukan, hasil gambar dikirim ke TPS Oncentra brakhiterapi.20. Pasien dipindahkan kembali ke brankar dengan menggunakan <i>scoop stretcher</i> dan dibawa ke ruang tunggu persiapan sampai proses <i>contouring</i> dan <i>planning</i> selesai. Selama menunggu pasien diobservasi tanda vital setiap 15 menit dan apabila ditemukan nyeri dapat diberikan analgetik sesuai dengan tingkat nyeri, misal dengan paracetamol drip.21. Dilakukan proses <i>contouring</i> dan <i>planning</i> diruang TPS pada software Oncentra Brachytherapy 3D oleh dokter onkologi radiasi dan fisikawan medis.22. Setelah hasil <i>planning</i> selesai, data <i>planning</i> dikirim ke pesawat brakhiterapi 3D yang menggunakan sourceCo.23. Kemudian pasien dimasukkan ke ruang pesawat brakhiterapi,dan dilakukan radiasi dengan HDRCo-60 oleh radioterapis.24. Setelah tindakan selesai, pasien dipindahkan
--	--	--

keruang aplikasi untuk pengangkatan aplikator.
25. Lalu pasien dipindahkan lagi ke ruang pulih (recovery room) untuk dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan diobservasi, setelah itu dipersiapkan untuk pemulangan atau pemindahan pasien brakhiterapi.

Kedokteran Nuklir

Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Nuklir dan Teranostik Molekuler Rumah Sakit Fatmawati terdiri dari pelayanan diagnostik in-vivo menggunakan pesawat SPECT-CT dan pelayanan terapi radiasi interna. Alur pelayanan dimulai dari penerimaan pasien, asesmen pasien oleh perawat, pelayanan poli kedokteran nuklir, penjadwalan pasien, pemberian radiofarmaka, tindakan terapi radiasi interna dan/atau pemeriksaan diagnostik in-vivo.

1. Administrasi

Administrasi adalah proses awal dari penerimaan pasien di Pelayanan Kedokteran Nuklir, baik pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Adapun proses penerimaan pasien yang dirujuk dari departemen/instalasi di lingkungan RS Fatmawati dan dari luar RS Fatmawati maupun datang atas keinginan sendiri diterima oleh Petugas Administrasi. Pada proses ini dilakukan registrasi dari pasien yang akan melakukan pemeriksaan atau tindakan kedokteran nuklir berupa pemeriksaan kelengkapan dokumen, pencatatan data pribadi, dan penjelasan mengenai pelayanan kedokteran nuklir secara umum. Petugas administrasi akan mengarahkan pasien baru untuk menuju ruangan poli Kedokteran Nuklir, sedangkan pasien yang sudah terjadwal akan diarahkan ke nurse station Lt. 2 untuk pasien KN Diagnostik In-Vivo atau nurse station Lt.3 untuk pasien tindakan terapi radiasi interna.

2. Poli Kedokteran Nuklir

Pasien menjalani konsultasi awal ataupun kontrol berkala di poliklinik. Pada proses ini dilakukan evaluasi terhadap diagnosis pasien melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang. Pada tahap ini, dokter spesialis kedokteran nuklir akan menentukan dosis pemberian radiofarmaka yang akan diberikan kepada pasien.

Kasus-kasus yang membutuhkan pembicaraan multidisiplin diajukan dalam acara pertemuan

		<p>multidisiplin. Apabila pasien terdapat kontra indikasi terhadap radiofarmaka maka pasien dilakukan penundaan tindakan atau pembatalan.</p> <p>3. Pemberian Radiofarmaka Pemberian radiofarmaka pada pasien dilakukan melalui beberapa cara antara lain injeksi intravena, secara oral, dan secara topikal. Sebelumnya pasien menjalani pengkajian keperawatan oleh perawat dan melakukan persiapan pemberian radiofarmaka. Radiofarmaka dan dosis aktivitas radiofarmaka yang diberikan kepada pasien telah diracik dan disiapkan oleh radiofarmasis sesuai dengan pemesanan radiofarmaka yang telah dilakukan oleh dokter spesialis kedokteran nuklir.</p> <p>4. Pemeriksaan Diagnostik In-Vivo di Ruang SPECT-CT. Pemeriksaan pasien di ruang SPECT-CT dilakukan oleh radiografer dengan menggunakan SPECT-CT (kamera gamma) untuk pengambilan citra kedokteran nuklir. Waktu yang dibutuhkan 1 pasien dalam proses ini tergantung dari organ dan jenis pemeriksaan yang dilakukan.</p> <p>5. Tindakan Terapi Radiasi Interna di Ruang Rawat Isolasi Radioaktif (RIRA). Lamanya waktu isolasi pasien ditentukan oleh dokter Sp.KN berdasarkan dosis pemberian. Untuk tindakan selain terapi tumor tiroid jinak, akan dilakukan pencitraan sebelum pasien diperbolehkan pulang.</p> <p>6. Pemulangan Pasien Sebelum pasien dipulangkan, dilakukan observasi keluhan yang timbul akibat radiofarmaka dan dilakukan pengukuran laju paparan radiasi dari tubuh pasien pada jarak satu meter, jika laju paparan radiasi yang terukur masih tinggi maka pasien diminta menunggu sampai dosis aktivitas dari radiofarmaka di dalam tubuh pasien meluruh hingga nilai batas aman, batas aman pemulangan pasien, bervariasi berdasarkan jenis radioaktifnya, berikut nilai batas pemulangan pasien kedokteran nuklir berdasarkan Rekaman Unit Kerja BAPETEN dengan judul Pedoman Teknis Rilis Pasien (<i>Release of Patient</i>) pada Kedokteran Nuklir:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tc-99m:580mikroSv/jamb. I-131 :70mikroSv/jamc. Sm-153:300mikroSv/jam
--	--	---

4	Waktu Pelayanan	<p>Hari : Senin- Jumat Waktu : pukul 08.00 s/d 16.00 WIB</p>
5	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN a. Sesuai dengan hak kepesertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs b. Pasien naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku 2. Pasien Tunai 3. Pasien Asuransi, Rincian Biaya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi = Rp. 300.000 - Kemoterapi = Rp. 3.000.000 - Radiasi Externa =Rp2.138.000 - Brakhiterapi Intracavi tersedang =Rp12.425.000 - Sidik Seluruh Tubuh (SST) I-131 = Rp 2.760.000 - Sidik Kelenjar Gondok = Rp 1.622.000 - Sidik Tulang=Rp 2.312.000 - Sidik Seluruh Tubuh MIBI Onkologi= Rp2.677.000 - Glomerular Filtration Rate (GFR)=Rp 1.512.000 - Renogram = Rp 1.860.000 - Sidik Limfoskintigrafi=Rp 1.654.000 - Multigated Acquisition = Rp 2.299.000 - Skintimamografi = Rp 2.680.000 - Sidik Ventilasi Paru = Rp 2.665.000 - Sidik Perfusi Paru = Rp 2.350.000 - Sidik Perfusi Miokard = Rp5.432.000 - Sidik Ginjal (DMSA) = Rp 2.379.000 - Sidik Otak = Rp 3.264.000 - Sidik Hepatobilier =Rp1.855.000 - Dakrioscintigrafi (DSG)=Rp1.095.000 - Sidik Ethambutol / Sidik Infeksi = Rp 2.389.000 - Lokalisasi Pendarahan Intestinal (LPI)=Rp1.810.000 - Sidik Amyloidosis Jantung = Rp 2.855.000 - SidikParatiroid=Rp2.965.000 - Sidik Hati = Rp 1.812.000 - SidikLimpa=Rp1.847.000 - Sidik Kelenjar Parotis (Sidik Kelenjar Saliva) = Rp1.312.000 - Sidik Divertikulum Meckel = Rp 1.600.000 - Diagnostiki-131MIBG = Rp21.065.000 - Sentinel Lymph Node = Rp 2.219.000 - Deteksi Refluks Gastro Esofagus = Rp. 1.319.000 - Waktu Pengosongan Lambung = Rp. 2.425.000 - Terapi Iodium-131 (<10 mCi) = Rp. 2.100.000 - Terapi Iodium-131 (10-20 mCi) = Rp. 3.400.000 - Terapi Iodium-131 (31-80 mCi) = Rp. 11.850.000 - Terapi Iodium-131 (100 mCi) = Rp. 14.450.000

		<ul style="list-style-type: none"> - Terapi Iodium-131 (150 mCi) = Rp. 21.100.000 - Terapi Iodium-131(200mCi)=Rp. 27.500.000
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rawat jalan (Poli Radioterapi, Poli Kedokteran Nuklir) 2. Pelayanan DiagnostikIn-Vivo(SPECT-CT) 3. Pelayanan Radiasi Eksterna 4. Pelayanan Radiasi Interna (Brakhiterapi) 5. Pelayanan Kemoterapi 6. Pelayanan Terapi Radiasi Interna (Teranostik Molekuler)
7	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang pemeriksaan 3. Ruang tindakan 4. Ruang Rawat Isolasi Radioaktif (RIRA) 5. Ruang Pelayanan Kemoterapi 6. Ruang Pelayanan Kemoterapi VIP 7. Tensimeter 8. Alat Linac 9. Alat Brakhiterapi 10. CT Simulator 11. SPECT-CT 12. Treadmill Jantung dengan Stress EKG 13. Kursi 14. Meja 15. Komputer 16. Kamar Mandi Pria danWanita 17. Musholla
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Onkologi Radiasi 2. Dokter Spesialis Kedokteran Nuklir 3. Dokter Spesialis Anestesi 4. Dokter Umum 5. Perawat Kemoterapi 6. Perawat Radioterapi 7. Perawat Kedokteran Nuklir 8. Penata Anestesi 9. Radiografer 10. Fisika Medis 11. Radiofarmasis 12. Tenaga administrasi 13. Pegawai 14. <i>Cleaning Service</i> 15. <i>Security</i>
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi 3. CCTV
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : humas@fatmawatihospital.com 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999

		4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 41 orang, terdiri dari 1. Dokter Spesialis(4 orang) 2. Dokter Umum (4 orang) 3. Perawat (17 orang) 4. Radiografer (9 orang) 5. Fisikamedis (3 orang) 6. Radiofarmasis (2 orang) 7. Administrasi (2 orang) 8. Pekarya (3 orang)
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi kinerja pelayanan	1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan 2. Survey Kepuasan Pelanggan

2. INSTALASI RAWAT JALAN

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 2. Permenkes no 129/MENKES/SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; 2. Kebijakan Pelayanan Rawat Jalan Di Rumah Sakit Fatmawati No. HK.01.07/VIII.4/1186/2022.
2	Persyaratan Pelayanan	1.Pasien Umum - Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) 2.Pasien jaminan perusahaan - Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) - Surat pengantar jaminan dari perusahaan 3. Pasien jaminan asuransi - Kartu identitas - Surat Rujukan (Bagi Peserta JKN)

3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan reservasi melalui aplikasi MYRSF dan mendapatkan barcode reservasi sebagai bukti pendaftaran 2. Pasien menyerahkan bukti pendaftaran ke petugas pendaftaran. 3. Bagi.peserta JKN akan diterbitkan SEP (Surat Eligibilitas Peserta). 4. Pasien dilakukan pemeriksaan tanda vital oleh perawat. 5. Selanjutnya pasien dilakukan pemeriksaan dokter spesialis dan mendapatkan terapi. 6. Pasien menunggu obat di depo farmasi
4	Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1.Pendaftaran <ol style="list-style-type: none"> a. Senin s.d Kamis : Pukul 07.00 s.d 12.00 WIB b. Jumat : Pukul 07.00 s.d 11.00 WIB 2. Pelayanan pemeriksaan/obat : Pukul 07.30 WIB s.d 16.00 WIB
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INA-CBGs 2. Pasien Tunai : Rp. 125.000 3. Pasien Asuransi sesuai ketentuan
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rawat jalan (Poli Jantung, Orthopedi, Gilut, IPD, Anak ,Kebidanan/kandungan, Saraf, Bedah saraf, Anestesi, Paru, Bedah, THT, Mata, Tumbuh Kembang, Jiwa) 2. Pemeriksaan diagnostik : Tindakan diagnostik jantung, Paru, Penyakit Dalam, Saraf, THT, dan Rehab medik. 3. Perawatan luka
7	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang pemeriksaan 3. Ruang tindakan 4. Tensimeter 5. Termometer 6. Stetoskop anak dan dewasa 7. Kursi 8. Meja 9. Komputer 10. EKG 11. Dental unit 12. Dresing pack 13. Tempat tidur periksa 14. Timbangan bayi, anak, dewasa 15. Pengukur tinggi badan anak dan dewasa 16. Spirometri 17. Trolley 18. Meja Gynekologi

		<ul style="list-style-type: none"> 19. USG 20. Refleksi hamer 21. Meteran 22. X ray viewer 23. Alat peraga edukasi DM 24. Alat mata 25. Alat THT 26. Laser 27. Alat bedah minor
8	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis 2. Dokter sub spesialis 3. Perawat 4. Bidan 5. Refraksionis 6. Teknikal gigi 7. Petugas audiometri 8. Tenaga administrasi 9. Tenaga entry data 10. Tenaga pekarya 11. Educator DM 12. Ahli Gizi
9	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Email : humas@fatmawatihospital.com 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Ruang Pengaduan
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis : 2. Dokter sub spesialis 3. Perawat : 87 4. Bidan : 7 5. Refraksionis : 4 6. Teknikal gigi : 1 7. Petugas audiometri : 1 8. Tenaga administrasi : 3 9. Tenaga entry data : 6 10. Tenaga pekarya : 11 11. Educator DM : 3 12. Ahli Gizi : 1
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional

14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume 2. Survey Kepuasan Pelanggan 3. Indikator kinerja unit IRJ
----	----------------------------	--

3. INSTALASI GAWAT DARURAT

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang 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 Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawat daruratan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2016 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu; 5. Surat Keputusan Direktur Utama RS Fatmawati Nomor : HK.01.07/VIII.4/1102/2024 tanggal 15 Juli 2022 tentang Pengorganisasian Instalasi Gawat Darurat RS Fatmawati; 6. Surat Keputusan Direktur Utama RS Fatmawati Nomor : HK.02.03/D.XXI/5959/2023 tanggal 9 November 2023 tentang Kebijakan Pelayanan Instalasi Gawat Darurat.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum : <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Kartu BPJS 2. Pasien Jaminan Perusahaan : <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan 3. Pasien Jaminan Asuransi : <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Kartu asuransi
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemilahan pasien yang datang ke RS Fatmawati pertama kali dilakukan di Triase Primer yang akan menentukan kegawatdaruratan pasien secara cepat tanpa alat dan bila perlu menilai RPM (<i>Respiratory Rate, Pulse dan Mental Status</i>). Pasien dengan kegawatdaruratan <i>life saving</i> (kriteria <i>immediate</i>) langsung dimasukkan ke Ruang Resusitasi di Zona Merah dan pasien sakit kritis (kriteria <i>emergent</i>) langsung dimasukkan ke area kritis Zona

		<p>Merah, sedangkan pasien dengan kebutuhan khusus ke Ruang Isolasi Airborne/Ruang UPPA/Ruang Dekontaminasi dengan respon time \leq 1 menit.</p> <ol style="list-style-type: none">2. Pemilahan lanjut untuk pasien dengan kriteria Zona Kuning dan Zona Hijau diperiksa di Triase Sekunder yang akan mengelompokkan pasien dengan kriteria Zona Hijau (kriteria <i>semi urgent</i> dan <i>non urgent</i>), Zona Kuning (kriteria <i>urgent</i>).3. Keseluruhan proses triase primer dan sekunder harus diselesaikan dalam waktu \leq 5 menit.4. Penatalaksanaan pasien pada ruangan kebutuhan khusus akan dilaksanakan sesuai dengan SPO Alur Pelayanan Ruang Isolasi Airborne, SPO Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA) dan SPO Kegawatdaruratan Nuklir.5. Penatalaksanaan pasien yang telah dilakukan pemilahan sesuai kriteria pasien Zona Merah, Kuning dan Hijau akan dilakukan <i>assessment</i> dan tatalaksana kegawatdaruratan oleh dokter jaga dan perawat IGD dan dilanjutkan dengan pelayanan medis yang berupa anamnesis, pemeriksaan fisik dan penunjang yang mendukung diagnosis.6. Respon time <i>assessment</i> dan tatalaksana kegawat daruratan oleh petugas medis IGD adalah:<ul style="list-style-type: none">● Zona Merah<ol style="list-style-type: none">1. Kriteria Pasien <i>Resuscitation</i>: Respon Time SEGERA atau Nol menit2. Kriteria Pasien <i>Emergent</i> : Respon Time \leq 10 menit● Zona Kuning, yaitu pasien dengan kriteria pasien <i>Urgent</i>, dengan respon time \leq 30 menit● Zona Hijau<ol style="list-style-type: none">1. Kriteria pasien <i>semi urgent</i>, dengan respon time \leq 60 menit2. Kriteria pasien <i>non urgent</i>, dengan respon time \leq 120 menit7. Pelaksanaan konsultasi kepada DPJP dilakukan oleh dokter jaga IGD setelah dilakukan tatalaksana kegawatdaruratan, sehingga dapat diputuskan apakah pasien akan dirawat, dilakukan operasi cito, dibawa ke ruang VK untuk pasien kebidanan dan
--	--	--

		<p>rawat jalan apabila tidak ada indikasi rawat dari pasien tersebut.</p> <p>8. Setelah diagnosa kegawatdaruratan ditegakkan, dilakukan <i>informed consent</i> kepada pasien dan keluarga pasien tentang rencana tindak lanjut pada pasien.</p> <p>9. Keluarga pasien diarahkan ke bagian Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) untuk mencari ruang rawat apabila pasien memerlukan tindakan perawatan</p> <p>10. Untuk pasien yang pulang dan meninggal, keluarga diarahkan ke bagian Kasir IGD untuk mengurus administrasi.</p> <p>11. Untuk pasien yang direncanakan tindakan operasi, setelah persiapan operasi selesai, maka pasien akan langsung diantar ke ruang operasi cito di gedung OK CITO.</p> <p>12. Apabila pasien tidak mendapatkan ruang rawat, maka keluarga pasien akan dianjurkan untuk dirujuk ke RS lain yang dapat menerima kondisi pasien dengan konfirmasi yang dilakukan terlebih dahulu ke RS yang bersangkutan, namun apabila pasien tidak bersedia untuk dirujuk, maka pasien dianjurkan untuk dirawat di area <i>boarding</i> atau area <i>boarding</i> virtual di IGD.</p> <p>13. Dalam waktu kurang dari 8 jam, pasien harus dapat ditentukan apakah pasien harus dilakukan rawat inap, diperbolehkan rawat jalan atau harus dilakukan rencana operasi cito.</p>
4	Waktu Pelayanan	24 jam
5	Biaya/Tarif	<p>1.Pasien BPJS Kesehatan/JKN :</p> <p>a. Sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBG's</p> <p>b. Pasien Naik Kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku</p> <p>2.Pasien Tunai</p> <p>3.Pasien Asuransi</p>
6	Produk Layanan	Memberikan pelayanan 24 jam dalam memberikan pelayanan medis, pelayanan keperawatan, pelayanan penunjang (radiologi dan laboratorium), pelayanan obat dan pelayanan administrasi (pendaftaran, termasuk jaminan)
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p>1.Ruang Triase</p> <p>2.Ruang Pelayanan (sesuai tingkat kegawatan)</p> <p>3.Ruang Anak</p> <p>4.Ruang PemeriksaanPenunjang (laboratorium &</p>

		<p>radiologi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Ruang Apotik 6. Ruang Tindakan 7. Ruang Isolasi 8. Ruang Dekontaminasi 9. Ruang HCU Lantai 1 dan 2 10. Ruang VK Kebidanan 11. Ruang Utility 12. Ruang Spoelhoc 13. Peralatan medis 14. Peralatan non medis
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum 2. Perawat 3. Tenaga Penunjang (Administrasi, Pekarya, Data Entry & SPGDT)
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : Sesuai dengan rumah sakit 2. Telepon : Sesuai dengan rumah sakit 3. WA center : Sesuai dengan rumah sakit 4. Media sosial : Sesuai dengan rumah sakit 5. Ruang pengaduan : Tim Kerja Hukormas
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 243 orang, terdiri dari :</p> <p><u>Staf Instalasi Gawat Darurat (147 orang) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat (118 orang) 2. Pekarya (16 orang) 3. Data Entry (4 orang) 4. SPGDT (8 orang) 5. Administrasi (1 orang) <p><u>Staf satuan kerja lain (96 orang) :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Umum (25 orang) – KSM Umum 2. TPP (9 orang) – IRMIK 3. Radiologi (12 orang) – Instalasi Radiologi 4. Apotik (15 orang) – Instalasi Farmasi 5. Kasir (3 orang) – Bank Mandiri 6. Satpam (16 orang) – <i>Outsourcing</i> 7. <i>Cleaning Service</i> (16 orang) – <i>Outsourcing</i>
12	Jaminan pelayanan	<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan kegawatan pasien, upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan mengutamakan kegawat daruratan dan keselamatan pasien. 2. Implementasi standar prosedur operasional 3. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan 2. Survey Kepuasan Pelanggan.

4. INSTALASI RAWAT INAP

A. RAWAT INTENSIF

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan; 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 nomor 586); 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah Sakitan; 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 519/Menkes/PER/III/2011 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif; 7. Keputusan Direktorat Jenderal Upaya Kesehatan Nomor HK. 02.04/1966/2011, Tentang Petunjuk Teknis Penyelengga-raan Pelayanan <i>Intensive Care Unit</i> di Rumah Sakit; 8. Keputusan Direktur Jendral Bina Upaya Kesehatan Nomor : HK.03.05/I./2063/2011, tentang Petunjuk Teknis <i>High Care Unit</i> di Rumah Sakit.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> b. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) c. <i>Informed Consent Admision</i> 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan c. <i>Informed Consent Admission</i> 3. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas b. Surat Elektabilitas Peserta c. <i>Informed Consent Admision</i>
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter penanggung jawab pasien yang berasal dari IGD/IBS/rawat inap berkonsultasi dengan dokter intensif <i>care</i> (ICU, HCU, NICU, PICU dan ICCU) untuk meminta pertimbangan pasien yang membutuhkan perawatan Intensif.

		<p>2. Dokter jaga ruang intensif memberikan persetujuan masuk atau tidaknya pasien ke ruang rawat intensif berdasarkan penilaian keseluruhan aspek prioritas pasien. Aspek Prioritas pasien meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none">a) Prioritas 1 : pasien yang memerlukan alat bantu/ memerlukan terapi intensif & 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. <p>3. Jika indikasi pasien membutuhkan perawatan intensif pasien dapat segera masuk ruang rawat Intensif.</p> <p>4. Setelah pasien masuk ICU, Dokter Anestesi yang akan memberikan penanganan pasien selanjutnya.</p> <p>5. 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. Pengurusan administrasi pasien meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien Pulang Pasien yang dapat keluar dari ICU hanya pasien : - Pasien Meninggal atau - Pulang atas permintaan sendirib. Pasien Rawat Inap di bangsal Setelah pasien memenuhi syarat untuk perawatan di bangsal yaitu :<ul style="list-style-type: none">b.1. Bila pasien tidak lagi memerlukan terapi secara intensif/gagal terapi secara intensif dan berprognosa jelek.b.2. Bila kemungkinan mendadak memerlukan tindakan intensif tidak ada.b.3. Pasien kronis yang tidak ada manfaatnya diterapi secara intensif.b.4. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi dengan pertimbangan akan mendapatkan terapi lebih lanjut dan terapi dengan alat yang lebih tinggi tingkat kemampuannya.
4	Waktu Pelayanan	24 jam sehari 7 hari seminggu
5	Biaya/Tarif	<p>Tarif :</p> <ul style="list-style-type: none">1. Tarif Akomodasi :<ul style="list-style-type: none">a. ICU/NICU/PICU : Rp. 1.320.000,-b. ICCU : Rp. 880.000,-c. HCU : Rp. 550.000,-d. Perina / Isolasi : Rp. 385.000,-2. Pasien BPJS Kesehatan /JKN <p>Sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin</p>

		BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs Pasien Naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku
6	Produk Layanan	<p>Pelayanan di Intensif meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan resusitasi jantung paru, 2. Pelayanan pengelolaan jalan nafas, termasuk intubasi endotracheal, <i>tracheostomy</i>, penggunaan ventilator sederhana, 3. Pelayanan terapi Oksigen (HFNC NIV, Buble C PAP, BiPAP) 4. Pelayanan Inkubator 5. Pelayanan Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) 6. Pelayanan Hemoperfusi. 7. Pelayanan Hemodialisa 8. Pelayanan pemantauan EKG, pulse oksimetri yang terus menerus, 9. Pelayanan pemberian nutrisi enteral dan parenteral 10. Pelayanan pemasangan cateter vena sentral 11. Pelayanan oksigenasi membran ekstrakorporeal (ECMO) 12. Pelayanan Echo 13. Non Invasif Kardiocout put/ portable hemodinamik Monitor 14. Pelayanan <i>Cardiotocography</i> (CTG) 15. Pelayanan Rehabilitasi Medik
7	Sarana prasarana /fasilitas	<p>RUANG :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Ruang ICU kapasitas : 22 TT 2. Ruang ICU tekanan positif : 1 TT 3. NICU : 16 TT 4. Perina : 6 TT 5. PICU : 8 TT 6. HCU Anak : 8 TT 7. HCU Kebidanan : 4 TT 8. R.Obstetri : 5 TT 9. HCU Bedah : 25 TT 10. HCU Penyakit Dalam : 19 TT 11. ICU Isolasi tekanan negatif : 7 TT 12. PICU Isolasi tekanan positif : 2 TT 13. Isolasi tekanan negative : 10 TT 14. Kamar mandi 15. Spoelhoek 16. Ruang Obat 17. Pantry 18. Gudang alat 19. Ruang administrasi 20. Kantor perawat 21. Ruang ganti Perawat 22. Ruang Rapat 23. Ruang Dokter 24. Ruang linen bersih dan baju pasien

	<p>25. Ruang tunggu 26. Kamar mandi 27. AC sentral</p> <p>FASILITAS PERALATAN MEDIS dan NON MEDIS</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ventilator2. Alat Hisap Lendir3. Peralatan akses vaskuler4. Alat Monitor Vena Sentral5. Alat Monitor Tekanan Darah, ECG, Saturasi Oksigen (Bed side monitor)6. Termometer7. Defibrilator8. Alat pengatur Suhu Pasien9. Peralatan Drain Toraks10. Pompa Infus11. Pompa Syring12. Alat portabel untuk transportasi13. Tempat Tidur Khusus14. Lampu Untuk Tindakan15. Oxymeter Cerebral (Invos)16. Ventilator Portable17. Mesin CRRT18. Mesin Hemoperfusi20. Mesin Blood Gas Analyzer21. Alat monitoring non invasive22. Mesin USG23. Mesin Echocardiografi24. Alat fototerapi25. Breathing circuit re use (adult)26. Breathing circuit re use (infa)27. Kasur Decubitus28. Kasur29. Sentral Monitor30. Alat Ukur Kelembaban Udara di ruangan31. Troly emergency32. Jaction res33. Standar infus34. Suction portable35. Set Luka36. Bag Valve Mask dewasa37. Bag Valve Mask anak38. Laringoscope39. Troly tindakan40. Stetoscope dewasa41. Stetoscope anak42. Pen light
--	--

	<p>43. Tensimeter Portable 44. Suction central 45. Blood Warm 46. Nebuleiser mobile 47. EKG 12 lead 48. Tabung Oksigen kecil 49. Meja kabinet 50. Alat pressure bag</p> <p>LINEN KEPERAWATAN</p> <p>1. Seprei 2. Sarung bantal 3. Selimut 4. Handuk 5. Baju Pasien 6. Jas petugas 7. Scort kerja</p> <p>PERALATAN RUMAH TANGGA</p> <p>1. Almari dengan rak 2. Galon aqua 3. Dispenser 4. Waskom mandi 5. Troly mandi 6. Brancard 7. Hepafilter 8. Kursi 9. Nakas</p> <p>PERALATAN KANTOR</p> <p>1. 1 Set Komputer : 2. CPU, keyboard 3. Kalkulator 4. Meja komputer 5. Pesawat Telepon 6. Meja kerja 7. ATK 8. Lemari Instrumen 9. Lemari kaca 10. Almari Etalase 11. Rak kayu 12. Nurse station set 13. Printer canon 14. Scanner 15. Lokker pegawai</p>
--	--

		PERALATAN KESELAMATAN 1. Gogle 2. Apron plastik 3. Sepatu boot 4. Masker 5. Sarung tangan
8	Kompetensi pelaksana	13. Dokter sesuai dengan disiplin ilmunya (Spesialis dan Subspesialis) 14. Perawat sesuai dengan spesialis keilmuannya 15. Tenaga administrasi 16. Tenaga Pekarya
9	Pengawasan Internal	4. Monitoring dan Evaluasi Kinerja Staf 5. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	1. Email : irnarsufatmawati22@gmail.com 2. Telepon : 021 7501524, ext.2116/ 2117 3. WA center : Sesuai RS 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Manajemen IRNA lt.1 Gd Anggrek
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 294 orang, terdiri dari : 1. Manajemen Instalasi Intensif (5 orang) 2. Staf Sekretariat (2 orang) 3. Perawat (272 orang) 4. Pekarya (15 orang)
12	Jaminan pelayanan	1. Tidak terjadi Insiden Keselamatan Pasien 2. Visite DPJP tepat waktu
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	4. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 5. Penerapan mitigasi risiko dipantau 6. Asuhan Pasien sesuai PPK dan SPO 7. Penerapan standar mutu dan Keselamatan Pasien dimonev berkala
14	Evaluasi kinerja pelayanan	6. Penilaian Indikator Mutu Pelayanan Instalasi Intensif 7. Penilaian hasil Survey Kepuasan Pasien dan Keluarga

B. RAWAT INAP

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumah Sakitan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020

		tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 nomor 586)
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. <i>Informed Consent Admission</i> 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) - Surat pengantar jaminan dari perusahaan - <i>Informed Consent Admission</i> d. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas b. Surat Elektabilitas Peserta c. <i>Informed Consent Admission</i>
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan Pasien 2. Pengkajian Awal dan Penyusunan <i>Care Plan</i> 3. Pengkajian ulang 4. <i>Informed Consent</i> 5. Identifikasi Pasien dalam setiap Tindakan 6. Pemberian tatalaksana medis 7. Pemberian asuhan keperawatan 8. <i>Hand over</i> jaga Perawat 9. Pemberian edukasi Pasien dan Keluarga 10. <i>Clinical</i> dan <i>Family meeting</i> 11. Perencanaan Pasien Pulang 12. Survei Kepuasan Pasien dan Keluarga
4	Waktu Pelayanan	24 jam sehari 7 hari seminggu
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 4. Tarif Akomodasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Kls 3 : Rp. 137.500,- b. Kls.2 : Rp. 385.000,- c. Kls.1 : Rp. 660.000,- d. Kls VIP : Rp. 1.100.000,- e. Kls VVIP : Rp. 1.375.000,- f. Kls Presiden Suit ; Rp. 1.925.000,- g. Ruang Luka Bakar : Rp. 385.000,- h. Unit Stroke : Rp. 550.000,- 5. Pasien BPJS Kesehatan /JKN <ol style="list-style-type: none"> a. Sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs b. Pasien Naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Rawat Inap terdiri dari : Medikal, Ibu dan anak, Infeksi, Non Infeksi), Bedah, Rehabilitasi Medik, Eksekutif 2. Pemeriksaan diagnostik(Pemeriksaan ECG, Rontgen mobile) 3. Tindakan Intervensi (Pasang infus, suntik, ambil darah) 4. Pelayanan ruang Transit 5. Pelayanan Pasien Thalasemia
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Rawat sesuai standar KRIS (TT, Nakas, Oksigen sentral, Kursi tunggu pasien, bel)

		<ol style="list-style-type: none">2. Ruang edukasi3. Ruang tindakan4. Ruang Obat5. Nurse Station6. Tensimeter7. Statescope8. Termometer9. Hygrometer10. Oxymeter11. Ambu Bag12. Laringoscope13. Papan resusitasi14. Senter15. Tabung Oksigen kecil16. Brankard17. Kursi Roda18. Easy Move19. Matras Dekubitus20. Standar Infus 5 kaki21. Nebulizer22. Infus Pump23. Syringe Pump24. Bed site Monitor25. Defibrilator26. Meteran27. Suction Portable28. Lampu X Ray29. Meja Suntik30. Meja Dressing31. Box Bayi32. Inkubator33. Baby table34. Alat steril botol susu35. Timbangan Bayi36. Timbangan Dewasa37. Trolley Emergency38. Bantal Pasir39. Manometer Oxigen Sentral40. Manometer Oksigen Tabung41. Lemari linen Stainless42. Kulkas Obat43. Kulkas simpan ASI44. Dispenser45. Tempat sampah46. Keset anti slip47. Jam dinding48. Meja
--	--	--

		49. Komputer dengan jaringan dan WIFI 50. Jaringan dan Pesawat Telpon
8	Kompetensi pelaksana	1. Dokter sesuai dengan disiplin ilmunya (Spesialis dan Subspesialis) 2. Perawat sesuai dengan spesialis keilmuannya 3. Tenaga administrasi 4. Tenaga Pekarya
9	Pengawasan Internal	3. Monitoring dan Evaluasi Kinerja Staf 4. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	1. Email : irnarsufatmawati22@gmail.com 2. Telepon : 021 7501524, ext.2116/ 2117 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Manajemen IRNA lt.1 Gd Angrek
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 457 orang, terdiri dari 1. Manajemen IRNA (6 orang) 2. Staf Sekretariat (5 orang) 3. Perawat (392 orang) 4. Pekarya (54 orang)
12	Jaminan Pelayanan	Tidak terjadi Insiden Keselamatan Pasien Visite DPJP tepat waktu
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Penerapan mitigasi risiko dipantau 3. Asuhan Pasien sesuai PPK dan SPO 4. Penerapan standar mutu dan Keselamatan Pasien dimonev berkala
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	5. Penilaian Indikator Mutu Pelayanan IRNA 6. Penilaian hasil Survey Kepuasan Pasien dan Keluarga

C. INSTALASI BEDAH SENTRAL

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 tahun 2022 tentang persyaratan teknis bangunan, prasarana dan peralatan kesehatan rumah sakit 3. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati NOMOR HK.01.07/VIII.4/1582/2022 tentang pelayanan anestesi/sedasi dan pembedahan di RS Fatmawati 4. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati

		Nomor HK.02.03/D.XXI/313/2024 tentang Kebijakan Pelayanan Kamar Operasi di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien bedah elektif dan cito merupakan pasien dengan cara pembayaran : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dengan pembayaran tunai b. Pasien Jaminan Perusahaan c. Pasien Jaminan Asuransi 2. Pasien bedah elektif dan cito dapat masuk/ dijadwalkan operasi melalui : <ol style="list-style-type: none"> a. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) b. Instalasi Gawat Darurat (IGD) c. Instalasi Rawat Inap (IRI) d. Instalasi Intensif (II) 3. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi Operasi. 4. Pengkajian pasien selalu didasari oleh riwayat penyakit pasien, status fisik dan data diagnostic serta faktor resiko dan keuntungan yang didapat dari jenis pembedahan melalui proses komunikasi dan edukasi terhadap pasien dan keluarga. 9. Waktu pelaksanaan operasi dijadwalkan setelah ada kesepakatan DPJP dan keluarga. 10. Adminstrasi dan jaminan pelayanan pembedahan/perawatan telah disampaikan dan diurus oleh pasien dan atau keluarga. 11. Informasi edukasi termtang diagnosa dan rencana tindakan operasi serta risiko dan alternatif lain telah disampaikan kepada pasien dan atau keluarga oleh DPJP. 12. <i>Informed consent</i> pembedahan dan anestesi telah dibuat.
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari IRJ: <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran pasien bisa dilakukan secara <i>online</i> atau datang langsung ke pendaftaran IRJ. b. Pasien menuju poli yang dituju. Dilakukan asesment pra bedah untuk menentukan diagnosa dan rencana jenis tindakan operasi yang dilakukan dan didokumentasikan di Elektronik <i>Medical Record</i> (EMR) oleh DPJP. c. <i>Informed consent</i> pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan pembedahan, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang seperti IOM, C-Arm, pemeriksaan PA/VC dll sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi sesuai

		<p>dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam Medical Record.</p> <p>d. Pemesanan : Pemakaian IOM, C-Arm, Produk darah dll sesuai kebutuhan dilakukan secara online (transmedik) oleh DPJP dan dikonfirmasi oleh petugas IRJ untuk ditindaklanjuti/direspon oleh pihak yang dituju.</p> <p>e. Pasien atau keluarga menyelesaikan administrasi pembayaran atau jaminan kantor/asuransi, BPJS sesuai tarif tindakan pembedahan Rumah Sakit :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien tunai : membayar langsung di kasir- Pasien Jaminan Asuransi/BPJS : Petugas administrasi berkoordinasi dengan pihak asuransi hingga mendapatkan Jaminan atau Surat Perincian Tindakan (SPT)- Pasien Jaminan Kantor :Petugas administrasi IRJ memastikan penjaminan tindakan dari kantor yang bersangkutan. <p>f. Setelah proses administrasi selesai dilakukan barulah pasien dijadwalkan operasi ke OK Elektif oleh DPJP / petugas IRJ dengan mengisi :</p> <ul style="list-style-type: none">- Identitas pasien- Diagnosa dan rencana tindakan pembedahan- Waktu rencana tindakan operasi (Tanggal dan jam)- Durasi operasi- Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukan.- Kebutuhan ruang post operasi. <p>g. Fasilitas ruang rawat inap</p> <p>h. Bila pasien tidak dirawat inap, pasien akan langsung diantar ke OK elektif sesuai waktu yang telah dijadwalkan oleh petugas IRJ.</p> <p>i. Bila pasien dirawat inap maka petugas IRJ berkoordinasi dengan TPP, bed manager dan ruang rawat untuk mendapatkan ruang rawat sesuai kebutuhan.</p> <p>j. Pasien diantar diantar ke ruang rawat inap.</p> <p>2. Pasien dari ruang Rawat :</p> <p>a. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi operasi.</p> <p>b. Informed consent pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan pembedahan, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang seperti IOM, C-</p>
--	--	--

		<p>Arm, pemeriksaan PA/VC dll sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi, petugas ruang rawat, sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam Medical Record.</p> <p>c. DPJP melalui Petugas ruang rawat mengajukan penjadwalan operasi ke OK elektif dengan mengisi:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Identitas Pasien2. Diagnosis dan rencana pembedahan3. Waktu rencana tindakan operasi (tanggal dan jam)4. Durasi operasi5. Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukan6. Kebutuhan ruang post operasi7. Pasien diantar ke OK elektif sesuai jadwal operasi yang sudah disepakati. <ul style="list-style-type: none">- Pasien dari IGD <p>a. Pasien yang akan dijadwalkan operasi, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan pembedahan dan toleransi Operasi.</p> <p>b. Petugas IGD menghubungi petugas OK Cito untuk penjadwalan</p> <p>c. Apabila kasusnya <i>emergency</i> maka toleransi operasi yang belum selesai dilakukan bisa dilakukan di OK Cito.</p> <p>d. Pasien diantar ke OK Cito setelah ruang operasi siap (<i>respon time</i> < 2 Jam)</p> <p>Pelayanan bedah elektif dan cito di OK</p> <ol style="list-style-type: none">a. Verifikasi pasien preoperasi dilakukan oleh petugas penerimaan di ruang transfer.b. Pasien dipindahkan ke ruang persiapan untuk selanjutnya dilakukan Proses sign in oleh tim operasic. Tim operasi melakukan tindakan pembedahan sesuai prosedur dan kasus penyakit. Sebelum operasi dimulai, tim operasi melakukan proses <i>time out</i>. Sebelum luka operasi ditutup tim operasi melakukan proses sign out.d. Setelah operasi selesai, tim operasi melakukan dokumentasi kegiatan pada medical record pasien, kemudian pasien dipindahkan ke ruang <i>Recovery Room</i> (RR).e. Pemantauan pasien post operasi dilakukan oleh petugas RRf. Pemberian edukasi - informasi kepada
--	--	--

		<p>pasien/keluarga terkait jalannya operasi diberikan oleh operator/DPJP segera setelah operasi selesai.</p> <p>g. Apabila ada perubahan tindakan intra perasi, operator wajib menginformasikan kepada pasien dan keluarga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Transfer pasien post operasi dari ok menuju : <ul style="list-style-type: none"> a. ICU/NICU/PICU/ICCU : Pemindahan pasien dilakukan dari kamar operasi langsung menuju ICU/NICU/PICU/ICCU. Proses hand over dilakukan oleh dokter anestesi dan atau penata/perawat anestesi dengan petugas ICU/NICU/PICU/ICCU. b. HCU/IRNA : Setelah pasien di Ruang Recovery (RR) dinyatakan boleh pindah oleh dokter anestesi, petugas RR menghubungi ruang rawat untuk dilakukan penjemputan. (Respon time 30 menit) c. Hand over pasien pindah ruangan dilakukan oleh petugas RR dan petugas ruangan. d. Pemulangan pasien ODC : Pasien dipulangkan dari OK dengan ketentuan : <ul style="list-style-type: none"> - Pasien telah bebas dari efek obat anestesi lokal - Pasien dapat mobilisasi sesuai toleransi post operasi - Membawa obat oral untuk dirumah sesuai instruksi DPJP. - Mendapat edukasi informasi perawatan post operasi dirumah - Pasien dan keluarga diantar oleh pekarya OK apabila proses administrasi telah selesai.
4	Waktu Pelayanan	<p>1. Bedah Elektif Hari : Senin - jum'at Waktu : Pagi : 07.30 - 16.00 Sore : 14.00 - 21.00 (tentative)</p> <p>2. Bedah Cito Hari : Senin - Minggu Waktu : 24 jam</p>
5	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs d. Pasien Naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku <p>6. Pasien Tunai</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sesuai dengan tarif tindakan bedah yang berlaku di

		<p>Rumah Sakit Fatmawati.</p> <p>b. Apabila saat operasi berlangsung diperlukan tindakan tak terduga atau membutuhkan Alkes, BMHP, implant diluar paket biaya bedah maka biaya ditanggung pasien dan keluarga. Dibuktikan dengan pernyataan tertulis dari pasien dan keluarga.</p> <p>- Pembayaran dilakukan secara langsung, baik melalui tunai atau non tunai (transfer via bank, mobile banking dll).</p> <p>7. Pasien Jaminan Asuransi</p> <p>a. Sesuai dengan tariff tindakan bedah yang berlaku di Rumah Sakit Fatmawati</p> <p>b. Apabila biaya yang tidak dijamin dalam SPT (surat Perincian Tindakan) Asuransi maka selisih pembayaran (ekses) dibebankan kepada pasien dan atau keluarga.</p> <p>8. Pasien Jaminan Kantor</p> <p>a. Sesuai dengan tariff tindakan bedah yang berlaku di Rumah Sakit Fatmawati</p> <p>b. Apabila biaya yang tidak dijamin oleh pihak kantor, maka selisih pembayaran (ekses) dibebankan kepada pasien dan atau keluarga.</p>
6	Produk Layanan	<p>1. Pelayanan One Day Care (ODC)</p> <p>2. Tindakan Bedah Orthopedi</p> <p>a. Spine</p> <p>b. Hand and Shoulder</p> <p>c. Hip and Knee</p> <p>d. Onkologi</p> <p>e. Pediatrik</p> <p>3. Tindakan bedah bedah plastik dan rekonstruksi.</p> <p>4. Tindakan bedah Vaskuler</p> <p>5. Tindakan bedah Urologi</p> <p>6. Tindakan bedah Saraf</p> <p>7. Tindakan bedah Onkologi</p> <p>8. Tindakan bedah Mata</p> <p>9. Tindakan bedah THT</p> <p>10. Tindakan bedah Obsebtri dan gynekologi</p> <p>11. Tindakan bedah Digestif</p> <p>12. Tindakan bedah Anak</p> <p>13. Tindakan bedah Thorax</p> <p>14. Tindakan bedah Umum</p> <p>15. Tindakan bedah gigi dan mulut</p> <p>16. Tindakan paru</p>
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p>1. Ruang penerimaan</p> <p>a. Brankar pasien</p> <p>b. Kursi roda</p>

		<ul style="list-style-type: none">c. Bedside monitord. Standar infuse. Alat ukur BB dan TBf. Mobile Monitor vital sign <p>2. Kamar Operasi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Meja operasi dan asesorisnyab. Elektro Surgical Couterc. Suction portabled. Standar infuse. Meja instrumentf. Lampu operasig. Viewer rontgenh. Mesin anestesii. Meja anestesij. Seperangkat Alat pendokumentasian ERM (ergotron, laptop, finger print, CD room eksternal)k. Kursi operatorl. Warming Blanketroll systemm. Tourniquetn. C-Armo. Laryngoscopep. Syring pumpq. Pesawat telepon <p>3. Ruang pemulihan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Brankar pasienb. Bed side monitorc. Wall suctiond. Wall Oksigene. Standar infusf. Warming Blanket systemg. Cooler blood bankh. Komputeri. Trolley emergencyj. Deases sock <p>3. Ruang tunggu</p> <ul style="list-style-type: none">a. Televisib. Sofac. Dispenserd. Toilete. Permen, Kopi, teh, gula sachetf. Pemesanan Makanan melalui tenant Rumah Sakit Fatmawati. <p>4. Ruang Staf</p> <ul style="list-style-type: none">a. Sofab. Televisic. Meja dan kursi makan
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> d. Pantry e. Mushola <p>5. Ruang Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sofa b. Meja c. Materi edukasi <p>6. Ruang Administrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Komputer b. Printer c. Kursi d. Perlengkapan ATK e. Pesawat telepon
8	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis 2. Perawat bedah 3. Perawat anestesi 4. Penata anestesi 5. Radiografer 6. Petugas farmasi 7. Teknisi medik 8. Teknisi listrik 9. Tenaga administrasi 10. Pekarya 11. <i>Cleaning service</i> 12. <i>Security</i>
9	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. <i>Monitoring</i> dan evaluasi 2. Supervisi 3. CCTV
10	Penanganan Pengaduan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Email : kamaroperasi.rsf@gmail.com 2. Telepon : 3. WA center : 4. Media sosial : 5. Ruang pengaduan :
11	Jumlah pelaksana	<p>Pelaksana bedah terdiri dari</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis Orthopaedi : <ul style="list-style-type: none"> a. Spine : 4 b. Hand : 3 c. Shoulder and elbow: 1 d. Hip : 2 e. Knee : 2 f. Onkologi: 1 g. Pediatrik: 1 h. Umum : 2 i. Foot and ankle : 1 2. Dokter bedah umum : 4 3. Dokter spesialis bedah plastik : 4 4. Dokter spesialis Vaskuler : 2 5. Dokter spesialis Urologi : 6

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Dokter spesialis Bedah saraf : 5 7. Dokter spesialis Bedah Digestif : 4 8. Dokter spesialis bedah Anak : 3 9. Dokter spesialis Obsebtri dan gynekologi : 20 10. Dokter spesialis THT : 7 11. Dokter spesialis Mata : 7 12. Dokter spesialis Bedah onkologi : 3 13. Dokter spesialis Gigi dan mulut : 2 14. Dokter spesialis Anestesi : 23 15. Perawat Bedah : 74 16. Perawat Anestesi : 22 17. Penata Anestesi : 21 18. Radiografer : 1 19. Petugas farmasi : 10 20. Teknisi medik : 1 21. Teknisi kelistrikan : 1 22. Petugas Administrasi : 3 23. Pekarya : 10 24. Cleaning servis : 10 25. Security : 4
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan keselamatan pasien (<i>safety surgery</i>) dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan yang cepat, aman, nyaman dan berkualitas sesuai standar atau prosedur yang berlaku di Rumah Sakit Pusat Fatmawati.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan program mutu 2. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 3. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien (<i>Safety Surgery</i>) 4. Implementasi standar prosedur operasional. 5. Jalur evakuasi yang mudah diakses
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cakupan operasi elektif dan cito setiap bulan 2. Evaluasi waktu tunggu operasi elektif setiap bulan 3. Evaluasi Emergency response time setiap bulan 4. Evaluasi angka penundaan operasi setiap bulan 5. Evaluasi angka pembatalan operasi setiap bulan 6. Evaluasi ketepatan waktu tanggap SC <i>emergency</i> setiap bulan 7. Evaluasi penerapan keselamatan operasi setiap bulan 8. Evaluasi mutu pelayanan setiap bulan 9. Survey kepuasan pelanggan 10. Pelaporan : Triwulan, Semester dan Tahunan

D. UNIT KARDIO VASKULAR INTENSIF (UKVI)

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik IndonUnesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Undang Undang Nomor 10 Tahun 2007 tentang Ketenaga nukliran 4. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Kemanan Sumber Radioaktif 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 854 tahun 2009 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah . 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit 8. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Fatmawati Nomor : HK.01.07/VIII.1/880/2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Radiologi dan Kedokteran Nuklir di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati 10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/394/2019 Tentang Pedoman Nasional PelyanananKedokteran Tata laksana Stroke 11. Keputusan Direktur Uama RSUP Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.4/2907/2022 12. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.1/8497/2023 Tentang Penggorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati;
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien elektif dan cito merupakan pasien dengan cara pembayaran : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dengan pembayaran tunai b. Pasien Jaminan Perusahaan c. Pasien Jaminan Asuransi 2. Pasien elektif dan cito dapat masuk/ dijadwalkan

		<p>tindakan melalui :</p> <ul style="list-style-type: none">- Instalasi Rawat Jalan (IRJ)- Instalasi Gawat Darurat (IGD)- Instalasi Rawat Inap (IRI)- Instalasi Intensif (II) <p>3. Pasien yang akan dijadwalkan, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan Diagnostik /Intervensi non bedah dan toleransi tindakan minimal invasif (jika pasien dilakukan tindakan dengan pendampingan Anestesi)</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pengkajian pasien selalu didasari oleh riwayat penyakit pasien, status fisik dan data diagnostik serta faktor resiko dan keuntungan yang didapat dari jenis Tindakan baik itu diagnostic maupun intervensi minimal invasif melalui proses komunikasi dan edukasi terhadap pasien dan keluarga.b. Waktu pelaksanaan tindakan dijadwalkan setelah ada kesepakatan DPJP dan keluarga.c. Adminstrasi dan jaminan pelayanand. Diagnostik dan atau intervensi non bedah minimal invasif/perawatan telah disampaikan dan diurus oleh pasien dan atau keluarga.e. Informasi edukasi tentang diagnosa dan rencana tindakan operasi serta risiko dan alternatif lain telah disampaikan kepada pasien dan atau keluarga oleh DPJP.f. Informed consent tindakan diagnostik atau intervensi non bedah minimal invasive dan anestesi telah dibuat.
3	Prosedur	<p>1. Pasien dari IRJ:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pendaftaran pasien dilakukan di pendafran IRJ. Pasien menuju poli yang dituju. Dilakukan asesment untuk menentukan diagnosa dan rencana jenis tindakan yang dilakukan dan didokumentasikan di Elektronik Medical Record (EMR) oleh DPJP.b. Informed consent pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan diagnostik/intervensi non bedah, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam Medical Record.c. Pemesanan : Pemakaian Implan , Produk darah dll

		<p>sesuai kebutuhan dilakukan secara online (transmedik) oleh DPJP dan dikonfirmasi oleh petugas IRJ untuk ditindaklanjuti/direspon oleh pihak yang dituju.</p> <p>d. Pasien atau keluarga menyelesaikan administrasi pembayaran atau jaminan kantor/asuransi, BPJS sesuai tarif tindakan pembedahan Rumah Sakit :</p> <ul style="list-style-type: none">i. Pasien tunai : membayar langsung di kasirii. Pasien Jaminan Asuransi/BPJS : Petugas administrasi berkoordinasi dengan pihak asuransi hingga mendapatkan Jaminan atau Surat Perincian Tindakan (SPT)iii. Pasien Jaminan Kantor : Petugas administrasi IRJ memastikan penjaminan tindakan dari kantor yang bersangkutan. <p>2. Setelah proses administrasi selesai dilakukan barulah pasien dijadwalkan tindakan ke pendaftaran UKVI oleh DPJP / petugas IRJ dengan mengisi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Identitas pasienb. Diagnosa dan rencana tindakan diagnostik/intervensi non bedahc. Waktu rencana tindakan operasi (Tanggal dan jam)d. Durasi operasie. Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukan.f. Kebutuhan ruangan post tindakan. <p>3. Untuk pasien dengan Tindakan PCI kompleks dapat dilakukan konferensi kardiak terlebih dahulu jika diperlukan.</p> <p>4. Bila pasien tidak dirawat inap, pasien datang H -1 ke UKVI untuk edukasi persiapan Tindakan dengan membawa hasil Laboartorium ,jika ada abnormalitas hasil laboratorium petugas edukasi melaporkan ke DPJP terkait .</p> <p>5. Bila pasien dirawat inap maka petugas IRJ berkoordinasi dengan TPP, bed manager dan ruang rawat untuk mendapatkan ruang rawat sesuai kebutuhan.</p> <p>6. Pasien diantar diantar ke ruang rawat inap.</p> <p>2. Pasien dari ruang Rawat :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan tindakan, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan dan toleransi dari tim medis terkait, jika diperlukan implant dan atau alat khusus dipastikan telah di ACC, untuk tindakan emergency harus membawa
--	--	--

		<p>surat persetujuan dari Ka Satker terkait .</p> <ol style="list-style-type: none">b. Informed consent pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan diagnostik/intervensi non bedah, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi, petugas ruang rawat, sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam Medical Record.c. DPJP melalui Petugas ruang rawat mengajukan penjadwalan kebagian pendaftaran/melalui PJ Medis jika diluar jam kerja dengan mengisi :<ol style="list-style-type: none">i. Identitas Pasienii. Diagnosis dan rencana diagnostik/intervensi non bedahiii. Waktu rencana tindakan (tanggal dan jam)iv. Durasi tindakanv. Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukanvi. Kebutuhan ruang post tindakand. Pasien diantar ke UKVI sesuai jadwal yang sudah disepakati. <p>2. Pasien dari IGD</p> <ol style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan tindakan, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan dan toleransi dari tim terkait .b. Petugas IGD menghubungi petugas on call /PJ medis untuk penjadwalan Apabila kasusnya emergency maka toleransi operasi yang belum selesai dilakukan bisa dilakukan diUKVIc. Pasien diantar ke UKVI setelah ruangan siap (respon time <2 Jam) <p>3. Pelayanan tindakan diagnostik/intervensi non bedah elektif dan cito di ruang cathlab</p> <ol style="list-style-type: none">a. Verifikasi pasien pre tindakan dilakukan oleh petugas penerimaan di ruang penerimaanb. Pasien dipindahkan ke ruang persiapan untuk selanjutnya dilakukan proses sign in oleh tim cath lab .c. Tim cath lab melakukan tindakan pembedahan sesuai prosedur dan kasus penyakit. Sebelum operasi dimulai, tim melakukan proses time out. Setelah Tindakan selesai tim melakukan proses sign out.d. Setelah operasi selesai, tim operasi melakukan dokumentasi kegiatan pada medical record pasien, kemudian pasien dipindahkan ke ruang recovery room (RR).e. Pemantauan pasien post tindakan dilakukan oleh
--	--	--

		<p>petugas RR</p> <ul style="list-style-type: none"> f. Pemberian edukasi - informasi kepada pasien/ keluarga terkait jalannya operasi diberikan oleh operator/DPJP segera setelah tindakan selesai, dan didokumentasikan. h. Apabila ada perubahan tindakan intra prosedur, operator wajib menginformasikan kepada pasien dan keluarga. i. Transfer pasien post Tindakan dari cath lab menuju : ICU/NICU/PICU/ICCU : Pemindahan pasien dilakukan dari kamar operasi langsung menuju ICU/NICU/PICU/ICCU. Proses hand over dilakukan oleh dokter anestesi dan atau penata/perawat anestesi dengan petugas ICU/NICU/PICU/ICCU. e. HCU/IRNA : Setelah pasien di Ruang Recovery (RR) dinyatakan boleh pindah oleh dokter anestesi, petugas RR menghubungi ruang rawat untuk dilakukan penjemputan. (Respon time 30 menit) f. Hand over pasien pindah ruangan dilakukan oleh petugas RR dan petugas ruangan. <p>Pemulangan pasien</p> <p>ODC : Pasien dipulangkan dari UKVI dengan ketentuan :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Pasien telah bebas dari efek obat anestesi lokal ii. Pasien dapat mobilisasi sesuai toleransi post Tindakan. iii. Membawa obat oral untuk dirumah sesuai instruksi DPJP. iv. mendapat edukasi informasi perawatan post tindakan di rumah pasien dan keluarga diantar oleh pekaya UKVI apabila proses administrasi telah selesai.
4	Waktu Pelayanan	<p>Tindakan kateterisasi diagnostik /Intervensi minimal Invasif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan untuk pasien UKVI ada 2 shift meliputi pelayanan pasien rawat jalan dan pasien rawat inap Hari : Senin - Jumat Waktu : Shift 1 : Jam 07.30 – 16.30 Shift 2 : Jam 13.30 – 21.00 - Pelayanan CITO Hari : Senin - Minggu
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku. 2. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku. 3. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.
6	Produk Layanan	<p>Pelayanan Diagnostik dan Intervensi minimal invasif :</p>

		<p>1. KSM JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ablasi konvensionalb. Ablasi 3 D AFc. Ablasi 3 D NON AFd. Studi Elektrofisiologie. Pemasangan TPMf. Pemasangan PPMg. Angiografi koronerh. Angiografi dengan IFRi. PCI Elektifj. Intervensi Koroner Perkutaneus Primerk. PCI dengan Imaging (OCT/IVUS)l. Aterektomy Koroner (PCI + Rotablator)m. Pemasangan IABPn. Perikardiosintesiso. Angiografi ekstermitas atas/bawahp. Angioplasty pada Aorto Iliacq. Angioplasty pada SFA/Sub claviar. Angioplasty below the knees. Angioplasty popliteat. CDTT (catheter direct thrombolysis therapy)u. Endovaskular Laser Ablation Terapi (EVLT)v. Endovenous Aneurysm Repair (EVAR)w. Thoracal Endovenous Aneurysm Repair (TEVAR)x. Pemasangan Vena cava filtery. Mechanical trombektomy pada Acut Limb Ischemicz. Penutupan AVF <p>2. KSM NEUROLOGI</p> <ul style="list-style-type: none">a. DSA Cerebralb. DSA spinal + Venographyc. Embolisasi pembuluh darah intrakraniald. Stenting Carotide. Intracranial stentingf. Intracranial Baloon Angioplastyg. Intra arterial Thrombolysish. Aneurysma Coiling thrombectomy Aspirationi. Thrombectomy dengan stent retrieverj. Penutupan Carotid Carvenosus <p>3. KSM RADIOLOGI INTERVENSI</p> <ul style="list-style-type: none">a. TACE /TACI (Trans Arterial Chemo Embolization/ Trans arterial Chemo infusion)b. Angiografi cerebralc. Arteriografi /angiografi ekstremitas bawahd. Embolisasi pada tumor hipervaskulare. Embolisasi perdarahanf. <i>Percutaneous Trans hepatic Biliary Drainage (PTBD)</i>
--	--	--

		<p>g. Rekanalisasi Tuba falopi h. Adrenal Venous Sampling</p> <p>4. KSM BEDAH VASKULAR</p> <ul style="list-style-type: none">a. Angiografi ekstermitas atas/bawahb. Angioplasty pada Aorto Iliacc. Angioplasty pada SFA/Subclaviad. Angioplasty Below The Kneee. Angioplasty popliteaf. Venoplasty pada stenosis vena sebrtalg. Venoplasty pada stenosis draining veinh. Angiolasty + pasang CDL pada Stenosis Vena centrai. Embolisasi AVM /AVFj. Endovenous Aneurysm Repair (EVAR)k. Thoracal Endovenous Aneurysm Repair (TEVAR)l. Pemasangan Vena cava filterm. Mechanical trombektomy pada Acut Limb Ischemic <p>5. KSM BEDAH SYARAF</p> <ul style="list-style-type: none">a. DSA Cerebralb. Embolisasi pembuluh darah intrakranialc. Stenting Carotidd. Intracranial stentinge. Intracranial Baloon Angioplastyf. Intra arterial Thrombolysisg. Aneurysm Coilling thrombectomy Aspirationh. Thrombectomy dengan stent retrieveri. Penutupan Carotid Carvenosusj. Embolisasi AVM /AVFk. Stenting extracranial
7	Sarana prasarana/ Fasilitas	<p>Ruang Pendaftaran dan Penjadwalan pasien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mejab. Kursic. Komputerd. Printer <p>Ruang penerimaan dan Edukasi Pasien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mejab. Kursic. Alat peraga edukasid. Alat ukur BB dan TB <p>Ruang Persiapan dan Pemulihan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tempat tidur / Brankar pasienb. Bed side monitorc. Wall suction

		<ul style="list-style-type: none">d. Wall Oksigene. Standar infusf. Warming Blanket systemg. Mejah. Kursii. Komputerj. Trolley emergencyk. Defibrilatorl. Mesin EKGm. Infus pumpn. Syringe Pump <p>Ruang Tindakan Cath lab</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mesin Angiography Monoplaneb. Mesin Angiography Biplanec. Elektro Surgical Couterd. Suction portablee. Standar infusf. Meja instrumentg. Lampu operasih. Trolley Emergencyi. Defibrilatorj. Mesin anestesik. Meja anestesil. Kursi operatorm. Warming Blanket roll systemn. Automatic CPRo. Mesin Ablasi Konvensionalp. Mesin 3 D ablasiq. Mesin Imaging (IVUS/OCT)r. Mesin IABPs. Mesin Rotablator <p>Ruang Monitoring Hemodinamik</p> <ul style="list-style-type: none">a. Monitor hemodinamikb. Komputerc. Printerd. Kursie. Pesawat telpon <p>Ruang Tunggu Pasien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kursi Pasienb. TV <p>Ruang Ganti Baju</p> <ul style="list-style-type: none">a. Lemari Baju scrubb. Tempat baju kotor
--	--	---

		c. Loker
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Pelaksana Tindakan diagnostic dan intervensi minimal invasif di UKVI adalah dokter Pendidikan Dokter Spesialis Sp1 yang telah memiliki kewenangan klinis dibidangnya dan tersertifikasi sesuai keahliannya yang dikeluarkan oleh kolegium terkait . 2. Scrub nurse diagnostic dan intervensi non bedah adalah perawat yang bersertifikat pelatihan Scrub nurse diagnostic dan intervensi non bedah di pusat pelatihan yang terakreditasi dan disahkan oleh Perhimpunan serta memiliki setifikat ACLS 3. Perawat neuro intervensi adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan basic neurology, advance neurology dan Neurointervensi di cath lab di pusat Pendidikan perawat neurointervensi yang telah terakreditasi dan disahkan oleh perhimpunan 4. Perawat mahir adalah perawat yang telah bersertifikat Keperawatan kardiologi dasar dan bersertifikat ACLS yang dikeluarkan oleh pusat pelatihan yang terakreditasi .
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : Sesuai dengan RS 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Sesuai dengan RS
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 32 orang, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah: <ol style="list-style-type: none"> a. Intervensi Koroner : 5 orang b. Aritmia : 1 orang c. Intervensi Vaskular : 1 orang 2. Dokter Spesialis Neuro Intervensi : 1 orang 3. Dokter Spesialis Bedah Vaskular & Endovaskular : 3 orang 4. Dokter Spesialis Radiologi Intervensi : 1 orang 5. Dokter Spesialis Bedah Syaraf : 1 orang 6. Scrub Intervensi Cath lab : 7 orang 7. Perawat cath lab : 6 orang 8. Penata Anestesi : 1 orang 9. Tenaga Administrasi : 2 orang 10. Tenaga Pekarya : 2 orang 11. <i>Cleaning Service (Outsourcing)</i>: 1 orang
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan 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. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cakupan pelayanan elektif dan cito setiap bulan 2. Evaluasi waktu tunggu pelayanan elektif setiap bulan 3. Evaluasi Emergency response time setiap bulan 4. Evaluasi angka pembatalan pelayanan setiap bulan 5. Evaluasi ketepatan waktu Intervensi coroner percutaneous primer dan Code Stroke Respon setiap bulan 6. Evaluasi penerapan keselamatan pasien setiap bulan 7. Evaluasi mutu pelayanan setiap bulan 8. Survey kepuasan pelanggan 9. Pelaporan : Triwulan, Semester dan Tahunan
No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang Undang Nomor 10 Tahun 2007 tentang Ketenaganukliran 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) 4. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Kemanan Sumber Radioaktif 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan 6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 854 tahun 2009 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Jantung Dan Pembuluh Darah . 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit 8. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Fatmawati Nomor : HK.01.07/VIII.1/880/2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Radiologi dan Kedokteran Nuklir di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/394/2019 Tentang

		<p>Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tata laksana Stroke</p> <p>10. Keputusan Direktur Utama RSUP Fatmawati Nomor HK. 01.07/VIII.4/2907/2022</p> <p>11. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.1/8497/2023 tentang Pengorganisasian RSUP Fatmawati.</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien elektif dan cito merupakan pasien dengan cara pembayaran : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dengan pembayaran tunai b. Pasien Jaminan Perusahaan c. Pasien Jaminan Asuransi 2. Pasien elektif dan cito dapat masuk/ dijadwalkan tindakan melalui : <ol style="list-style-type: none"> a. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) b. Instalasi Gawat Darurat (IGD) c. Instalasi Rawat Inap (IRI) d. Instalasi Intensif (II) 3. Pasien yang akan dijadwalkan adalah pasien yang telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan Diagnostik / Intervensi non bedah dan toleransi tindakan minimal invasif (jika pasien dilakukan tindakan dengan pendampingan Anestesi) 4. Pengkajian pasien selalu didasari oleh riwayat penyakit pasien, status fisik dan data diagnostik serta faktor resiko dan keuntungan yang didapat dari jenis tindakan baik itu diagnostik maupun intervensi minimal invasif melalui proses komunikasi dan edukasi terhadap pasien dan keluarga. 5. Waktu pelaksanaan tindakan dijadwalkan setelah ada kesepakatan DPJP dan keluarga. 6. Administrasi dan jaminan pelayanan Diagnostik dan atau intervensi non bedah minimal invasif/perawatan telah disampaikan dan diurus oleh pasien dan atau keluarga. 7. Informasi edukasi tentang diagnosa dan rencana tindakan operasi serta risiko dan alternatif lain telah disampaikan kepada pasien dan atau keluarga oleh DPJP. 8. <i>Informed consent</i> tindakan Diagnostik atau intervensi non bedah minimal invasif dan anestesi telah dibuat.
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari IRJ: <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran pasien dilakukan di pendafran IRJ. Pasien menuju poli yang dituju. Dilakukan asesment untuk menentukan diagnosa dan rencana jenis Tindakan yang dilakukan dan

		<p>rencana jenis Tindakan yang dilakukan dan didokumentasikan di Elektronik Medical Record (EMR) oleh DPJP.</p> <ul style="list-style-type: none">b. <i>Informed consent</i> pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan diagnostik/intervensi non bedah, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi sesuai dengan bidang kompetensinya.c. Didokumentasikan dalam <i>Medical Record</i>.d. Pemesanan : Pemakaian Implan, Produk darah dll sesuai kebutuhan dilakukan secara <i>online</i> (transmedik) oleh DPJP dan dikonfirmasi oleh petugas IRJ untuk ditindaklanjuti/direspon oleh pihak yang dituju.e. Pasien atau keluarga menyelesaikan administrasi pembayaran atau jaminan kantor/asuransi, BPJS sesuai tarif tindakan pembedahan Rumah Sakit :<ul style="list-style-type: none">i. Pasien tunai : membayar langsung di kasirii. Pasien Jaminan Asuransi/BPJS : Petugas administrasi berkoordinasi dengan pihak asuransi hingga mendapatkan Jaminan atau Surat Perincian Tindakan (SPT)iii. Pasien Jaminan Kantor :Petugas administrasi IRJ memastikan penjaminan tindakan dari kantor yang bersangkutan.f. Setelah proses administrasi selesai dilakukan barulah pasien dijadwalkan tindakan ke pendaftaran UKVI oleh DPJP / petugas IRJ dengan mengisi :<ul style="list-style-type: none">i. Identitas pasienii. Diagnosa dan rencana tindakan diagnostik/intervensi non bedahiii. Waktu rencana tindakan operasi (Tanggal dan jam)iv. Durasi operasiv. Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukan.vi. Kebutuhan ruangan post tindakan.g. Untuk pasien dengan tindakan PCI kompleks dapat dilakukan konferensi kardiak terlebih dahulu jika diperlukan.h. Bila pasien tidak dirawat inap, pasien datang H -1 ke UKVI untuk edukasi persiapan tindakan dengan membawa hasil Laboratorium, jika ada abnormalitas hasil laboratorium petugas edukasi
--	--	---

		<p>melaporkan ke DPJP terkait.</p> <ul style="list-style-type: none">i. Bila pasien dirawat inap maka petugas IRJ berkoordinasi dengan TPP, bed manager dan ruang rawat untuk mendapatkan ruang rawat sesuai kebutuhan.j. Pasien diantar diantar ke ruang rawat inap. <p>2. Pasien dari ruang Rawat :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan tindakan, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan dan toleransi dari tim medisterkait, jika diperlukan implan dan atau alat khusus dipastikan telah di ACC, untuk tindakan emergency harus membawa surat persetujuan dari Ka satker terkait.b. Informed consent pada pasien dan atau keluarga pasien tentang : Tindakan diagnostik/intervensi non bedah, Tindakan Anestesi, pemberian produk darah, pemakaian implant, pemeriksaan penunjang sesuai kebutuhan dilakukan oleh DPJP, dokter anestesi, petugas ruang rawat, sesuai dengan bidang kompetensinya. Didokumentasikan dalam Medical Record.c. DPJP melalui Petugas ruang rawat mengajukan penjadwalan ke bagian pendaftaran / melalui PJ Medis jika diluar jam kerja dengan mengisi :<ul style="list-style-type: none">i. Identitas Pasienii. Diagnosis dan rencana diagnostik/intervensi non bedahiii. Waktu rencana tindakan (tanggal dan jam)iv. Durasi tindakanv. Peralatan medis atau implant khusus yang diperlukanvi. Kebutuhan ruang post tindakane. Pasien diantar ke UKVI sesuai jadwal yang sudah disepakati. <p>2. Pasien dari IGD</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien yang akan dijadwalkan tindakan, telah selesai dilakukan proses penilaian atau pengkajian, perencanaan tindakan dan toleransi dari tim terkait.b. Petugas IGD menghubungi petugas on call /PJ medis untuk penjadwalan.c. Apabila kasusnya emergency maka toleransi operasi yang belum selesai dilakukan bisa dilakukan di UKVI
--	--	--

		<p>d. Pasien diantar ke UKVI setelah ruangan siap (respon time <2 Jam)</p> <p>3. Pelayanan tindakan diagnostik/intervensi non bedah elektif dan cito di ruang cathlab.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Verifikasi pasien pre Tindakan dilakukan oleh petugas penerimaan di ruang penerimaanb. Pasien dipindahkan ke ruang persiapan untuk selanjutnya dilakukan Proses sign in oleh tim cath lab .c. Tim cath lab melakukan tindakan pembedahan sesuai prosedur dan kasus penyakit. Sebelum operasi dimulai, tim melakukan proses time out. Setelah tindakan selesai tim melakukan proses sign out.d. Setelah operasi selesai, tim operasi melakukan dokumentasi kegiatan pada medical record pasien, kemudian pasien dipindahkan ke ruang recovery room (RR).e. Pemantauan pasien post tindakan dilakukan oleh petugas RR.f. Pemberian edukasi - informasi kepada pasien/keluarga terkait jalannya operasi diberikan oleh operator/DPJP segera setelah tindakan selesai, dan didokumentasikan.g. Apabila ada perubahan tindakan intra prosedur, operator wajib menginformasikan kepada pasien dan keluarga. <p>4. Transfer pasien post tindakandicath lab menuju :</p> <ul style="list-style-type: none">a. ICU/NICU/PICU/ICCU : Pemindahan pasien dilakukan dari kamar operasi langsung menuju ICU/NICU/PICU/ICCU. Proses hand over dilakukan oleh dokter anestesi dan atau penata/perawat anestesi dengan petugas ICU/NICU/PICU/ICCU.b. HCU/IRNA : Setelah pasien di Ruang Recovery (RR) dinyatakan boleh pindah oleh dokter anestesi, petugas RR menghubungi ruang rawat untuk dilakukan penjemputan. (Respon time 30 menit)c. Hand over pasien pindah ruangan dilakukan oleh petugas RR dan petugas ruangan.d. Pemulangan pasiene. ODC : Pasien dipulangkan dari UKVI dengan ketentuan :<ul style="list-style-type: none">i. Pasien telah bebas dari efek obat anestesi lokal
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ii. Pasien dapat mobilisasi sesuai toleransi post tindakan . iii. Membawa obat oral untuk dirumah sesuai instruksi DPJP. iv. mendapat edukasi informasi perawatan post tindakan di rumah v. pasien dan keluarga diantar oleh pekaya UKVI apabila proses administrasi telah selesai.
4	Waktu Pelayanan	<p>Tindakan kateterisasi diagnostik /Intervensi minimal Invasif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan untuk pasien UKVI ada 2 shift meliputi pelayanan pasien rawat jalan dan pasien rawat inap - Hari : Senin – Jumat - Waktu : <i>shift 1</i> : pukul 07.30 – 16.30 WIB <i>shift 2</i> : pukul 13.30 – 21.00 WIB - Pelayanan CITO Hari : Senin - Minggu
5	Biaya/Tarif	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN 2. Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku. 3. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku. 4. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.
6	Produk Layanan	<p>Pelayanan Diagnostik dan Intervensi minimal invasif ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KSM JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH <ol style="list-style-type: none"> a. Ablasi konvensional b. Ablasi 3 D AF c. Ablasi 3 D NON AF d. Studi Elektrofisiologi e. Pemasangan TPM f. Pemasangan PPM g. Angiografikoroner h. Angiografi dengan IFR i. PCI Elektif j. Intervensi Koroner Perkutaneus Primer k. PCI dengan Imaging (OCT/IVUS) l. Aterektomy Koroner (PCI + Rotablator) m. Pemasangan IABP n. Perikardiosintesis o. Angiografi ekstermitas atas/bawah p. Angioplasty pada Aorto Iliac q. Angioplasty pada SFA/Subclavia r. Angioplasty Below The Knee s. Angioplasty poplitea t. CDTT(chateter direct trombolisis therapy) u. Endovaskular Laser Ablation Terapi (EVLT) v. Endovenous Aneurysm Repair (EVAR)

		<ul style="list-style-type: none">w. Thoracal Endovenous Aneurysm Repair (T EVAR)x. Pemasangan Vena cava filtery. Mechanical trombektomy pada Acut Limb Ischemicz. Penutupan AVF <p>2. KSM NEUROLOGI</p> <ul style="list-style-type: none">a. DSA Cerebralb. DSA spinal + Venographyc. Embolisasi pembuluh darah intrakraniald. Stenting CAROTIDe. Intracranial stentingf. Intracranial Baloon Angioplastyg. Intra arterial Thrombolysish. Aneurysm Coiling thrombectomy Aspirationi. Thrombectomy dengan stent retrieverj. Penutupan Carotid Carvenosus <p>3. KSM RADIOLOGI INTERVENSI</p> <ul style="list-style-type: none">a. TACE /TACI (Tran Arterial ChemoEmbolization / Trans arterial Chemo infusion)b. Angiografi cerebralc. Arteriografi /angiografiektermitasbawahd. Embolisasi pada tumor hipervaskulare. Embolisasi perdarahanf. Percutaneous Trans hepatic Biliary Drainage(PTBD)g. Rekanalisasi Tuba falopih. Adrenal Venous Sampling <p>4. KSM BEDAH VASKULAR</p> <ul style="list-style-type: none">a. Angiografi ekstermitas atas/bawahb. Angioplasty pada Aorto Iliacc. Angioplasty pada SFA/SUBclaviad. Angioplasty Below The Kneee. Angioplasty popliteaf. Venoplasty pada stenosis vena sebrtalg. Venoplasty pada stenosis draining veinh. Angiolasty + pasang CDL pada Stenosis Vena centrai. Embolisasi AVM /AVFj. Endovenous Aneurysm Repair (EVAR)k. Thoracal Endovenous Aneurysm Repair (T EVAR)l. Pemasangan Vena cava filterm. Mechanical trombektomy pada Acut Limb Ischemic
--	--	---

		<p>5. KSM BEDAH SYARAF</p> <ul style="list-style-type: none">a. DSA Cerebralb. Embolisasi pembuluh darah intrakranialc. Stenting CAROTIDd. Intracranial stentinge. Intracranial Baloon Angioplastyf. Intra arterial Thrombolysisg. Aneurysm Coilingthrombectomy Aspirationh. Thrombectomy dengan stent retrieveri. Penutupan Carotid Carvenosusj. Embolisasi AVM /AVFk. Stenting extracranial
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p>Ruang Pendaftaran dan Penjadwalan pasien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mejab. Kursic. Komputerd. Printer <p>Ruang penerimaan dan Edukasi Pasien</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mejab. Kursic. ALatperagaedukasid. Alat ukur BB dan TB <p>Ruang Persiapan dan Pemulihan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Tempattidur / Brankar pasienb. Bed side monitorc. Wall suctiond. Wall Oksigene. Standar infusf. Warming Blanket systemg. Mejah. Kursii. Komputerj. Trolley emergencyk. Defibrilatorl. Mesin EKGm. Infus pumpn. Syringe Pump <p>Ruang Tindakan Cath lab</p> <ul style="list-style-type: none">a. Mesin Angiography Monoplaneb. Mesin Angigraphy Biplanec. Elektro Surgical Couterd. Suction portablee. Standar infusf. Meja instrument

		<ul style="list-style-type: none">g. Lampu operasih. Trolley Emergencyi. Defibrilatorj. Mesin anestesik. Meja anestesil. Kursi operatorm. Warming Blanket roll systemn. Automatic CPRo. Mesin Ablasi Konvensionalp. Mesin 3 D ablasq. Mesin Imaging (IVUS/OCT)r. Mesin IABPs. Mesin Rotablator <p>Ruang Monitoring Hemodinamik</p> <ul style="list-style-type: none">a. Monitor hemodinamikb. Komputerc. Printerd. Kursie. Pesawat telponf. Ruang Tunggu Pasieng. Kursi Pasienh. TVi. Ruang Ganti Bajuj. Lemari baju scrubk. Tempat baju kotorl. Loker
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none">1. Dokter Pelaksana tindakan diagnostik dan intervensi minimal invasif di UKVI adalah dokter Pendidikan Dokter Spesialis Sp1 yang telah memiliki kewenangan klinis di bidangnya dan tersertifikasi sesuai keahliannya yang dikeluarkan oleh kolegium terkait.2. <i>Scrub nurse</i> diagnostik dan intervensi non bedah adalah perawat yang bersertifikat pelatihan <i>Scrub nurse</i> diagnostik dan intervensi non bedah dipusat pelatihan yang terakreditasi dan disahkan oleh Perhimpunan serta memiliki sertifikat ACLS5. Perawat neuro intervensi adalah perawat yang telah bersertifikat pelatihan basic neurology, advance neurology dan Neurointervensi di cath lab di pusat pendidikan perawat neurointervensi yang telah terakreditasi dan disahkan oleh perhimpunan6. Perawat mahir adalah perawat yang telah bersertifikat Keperawatan kardiologi dasar dan

		bersertifikat ACLS yang dikeluarkan oleh pusat pelatihan yang terakreditasi .
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : Sesuai dengan RS 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Sesuai dengan RS
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 32 orang, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah: 2. Intervensi Koroner : 5 orang 3. Aritmia : 1 orang 4. Intervensi Vaskular : 1 orang 5. Dokter Spesialis Neuro Intervensi : 1 orang 6. Dokter Spesialis Bedah Vaskular & Endovaskular : 3 orang 7. Dokter Spesialis Radiologi Intervensi : 1 orang 8. Dokter Spesialis Bedah Syaraf : 1 orang 9. Scrub Intervensi Cath lab : 7 Orang 10. Perawat cath lab : 6 orang 11. Penata Anestesi : 1 orang 12. Tenaga Administrasi : 2 orang 13. Tenaga Pekarya : 2 orang 14. <i>Cleaning Service (Outsourcing)</i>: 1 orang
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan 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. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi cakupan pelayanan elektif dan cito setiap bulan 2. Evaluasi waktu tunggu pelayanan elektif setiap bulan 3. Evaluasi Emergency response time setiap bulan 4. Evaluasi angka pembatalan pelayanan setiap bulan 5. Evaluasi ketepatan waktu Intervensi koroner percutaneous primer dan Code Stroke Respon setiap bulan 6. Evaluasi penerapan keselamatan pasien setiap bulan 7. Evaluasi mutu pelayanan setiap bulan 11. Survey kepuasan pelanggan 12. Pelaporan : Triwulan, Semester dan Tahunan

E. UNIT DIALISIS

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964); 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/169/2020 tanggal 10 Maret 2020 tentang Penetapan Rumah Sakit Infeksi Emerging Tertentu; 4. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 Tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati 4. Keputusan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 81200039721120002 tanggal 14 Juli 2022 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko sebagai Rumah Sakit Pemerintah; 5. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.1/1776/2019 tanggal 8 Oktober 2019 tentang Kebijakan Pelayanan Medik dan Keperawatan.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum (Tunai) 2. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) 3. Pasien Umum (BPJS) 4. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) 5. Surat Pengantar Hemodialisa 6. Pasien jaminan asuransi 7. a.Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) 8. b.Kartu Jaminan Kesehatan
3	Prosedur	<p>➤ HEMODIALISIS (HD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Hemodialisis dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) b. Instalasi Rawat Inap (IRNA), termasuk rawat intensif c. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 2. Pendaftaran tindakan pelayanan Hemodialisis. 3. Pemberian jadwal dan penjelasan rencana tindakan pelayanan Hemodialisis oleh petugas Hemodialisis kepada pasien/ keluarga pasien. 4. Bagi pasien rawat jalan, pasien datang sesuai jadwal. Pasien rawat jalan harus mendaftar dahulu ke Tempat

		<p>Pendaftaran Pasien Unit Dialisis, sedangkan untuk pasien rawat inap dari: IRNA, IRI dan IGD baik pasien rutin (regular) maupun pasien cito tidak perlu mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Unit Dialisis.</p> <ol style="list-style-type: none">5. Penyampaian informasi dan penandatanganan Informed consent tentang tindakan pelayanan Hemodialisis.6. Instruksi dan resep HD inisiasi atau HD akut diberikan oleh Konsultan Ginjal Hipertensi atau oleh dokter pelaksana hemodialisis atas persetujuan Konsultan Ginjal Hipertensi.7. Tindakan pelaksanaan pelayanan Hemodialisis dilakukan oleh perawat bersertifikasi dengan pengawasan dokter pelaksana Hemodialisis bersertifikasi.8. Rincian tarif dibuat oleh petugas administrasi di Unit Dialisis sesuai tarif yang berlaku di RS Fatmawati.9. Penyerahan perincian biaya kepada pasien / keluarga pasien oleh petugas administrasi di Unit Dialisis.10. Pembayaran perincian biaya untuk pasien rawat jalan dan rawat inap yaitu di kasir Instalasi Gawat Darurat (IGD)/Anggrek oleh pasien/keluarga pasien apabila pasien tunai.11. Penyerahan bukti pembayaran kepada pasien / keluarga pasien dilakukan oleh kasir IGD/Anggrek untuk pasien dengan pembayaran tunai12. Pasien menunjukkan bukti pembayaran (kwitansi) ke petugas administrasi di Unit Dialisis.13. Hemodialisis dilakukan selama 2-3 jam untuk pasien HD inisiasi dan 4-5 jam untuk pasien HD kronik sesuai instruksi dokter.14. Selama dilakukan tindakan Hemodialisis pasien diobservasi tekanan darah, nadi, suhu setiap satu jam sekali. Jika terjadi komplikasi intra dialitik, maka perawat melaporkan pada dokter pelaksana. Jika dokter pelaksana tidak dapat mengatasi, maka dapat berkonsultasi dengan Konsultan Ginjal Hipertensi. Observasi dilakukan tiap 30 menit.15. Bila pasien jatuh dalam keadaan syok hemodinamik tidak stabil maka akan dilakukan resusitasi di ruang Hemodialisis sambil meminta pertolongan dari tim resusitasi RS Fatmawati yaitu Tim Fatmawati One (F One).16. Setelah selesai tindakan dilakukan penilaian keadaan umum pasien, apabila dalam penilaian atau assesment tidak ada komplikasi pasien dapat dipulangkan atau kembali ke rawat jalan.17. Jika pasien HD mengalami perubahan kondisi, maka
--	--	---

		<p>Konsultan Ginjal Hipertensi akan menilai kembali kondisi pasien dan memberikan instruksi dan resep HD selanjutnya.</p> <p>18. Konfirmasi untuk jadwal Hemodialisis berikutnya kepada pasien/keluarga pasien oleh perawat Hemodialisis.</p> <p>➤ CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS (CAPD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien CAPD dapat berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Instalasi Rawat Jalan (IRJ) b. Instalasi Rawat Inap (IRNA), termasuk rawat intensif c. Instalasi Gawat Darurat (IGD) 2. Pasien/keluarga membawa surat pengantar dari Dr. SpPD KGH atau Dr. SpPD tim CAPD dengan persetujuan KGH ke Unit Dialisis untuk dilakukan edukasi oleh tim CAPD. 3. Pasien dipersiapkan untuk melakukan operasi CAPD 4. Pasien masuk ruang rawat inap. 5. Dilakukan operasi sesuai jadwal oleh dokter Spesialisbedah digestif didampingi perawat CAPD untuk observasi kelancaran aliran cairan CAPD di kamar operasi. 6. Satu hari setelah operasi pasien dibawa ke ruang CAPD di Unit Dialisis untuk dilakukan : pengecekan kondisi <i>exit site</i> apakah rembes atau tidak, pembilasan ulang cairan CAPD sampai cairan jernih. 7. Post hari ketiga pasien diperbolehkan pulang bila pembilasan cairan jernih, <i>exit site</i> tidak rembes & tidak merah, keadaan umum pasien baik. 8. Hari kesepuluh setelah post operasi dilakukan <i>training</i> CAPD kepada pasien dan Keluarga/pendamping pasien. 9. Hari keempat belas setelah post operasi CAPD boleh digunakan. 10. Penggantian transfer set yang lama dengan yang baru, dengan dilakukan rutin setiap 6 bulan sekali. 11. Pembayaran perincian biaya untuk pasien rawat jalan dan rawat inap yaitu dikasir Instalasi Gawat Darurat (IGD)/Anggrek oleh pasien / keluarga pasien apabila pasien tunai. 12. Penyerahan bukti pembayaran kepada pasien / keluarga pasien dilakukan oleh kasir IGD/Anggrek untuk pasien dengan pembayaran tunai 13. Pasien menunjukkan bukti pembayaran (kwitansi) ke petugas administrasi di Unit Dialisis.
4	Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. HEMODIALISIS <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan untuk pasien Hemodialisis ada 2 shift

		<p>untuk pelayanan pasien rawat jalan dan pasien rawat inap Hari : Senin - Sabtu Waktu : Shift 1 : pukul 06.30 – 13.30 WIB Shift 2 : pukul 13.30 – 19.00 WIB - Pelayanan Hemodialisis CITO</p> <p>2. CAPD (<i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>) - Pelayanan untuk pasien CAPD oleh dokter konsultan ginjal dan hipertensi dilakukan di poliklinik khusus CAPD Hari : Rabu dan Kamis Waktu : pukul 09.00 - selesai - Pelayanan edukasi, <i>training</i>, perawatan <i>exit site</i>, penggantian transfer set, dan pemberian antibiotik intraperitoneal dilakukan setiap hari kerja Hari : Senin – Jumat Waktu : pukul 07.30 - 16.00 WIB</p>
5	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN 2. Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku. 3. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku. 4. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Hemodialisis Non Infeksius dan Hemodialisis Infeksius (Hepatitis B, HIV, dan COVID-19); 2. Pelayanan CAPD (<i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>); 3. Pelayanan BCM (<i>Body Composition Monitor</i>) yang dapat menilai rasio jumlah air ekstrasel terhadap jumlah total air dalam tubuh yang merupakan parameter akurat dalam menentukan seberapa besar kelebihan cairan yang terdapat dalam tubuh pasien; 4. Pelayanan pemasangan akses vaskular hemodialisis yaitu pemasangan kateter lumen ganda (<i>double lumen catheter</i>); 5. Pelayanan biopsi ginjal.
7	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan hemodialisis. 2. Ruangan CAPD (<i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>). 3. Ruangan pemeriksaan/konsultasi. 4. Ruangan dokter. 5. Ruangan perawat (Nurse Station). 6. Ruangan pengolahan air (Water Treatment). 7. Ruangan penyimpanan obat. 8. Ruangan pimpinan. 9. Ruangan administrasi. 10. Ruangan pendaftaran/penerimaan pasien dan rekam

		<p>medik.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Ruang penunjang non medik terdiri dari <i>pantry</i>, gudang peralatan, tempat cuci 12. Ruang tunggu 13. Toilet 14. Mesin hemodialisis 15. Tempat tidur/kursi untuk tempat pasien yang sedang menjalani hemodialisis 16. Peralatan medik seperti stetoskop, tensimeter, timbangan badan 17. Peralatan untuk resusitasi kardiopulmoner 18. Peralatan pengolahan air sehingga air untuk dialisis memenuhi standar <i>Association for The Advancement of Medical Instrumentation (AAMI)</i>. 19. Generator listrik berkapasitas sekurang-kurangnya sebesar kebutuhan untuk menjalankan mesin hemodialisis yang ada. 20. Peralatan pemadam kebakaran. 21. Telepon 22. Alat Elektro Kardiografi (EKG) 23. <i>Bed Side Monitor</i>
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor Pelayanan Hemodialisis adalah Dokter Sp.PD-KGH. 2. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Hemodialisis adalah Dokter Sp.PD-KGH dan/atau Dokter Sp.PD yang telah mempunyai sertifikat pelatihan hemodialisis di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PB PERNEFRI. 3. Dokter Pelaksana Hemodialisis adalah Dokter Sp.PD sertifikat HD dan/atau peserta Pendidikan Dokter Spesialis Sp1 4. Perawat Mahir hemodialisis adalah Perawat yang bersertifikat pelatihan HD di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PB PERNEFRI. 5. Perawat Mahir CAPD (<i>Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis</i>) adalah Perawat yang bersertifikat pelatihan CAPD di pusat pendidikan yang diakreditasi dan disahkan oleh PB PERNEFRI.
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : Sesuai dengan RS 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Sesuai dengan RS

11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 48 orang, terdiri dari : 1. Dokter Spesialis Konsultan Ginjal Hipertensi : 2 Orang 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam : 2 Orang 3. Perawat : 33 Orang 4. Tenaga Administrasi : 2 Orang 5. Tenaga Pekarya (<i>Outsourcing</i>): 2 Orang 6. Satpam (<i>Outsourcing</i>) : 4 Orang 7. <i>Cleaning Service (Outsourcing)</i> : 3 Orang
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi kinerja pelayanan	1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan 2. Survey Kepuasan Pelanggan

F. UNIT TRANSFUSI DARAH (UTD)

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang 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 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964); 4. Keputusan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 81200039721120002 tanggal 14 Juli 2022 tentang Perizinan Berusaha Berbasis Risiko sebagai Rumah Sakit Pemerintah; 5. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.1/1776/2019 tanggal 8 Oktober 2019 tentang Kebijakan Pelayanan Medik dan Keperawatan; 6. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 Tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati; 7. Peraturan Menteri Kesehatan No 83 Tahun 2014

		<p>tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan jejaring pelayanan transfusi darah;</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan No 91 Tahun 2015, tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah;</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan No 14 Tahun 2021, tentang standar kegiatan usaha dan produk pada penyelenggaraan perizinan berusaha berbasis risiko sektor kesehatan.</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>Pelayanan Darah untuk Pasien:</p> <p>1. Pasien Umum dari RS Fatmawati ataupun dari RS luar (Tunai)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sampel Darah b. Formulir Permintaan Darah c. Kartu identitas (KTP / KK) <p>2. Pasien Umum (BPJS)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sampel Darah b. Formulir Permintaan Darah c. Kartu Identitas (KTP / KK / Passport) <p>3. Pasien jaminan asuransi</p> <ul style="list-style-type: none"> d. Sampel Darah e. Formulir Permintaan Darah f. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) g. Kartu Jaminan Kesehatan <p>4. Pelayanan Therapeutic Plasma Exchange:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP / SIM / Passport) b. Kartu Jaminan Kesehatan c. Instruksi tindakan therapeutic plasma exchange dari dokter yang merawat, yang telah dikaji secara administratif oleh case manager bersama dengan UTD, Farmasi, dan telah disetujui oleh direksi. <p>5. Pelayanan Phlebotomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Surat Pengantar Phlebotomi b. Surat eligibilitas Peserta c. Kartu identitas (KTP / SIM/ Passport) d. Instruksi Phlebotomi dari dokter yang merawat yang dapat ditelusuri dari sistem informasi beserta form konsul dalam sistem. <p>Pelayanan Donor Darah di Gedung UTD RS Fatmawati</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP / SIM / Passport) <p>Pelayanan Donor Darah dalam kegiatan Mobile Unit:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP / SIM / Passport)
3	Prosedur	<p>➤ PELAYANAN DARAH UNTUK PASIEN RS FATMAWATI</p> <p>Permintaan Darah Elektif:</p>

1. Petugas RSF atau keluarga pasien membawa formulir permintaan darah beserta fotokopi KTP dan KK, beserta sampel darah dalam tabung EDTA 2 cc.
2. Petugas loket mengidentifikasi kecocokan antara formulir dan sampel darah.
3. Setelah cocok, formulir dan sampel darah diserahkan ke ruang pre transfusi untuk dilakukan uji silang serasi dengan kantong darah donor.
4. Apabila hasilnya kompatibel, maka darah bisa diberikan ke pasien.
5. Apabila hasil uji silang serasi inkompatibel mayor, uji silang serasi akan diulang dengan mengganti kantong darah donor sampai didapatkan yang cocok (5 kantong).
6. Apabila hasil uji silang serasi tidak menemukan yang cocok maka pendonor akan disarankan untuk coomb test di UTDD PMI DKI Jakarta dengan biaya diluar jaminan BPJS, jika keluarga pasien setuju, pasien akan diminta sampel untuk coomb test sejumlah 5cc darah beku dan 5cc darah di tabung EDTA (dewasa) atau 3 cc darah beku dan 3 cc darah di tabung EDTA (bayi).
7. Informasi mengenai inkompatibilitas darah akan disampaikan oleh petugas loket permintaan darah ke ruang rawat, jika dokter penanggung jawab memutuskan untuk tetap dilakukan pemberian darah, surat persetujuan pemberian darah dengan inkompatibilitas harus ditandatangani dan disetujui oleh DPJP.

Pengambilan Darah Elektif

1. Petugas RSF atau mahasiswa yang sudah memahami cara transportasi darah sesuai rantai dingin dan proses distribusi darah, dapat mengambil produk darah di loket dengan membawa coolbox dan buku ekspedisi.
2. Petugas RSF menyerahkan buku ekspedisi yang di dalamnya tertulis tanggal lahir, nomor RM, golongan darah, jumlah dan jenis komponen darah yang diambil, kemudian melakukan serah terima darah dengan petugas UTDRSF, dan mengisi formulir serah terima darah setelah mengecek kondisi darah. Suhu transportasi darah 2-10°C.

Permintaan Darah Cito:

Permintaan darah cito adalah permintaan darah yang perlu dilayani secepat mungkin untuk life saving. Prosedurnya:

1. Petugas RSF atau keluarga pasien membawa formulir permintaan darah dan Formulir permintaan cito yang ditandatangani oleh DPJP beserta fotokopi KTP dan KK, dan sampel darah dalam tabung EDTA 2cc.
2. Petugas loket mengidentifikasi kecocokan antara formulir dan sampel darah.
3. Setelah cocok, formulir dan sampel darah diserahkan ke ruang pre transfusi untuk dilakukan pemeriksaan golongan darah pasien dan donor.
4. Apabila hasilnya cocok, dalam waktu kurang dari 30 menit darah dapat dikeluarkan untuk diberikan ke pasien, tanpa menunggu pemeriksaan uji silang serasi fase selanjutnya.
5. Pemeriksaan uji silang serasi tetap dikerjakan sampai selesai.
6. Apabila hasil pemeriksaan pada fase berikutnya inkompatibel, petugas RSF segera menghubungi ruang rawat atau kamar operasi untuk menghentikan transfusi darah.
7. Pada darah inkompatibel contoh darah, sisa transfusi, contoh darah baru (darah EDTA dan darah beku) segera dikirim ke UTDD PMI DKI Jakarta dengan surat rujukan.

Pengambilan Darah Cito

1. Petugas ruangan RSF atau mahasiswa yang sudah memahami cara transportasi darah sesuai rantai dingin dan proses distribusi darah, dapat mengambil produk darah di loket dengan membawa *coolbox* dan buku ekspedisi.
2. Petugas ruangan RSF menyerahkan buku ekspedisi yang di dalamnya tertulis tanggal lahir, nomor RM, golongan darah, jumlah dan jenis komponen darah yang diambil, kemudian melakukan serah terima darah dengan petugas UTDRSF, dan mengisi formulir serah terima darah setelah mengecek kondisi darah. Suhu transportasi darah 2-10°C.

		<p>➤ PELAYANAN DARAH UNTUK PASIEN RS LUAR :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Petugas RS membawa <i>coolbox</i>, sampel darah, dan formulir permintaan darah.2. Petugas RS membayar biaya pengolahan pengganti darah sesuai peraturan di kasir IGD.3. Setelah pembayaran selesai, petugas RS luar kembali ke UTD untuk menunggu proses uji silang serasi selesai, kemudian dapat mengambil produk darah yang sudah diperiksa. <p>➤ PELAYANAN DONOR DARAH DI GEDUNG UTDRS FATMAWATI dan KEGIATAN MOBILE UNIT</p> <p>➤ Untuk merencanakan kegiatan donor darah dengan mobile unit, panitia penyelenggara dapat bersurat melalui email (satu bulan sebelum rencana pelaksanaan) ke dondar.rsf@gmail.com dengan menyertakan rencana waktu penyelenggaraan kegiatan, target jumlah pendonor, dan nomor kontak panitia yang dapat dihubungi, kemudian Bidang Pengelolaan Donor akan melakukan survei kelayakan tempat kegiatan, jika kegiatan telah disetujui dan disepakati waktu pelaksanaannya, kegiatan akan dijadwalkan. Pada waktu yang ditentukan, tim donor darah terdiri atas bagian skrining donor, bagian pengambilan darah, administrasi dan <i>driver</i> dari RS Fatmawati menuju ke lokasi acara menggunakan mobil donor darah dengan membawa peralatan yang diperlukan kemudian kembali ke RS Fatmawati dengan mobil yang sama bersama darah yang disumbangkan dan sampelnya (tersimpan dalam <i>coolbox</i> berbeda) untuk segera diserahkan ke bagian pengolahan komponen darah dan bagian pengujian darah.</p> <p>Untuk kegiatan donor darah dalam gedung, pendonor dapat langsung datang ke gedung untuk melakukan registrasi di gedung UTD RSF sesuai jam buka pelayanan donor, atau juga dapat melakukan registrasi melalui QR code sebelum datang ke UTD RSF, kemudian melanjutkan ke tahap seleksi donor jika sudah berhasil registrasi.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Seleksi donor melalui langkah-langkah sebagai berikut:<ol style="list-style-type: none">1.1. Donor diberikan informasi :<ol style="list-style-type: none">a. Darah lengkap yang disumbangkan dapat diolah menjadi komponen darah;b. Keuntungan komponen darah untuk pasien;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">c. Proses penyumbangan darah;d. Risiko yang potensial akibat penyumbangan darah;e. Informasi tentang pemeriksaan, alasan diharuskan dilakukan pemeriksaan, hasil pemeriksaan golongan darahnya dan petanda infeksi, arti informed consent, arti penolakan sementara dan permanen. Alasan mengapa pendonor tidak boleh menyumbangkan darah jika terdapat risiko potensial baik untuk pendonor maupun untuk pasien;f. Informasi tentang kerahasiaan data pendonor ataupun hasil pemeriksaan terhadap darah pendonor untuk kepentingan perlindungan pribadi dan kesehatan pendonor;g. Informasi tentang penyakit infeksi yang dapat ditularkan melalui darah terkini dan akurat;h. Informasi tentang pilihan bagi pendonor untuk membatalkan atau mengundurkan diri dari proses penyumbangan darah;i. Informasi tentang pentingnya memberitahukan Unit Transfusi Darah tentang setiap kejadian pasca penyumbangan darah atau informasi yang dapat mempengaruhi penyumbangan darah;j. Informasi tentang tanggung jawab Unit Transfusi Darah untuk menginformasikan kepada pendonor setiap hasil pengujian pada darah donor;k. Informasi tentang pembuangan darah yang telah disumbangkan yang menunjukkan hasil uji saring infeksi reaktif karena dapat ditularkan kepada penerima donor;1. Informasi tentang hasil uji saring IMLTD yang reaktif akan disampaikan melalui konseling.1.2. Calon pendonor melakukan registrasi dengan mengisi data donor sesuai dengan tanda pengenal berfoto yang diakui.1.3. Calon pendonor menjawab semua pertanyaan di dalam kuesioner dengan benar dan jujur, atau mengisi daftar isian donor secara online, menyetujui tindakan medis (<i>informed consent</i>) dan menandatangani formulir atau mencentang <i>checklist</i> pada <i>informed consent</i> dalam pendaftaran <i>online</i>.1.4 Petugas melakukan verifikasi kesesuaian identitas calon pendonor dengan tanda pengenal. Jika pendonor mengisi formulir kuesioner donor dalam bentuk kertas, petugas menginput data donor ke
--	--	--

		<p>dalam sistem informasi manajemen UTD.</p> <ol style="list-style-type: none">1.5. Berat badan calon pendonor ditimbang dengan disaksikan petugas kesehatan atau yang diberikan kewenangan.1.6. Dokter atau petugas kesehatan yang diberikan kewenangan melakukan pemeriksaan kesehatan sederhana, meliputi tekanan darah denyut nadi, suhu, dan melakukan verifikasi jawaban kuesioner calon pendonor. Pastikan bahwa pendonor paham dan telah menandatangani informed consent.1.7. Calon pendonor harus memenuhi kriteria seleksi donor yang ditetapkan UTD RS Fatmawati.1.8. Jika kesehatan calon pendonor memenuhi syarat, petugas kesehatan melakukan pemeriksaan Hb dan golongan darah.1.9. Jika tidak memenuhi syarat, calon pendonor ditolak dengan menjelaskan alasan penolakan dan diberikan kesempatan untuk bertanya. Alasan penolakan tercatat dalam sistem informasi manajemen UTD. <ol style="list-style-type: none">2. Calon Pendonor yang memenuhi syarat dan kriteria keberterimaan donor dipersilahkan menuju ke ruang pengambilan darah (aftap).3. Untuk donor apheresis :<ol style="list-style-type: none">3.1. Informasi yang disampaikan kepada pendonor ditambahkan informasi tentang jenis komponen darah yang dapat diambil dengan proses aferesis, keuntungan komponen darah aferesis bagi pasien, proses aferesis dan risiko potensial dari proses aferesis, tambahan waktu yang diperlukan untuk proses aferesis.3.2. Bila calon donor sudah pernah menjadi donor aferesis/donor rutin secara konvensional, maka pengambilan sampel untuk periksa jumlah trombosit dan skrining IMLTD bersamaan pada saat donor aferesis akan dilakukan3.3. Bila calon donor aferesis sudah lama tidak donor/belum pernah jadi donor (bila keadaan terpaksa), sample diambil 1 hari sebelum donor aferesis dilakukan.3.4. Bila didapatkan sampel lipemik, petugas yang melakukan pemeriksaan skrining segera memberitahukan ke petugas aferesis, supaya tindakan aferesis tidak dilanjutkan.3.5. Interval waktu sejak penyumbangan terakhir 2 minggu setelah pengambilan aferesis trombosit terakhir, 1 bulan dari penyumbangan darah
--	--	--

		<p>lengkap atau kegagalan pengembalian sel darah merah selama aferesis</p> <p>4. Pendonor yang tidak memenuhi kriteria seleksi donor hendaknya ditolak sementara atau secara permanen tergantung pada kondisi yang teridentifikasi.</p> <p>5. Donor yang tidak memenuhi syarat keberterimaan hendaklah dirujuk ke dokter yang berwenang untuk membuat keputusan akhir mengenai kelayakan donor.</p>
4	Waktu Pelayanan	<p>1. Pelayanan Loker Distribusi Darah Loker distribusi darah melayani permintaan produk darah 24 jam sehari. Hari : Senin - Minggu Waktu : <i>Shift 1</i> : pukul 08.00 - 14.00 WIB <i>Shift 2</i> : pukul 14.00 - 21.00 WIB <i>Shift 3</i> : pukul 21.00 - 08.00 WIB</p> <p>2. Pelayanan Donor Darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan untuk donor darah di Gedung UTDRS Fatmawati dilakukan di Gedung Teratai Lantai 1 RS Fatmawati, dengan batas pendaftaran pendonor: Hari : Senin - Minggu Waktu : pukul 08.00 - 20.00 WIB - Pelayanan donor darah dalam kegiatan mobile unit menyesuaikan waktu yang disepakati antara panitia dan UTDRS Fatmawati, dengan durasi acara termasuk waktu transportasi darah yang dipertimbangkan sesuai ketentuan yang berlaku.
5	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN - Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku.</p> <p>2. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku.</p> <p>3. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.</p>
6	Produk Layanan	<p>1. Pelayanan Darah dan Komponennya</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Whole Blood</i> - <i>Packed Red Cell</i> - <i>Packed Red Cell - Leucodepleted (PRC - LD)</i> - <i>Packed Red Cell - Washed Erythrocyte (PRC - WE)</i> - <i>Thrombocyte Concentrate (Tc)</i> - <i>Thrombocyte Concentrate Apheresis (Tc Apheresis)</i> - <i>Fresh Frozen Plasma (FFP)</i> - <i>Anti Hemophilic Factor (AHF)</i> <p>2. Pelayanan Phlebotomi Therapy</p> <p>3. Pelayanan <i>Therapeutic Plasma Exchange</i> pada pasien rawat inap RS Fatmawati</p> <p>4. Pelayanan Donor Darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan Donor Darah di Gedung UTDRS

		<p>Fatmawati</p> <ul style="list-style-type: none">- Pelayanan Donor Darah di Kegiatan <i>Mobile Unit</i>
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p>Daftar Sarana Prasarana Unit Transfusi Darah RS Fatmawati</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ruang Pendaftaran<ul style="list-style-type: none">- mesin antrian otomatis, komputer untuk pendaftaran donor- televisi untuk display antrian- timbangan berat badan- kursi tunggu- kamar mandi ruang tunggu donor2. Ruang seleksi Hemoglobin:<ul style="list-style-type: none">- komputer untuk input hasil pemeriksaan Haemoglobin meter- peralatan pemeriksaan golongan darah dengan antisera3. Ruang pemeriksaan dokter<ul style="list-style-type: none">- komputer yang terhubung dengan sistem informasi,- stetoskop,- tensimeter,- termometer4. Ruang pengambilan darah:<ul style="list-style-type: none">- Komputer, terhubung dengan sistem informasi- 2 buah laptop, terhubung dengan sistem informasi- 2 meja laptop- Printer, Printer barcode- Wastafel cuci lengan- 8 kursi donor- 2 meja dan 3 kursi- 4 meja rak perlengkapan aftar- 2 lemari- 4 bloodscale- 3 mesin aferesis- 4 hand sealer- 1 blood bank- 2 cool box kantong darah- 1 cool box sample- 3 Tempat sampah infeksius dan 2 non infeksius <p>7. Ruang Observasi Pasca Donor</p> <ul style="list-style-type: none">- Meja dan Kursi- Wastafel- Kotak Saran- Tempat sampah non infeksius- Dispenser

		<p>8. Ruang Uji IMLTD CHLIA</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 unit Alat uji IMLTD (Architect i2000SR), 2 unit UPS 2K, 1 unit Printer- 2 unit centrifuge sampel- 1 unit komputer terhubung LIS, meja dan kursi- Lemari Peralatan & Bahan- micropipet 1000 ul <p>9. Ruang NAT</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 Unit Alat Nat Panther dengan UPS dan printer- 1 Unit Alat Nat Cobas 6800 dengan 1 unit UPS, Server, dan 1 unit komputer server- RPI, thermometer- Refrigerator Reagensia- Freezer Reagensia- 1 Rak Reagensia dan tutup botol reagen- Air fire- Kursi- Passbox <p>10. Ruang pengolahan komponen:</p> <ul style="list-style-type: none">- 2 komputer terhubung dengan sistem informasi- 1 printer label- 1 scanner barcode- 2 blood bank karantina- 1 freezer karantina- 1 freezer ultralow- 1 platelet agitator karantina- 2 electric sealer- 1 timbangan digital- 1 compodock- 1 luxomatic- 1 biosafety cabinet- 3 refrigerator centrifuge- 1 meja dingin- 1 contact shock freezer- Meja dan kursi- 4 plasma ekstraktor- 3 tempat limbah- 1 coolbox darah <p>11. Ruang skrining antibodi dan konfirmasi golongan darah:</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 unit alat konfirmasi goldar dan skrining antibodi erytra eflexis dengan 1 UPS- 2 unit Centrifuge sampel- 1 unit Komputer terhubung LIS + printer
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">- 1 unit freezer- 1 unit kulkas sampel- 1 unit lemari peralatan & Bahan- 1 unit Utralow temperature freezer- 1 unit Sysmex Hematologi- 2 micropipet (25 ul dan 50 ul)- 1 Passbox- 1 meja + 2 kursi- 1 lemari alat <p>12. Ruang pelulusan produk</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 Komputer terhubung dgn sistem- 1 unit Printer barcode- 1 unit meja dingin- 1 unit alat scaner- meja dan kursi <p>13. Ruang pretransfusi</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 unit komputer- 1 unit passbox- 1 unit platelet agitator- 1 unit kursi bulat- wastafel- 4 unit bloodbank- 1 unit plasma freezer- 1 unit electric tube sealer- 1 unit centrifuse digital- 1 unit DG spin centrifuse- 1 unit DG therm incubator- 4 unit micropipet- 1 unit waterbath- 1 unit tempat limbah medis- 1 unit tempat limbah non-medis <p>14. Ruang distribusi</p> <ul style="list-style-type: none">- 1 unit komputer- rak formulir- 1 buah telpon- 1 unit kursi sender- Kursi tunggu- 1 meja loket pemberian darah- 1 meja luar penerimaan darah- 1 unit passbox- 1 unit tempat sampah- 1 unit freezer ice pack
--	--	---

		<p>15. Ruang pemakaian APD:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lemari jas lab bersih - Tempat jas lab kotor - Rak Sepatu lab bersih - Wastafel <p>16. Gudang :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 buah medical refrigerator - 1 set komputer terhubung sistem informasi - Rak penyimpanan <p>17. Pantry petugas</p> <p>18. Kamar mandi petugas</p> <p>19. Ruang administrasi</p> <p>20. Kamar mandi ruang administrasi</p>
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala UTD adalah dokter Spesialis Penyakit Dalam Subspesialis Hemato-Onkologi (Konsultan). 2. Dokter Penanggung Jawab Pemastian Mutu adalah Dokter umum. 3. Teknisi Bank Darah 4. Ahli Teknologi Laboratorium Medis yang telah mengikuti pelatihan BDRS.
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Supervisi 3. Audit Internal
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : Sesuai dengan RS 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : Sesuai dengan RS
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 46 orang, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Sp.Penyakit Dalam Subsp. HOM : 1 orang 2. Dokter Umum : 2 orang 3. Teknisi Bank Darah : 37 orang 4. Ahli Teknologi Laboratorium Medis : 3 Orang 5. Administrasi : 1 orang 6. Tenaga Pkarya dan Administrasi. : 2 Orang 7. Cleaning Service (Outsourcing) : 2 Orang
12	Jaminan pelayanan	<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien dan pendonor darah.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dan hasil pemeriksaan pendonor dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien dan pendonor. 3. Implementasi standar prosedur operasional

14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan 2. Survey Kepuasan Pelanggan
----	----------------------------	--

G. INSTALASI RADIOLOGI TERPADU

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 4. Undang Undang Nomor 10 Tahun 2007 tentang Ketenag nukliran 5. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Kemanan Sumber Radioaktif 6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1014/Menkes/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik di Sarana Pelayanan Kesehatan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 780/Menkes/PER/2008 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit 9. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Fatmawati Nomor : HK.01.07/VIII.1/880/2018 Tentang Kebijakan Pelayanan Radiologi dan Kedokteran Nuklir di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati 10. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.1/8497/2003 Tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Permintaan pemeriksaan radiologi 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan 3. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Bukti pendaftaran Instalasi Rawat Jalan b. Kartu asuransi

		<ul style="list-style-type: none">c. Surat Jaminan Pelayanan radiologi <p>4. Pasien IKS / Rujukan Parsial</p> <ul style="list-style-type: none">a. Kartu identitas (KTP) atau KK bagi belum memiliki KTPb. Surat jaminan partial dari RS Asalc. Formulir permohonan pemeriksaan radiologid. Formulir registrasi pasien barue. Formulir keterangan dalam perawatan
3	Prosedur	<p>1. Pasien cara bayar Tunai</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Pemeriksaan radiologi tanpa persiapan<ul style="list-style-type: none">a. Pasien datang ke Instalasi Radiologi membawa surat Pengantar Pemeriksaan Radiologi dari Fasilitas Kesehatan (Klinik, Rumah Sakit)b. Petugas radiologi memberikan nomer antrian kepada pasien sesuai dengan jenis layanan radiologi yang akan dilakukanc. Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu pasien sesuai ruang pemeriksaand. Penginputan data pasien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor Rekam Medik, jenis kelamin, alamat), keterangan klinis, nama dokter pengirim, cara bayar dan jenis pemeriksaan di computer, memverifikasi permintaan pemeriksaan, mencetak bukti layanan, mencetak label identifikasi pasien sesuai dengan permintaan pemeriksaane. Pembayaran dan pencetakan kuitansi dilakukan oleh kasir Mandiri.f. Petugas radiologi memanggil pasien sesuai nomer antrian pasien tunaig. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan dokterh. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasil untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasieni. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRSj. Hasil radiologi yang telah selesai di ekspertise di finalkan dan dikirim ke SIMRSk. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil oleh pasien➤ Pemeriksaan radiologi dengan persiapan dan penjadwalan<ul style="list-style-type: none">a. Petugas penjadwalan melakukan verifikasi jenis persiapan yang harus dilakukan sesuai dengan permintaan pemeriksaanb. Petugas penjadwalan memanggil pasien sesuai

		<p>dengan nomer antrian</p> <ul style="list-style-type: none">c. Petugas memberikan edukasi tentang tata cara pemeriksaan dan langkah persiapan yang harus dilakukan sebelum pemeriksaand. Petugas penjadwalan menuliskan jadwal di surat pengantar pemeriksaan di buku registrasi penjadwalan dan form jadwal pemeriksaane. Pasien yang telah mendapatkan jadwal pemeriksaan radiologi diinstruksikan untuk datang kembali ke instalasi radiologi di waktu yang telah dijadwalkan untuk melakukan pendaftaran dengan membawa surat permintaan yang telah tertera jadwal pemeriksaanf. Pada hari pelaksanaan pemeriksaan Petugas melakukan Penginputan data pasien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor Rekam Medik, jenis kelamin, alamat), keterangan klinis, nama dokter pengirim, cara bayar dan jenis pemeriksaan di komputer, memverifikasi permintaan pemeriksaan, mencetak bukti layanan, mencetak label identifikasi pasien sesuai dengan permintaan pemeriksaang. Pembayaran dan pencetakan kuitansi dilakukan oleh kasir Mandiri.h. Pasien menunggu di depan ruangan pemeriksaan yang sesuaii. Perawat memanggil pasien untuk dilakukan anamnesa oleh dokter radiologij. Petugas radiologi memanggil pasien sesuai nomer antriank. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan dokterl. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasil untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasienm. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRSn. Hasil radiologi yang telah selesai di ekspertise di finalkan dan dikirim ke SIMRSo. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil oleh pasien <p>2. Pasien cara bayar JKN</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien datang ke Instalasi Radiologi membawa surat bukti pendaftaran Instalasi Rawat Jalanb. Petugas radiologi memberikan nomer antrian kepada pasien sesuai dengan jenis layanan radiologi yang
--	--	---

		<p>akan dilakukan</p> <p>c. Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu pasien</p> <p>➤ Pemeriksaan radiologi tanpa persiapan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Petugas pendaftaran memverifikasi order permintaan pemeriksaan dan mencetak label identifikasi sesuai dengan permintaan pemeriksaan dan identitas pasienb. Pasien menunggu di depan ruangan pemeriksaan yang sesuai dengan jenis pemeriksaanc. Radiografer memanggil pasien sesuai nomer antriand. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan doktere. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasilf. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRSg. Hasil radiologi yang selesai di ekspertise di finalkan dan dikirim ke SIMRS untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasien.h. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil pasien <p>➤ Pemeriksaan radiologi dengan persiapan dan penjadwalan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Petugas penjadwalan melakukan verifikasi order pemeriksaan yang akan dijadwalkan di aplikasi Transmedik dan Buku penjadwalan dengan menentukan tanggal dan jam pelaksanaan pemeriksaan radiologi yang akan dijadwalkanb. Petugas memberikan edukasi tentang tata cara pemeriksaan dan langkah persiapan yang harus dilakukan sebelum pemeriksaanc. Petugas penjadwalan menuliskan jadwal di surat permintaan pemeriksaan dan di buku registrasi penjadwaland. Pasien yang telah mendapatkan jadwal pemeriksaan radiologi diinstruksikan untuk datang kembali ke instalasi radiologi di waktu yang telah dijadwalkan untuk melakukan pendaftaran membawa surat permintaan yang telah tertera jadwal pemeriksaane. Pasien yang telah mendapatkan jadwal pemeriksaan radiologi diinstruksikan untuk datang kembali ke instalasi radiologi di waktu yang telah dijadwalkan untuk melakukan pendaftaran dengan membawa surat permintaan yang telah tertera jadwal pemeriksaan
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none">f. Pada hari pelaksanaan pemeriksaan petugas pendaftaran memverifikasi order pemeriksaan dan mencetak label identifikasi sesuai dengan permintaan pemeriksaan dan identitas pasieng. Pasien menunggu di depan ruangan pemeriksaan yang sesuaih. Perawat memanggil pasien untuk dilakukan anamnesa oleh dokter radiologii. Petugas radiologi memanggil pasien sesuai nomer antrianj. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan dokterk. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasil untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasienl. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRSm. Hasil radiologi yang telah selesai di ekspertise di finalkan dan dikirim ke SIMRSn. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil pasien <p>3. Pasien cara bayar Asuransi / Jaminan Kantor / IKS</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien datang ke Instalasi Radiologi membawa surat persyaratan administrasi jaminan asuransi / IKSb. Petugas radiologi memberikan nomer antrian kepada pasien sesuai dengan jenis layanan radiologi yang akan dilakukanc. Pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu pasien <p>➤ Pemeriksaan radiologi tanpa persiapan</p> <ul style="list-style-type: none">a. Petugas pendaftaran memverifikasi order permintaan pemeriksaan dan mencetak label identifikasi sesuai dengan permintaan pemeriksaan dan identitas pasienb. Pasien menunggu di depan ruangan pemeriksaan yang sesuai dengan jenis pemeriksaanc. Radiografer memanggil pasien sesuai nomer antriand. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan doktere. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasilf. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRSg. Hasil radiologi yang selesai di ekspertise di finalkan
--	--	---

		<p>dan dikirim ke SIMRS untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasien</p> <p>h. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil pasien</p> <p>➤ Pemeriksaan radiologi dengan persiapan dan penjadwalan</p> <p>a. Petugas penjadwalan melakukan verifikasi order pemeriksaan yang akan dijadwalkan di aplikasi Transmedik dan Buku penjadwalan dengan menentukan tanggal dan jam pelaksanaan pemeriksaan radiologi yang akan dijadwalkan.</p> <p>b. Petugas memberikan edukasi tentang tata cara pemeriksaan dan Langkah persiapan yang harus dilakukan sebelum pemeriksaan.</p> <p>c. Petugas penjadwalan menuliskan jadwal di surat permintaan pemeriksaan dan di buku registrasi penjadwalan</p> <p>d. Pasien yang telah mendapatkan jadwal pemeriksaan radiologi diinstruksikan untuk datang kembali ke instalasi radiologi di waktu yang telah dijadwalkan untuk melakukan pendaftaran membawa surat permintaan yang telah tertera jadwal pemeriksaan</p> <p>e. Pasien yang telah mendapatkan jadwal pemeriksaan radiologi diinstruksikan untuk datang kembali ke instalasi radiologi di waktu yang telah dijadwalkan untuk melakukan pendaftaran dengan membawa surat permintaan yang telah tertera jadwal pemeriksaan</p> <p>f. Pada hari pelaksanaan pemeriksaan petugas pendaftaran memverifikasi order pemeriksaan dan mencetak label identifikasi sesuai dengan permintaan pemeriksaan dan identitas pasien</p> <p>g. Pasien menunggu di depan ruangan pemeriksaan yang sesuai</p> <p>h. Perawat memanggil pasien untuk dilakukan anamnesa oleh dokter radiologi</p> <p>i. Petugas radiologi memanggil pasien sesuai nomer antrian</p> <p>j. Radiografer melakukan pemeriksaan radiologi sesuai dengan permintaan dokter</p> <p>k. Radiografer memberikan tiket pengambilan hasil untuk mengambil hasil pemeriksaan radiologi kepada pasien</p> <p>l. Radiografer mengirim hasil radiografi ke PACS dan diekspertise oleh dokter spesialis radiologi melalui SIMRS</p>
--	--	---

		<p>m. Hasil radiologi yang telah selesai di ekspertise di finalkan dan dikirim ke SIMRS</p> <p>n. Hasil radiologi diberikan di loket pengambilan hasil dan siap diambil pasien</p>
4	Waktu Pelayanan	<p>1. Pasien Rawat Jalan</p> <p>a. Pendaftaran dalam Jam Kerja</p> <p>Hari : Senin s/d Kamis</p> <p>Waktu : pukul 07.30 WIB s/d 12.00 WIB</p> <p>Hari : Jumat</p> <p>Waktu : pukul 07.30 WIB s/d 11.00 WIB</p> <p>b. Pelayanan pemeriksaan radiologi dalam Jam Kerja</p> <p>Hari : Senin s/d Kamis</p> <p>Waktu : pukul 07.30 WIB s/d selesai</p> <p>Hari : Jumat</p> <p>Waktu : pukul 07.30 WIB s/d Selesai</p> <p>c. Pelayanan pemeriksaan radiologi diluar Jam Kerja</p> <p>Hari : Senin s/d Kamis</p> <p>Waktu : pukul 16.00 WIB s/d 21.00 WIB</p> <p>Hari : Jumat</p> <p>Waktu : pukul 16.30 WIB s/d 21.00 WIB</p> <p>Hari : Sabtu</p> <p>Waktu : pukul 08.00 WIB s/d 12.00 WIB</p> <p>2. Pasien Rawat Inap dan IGD</p> <p>Hari : Senin s/d Minggu</p> <p>Waktu : 24 Jam</p> <p>3. Pasien Griya Husada</p> <p>a. Hari : Senin s/d Jumat</p> <p>Waktu : pukul 08.00 WIB s/d 19.00 WIB</p> <p>b. Hari : Sabtu</p> <p>Waktu : 08.00 WIB s/d 14.00 WIB</p>
5	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan / JKN</p> <p>- Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku.</p> <p>2. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku.</p> <p>3. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.</p>
6	Produk Layanan	<p>1. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi Konvensional, Dental Panoramic, Mamografi, BMD)</p> <p>2. Pelayanan Pemeriksaan Kontras Flouroscopy</p> <p>3. Pelayanan Pemeriksaan USG</p> <p>4. Pelayanan Pemeriksaan CT Scan</p> <p>5. Pelayanan Pemeriksaan MRI</p>
7	Sarana dan Prasarana / Fasilitas	<p>1. Ruang tunggu</p> <p>2. Ruang pendaftaran</p> <p>3. Ruang Transit / Anamnesa</p> <p>4. Ruang pemeriksaan Radiologi Konvensional, Dental</p>

		<p>Panoramic, Mamografi, BMD, Kontras Flouroscopy, USG, CT Scan, MRI</p> <p>5. Ruang administrasi dan loket pengambilan hasil</p> <p>6. Pesawat Digital Radiografy, Pesawat Mamografi, Pesawat BMD, Pesawat Dental Panoramic, Pesawat Flouroscopy, Pesawat Mobile X Ray, Pesawat USG, Pesawat CT Scan, Pesawat MRI 1,5 T dan 3 T</p> <p>7. Toilet</p> <p>8. Kursi</p> <p>9. Meja</p> <p>10. Komputer</p>
8	Kompetensi pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Radiologi : 8 Orang</p> <p>2. Radiografer : 38 Orang</p> <p>3. Perawat : 4 Orang</p> <p>4. Fisikawan Medik : 1 Orang</p> <p>5. Penata Anestesi : 1 Orang</p> <p>6. Tenaga Administrasi : 5 Orang</p> <p>7. Tenaga Pekarya : 7 Orang</p>
9	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring dan Evaluasi</p> <p>2. Supervisi</p>
10	Penanganan Pengaduan	<p>1. Email : https://rsupfatmawati.id</p> <p>2. Telepon : 021-7501524</p> <p>3. WA center : 081219934999</p> <p>4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati</p> <p>5. Ruang pengaduan : sesuai RS Fatmawati</p>
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 65 orang, terdiri dari</p> <p>1. Dokter Spesialis Radiologi : 8 orang</p> <p>2. Radiografer keahlian : 13 orang</p> <p>3. Radiografer ketrampilan : 25 orang</p> <p>3. Perawat : 4 orang</p> <p>4. Penata Anestesi : 1 orang</p> <p>5. Fisikawan Medik : 1 orang</p> <p>6. Tenaga Administrasi : 5 orang</p> <p>7. Tenaga Pekarya : 7 Orang</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p>
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya</p> <p>2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien</p> <p>3. Implementasi standar prosedur operasional</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<p>1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan.</p> <p>2. Survey Kepuasan Pelanggan</p>

H. INSTALASI LABORATORIUM

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07 /VIII.4/986/2022 tentang Kebijakan Pelayanan Laboratorium di Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartuidentitas (KTP/SIM/Passport) b. Permintaan pemeriksaan laboratorium 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) b. Surat pengantar jaminan dari perusahaan 3. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Bukti pendaftaran Instalasi Rawat Jalan b. Kartu asuransi 4. Pasien IKS <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP) atau KK bagi belum memiliki KTP b. Surat jaminan partial dari RS asal c. Formulir permohonan pemeriksaan laboratorium d. Formulir registrasi pasien baru e. Formulir keterangan dalam perawatan
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien cara bayar JKN <ol style="list-style-type: none"> a. Permintaan pemeriksaan laboratorium oleh dokter di IRJ dengan mengetik order pemeriksaan laboratorium di aplikasi Transmedic secara lengkap. b. Pasien mengambil nomor antrian pasien ("A/ F") di Gedung Laboratorium c. Pasien menyerahkan bukti pendaftaran Instalasi Rawat Jalan kepada petugas pendaftaran laboratorium. d. Petugas pendaftaran laboratorium menerima order dari poliklinik asal yang sudah diinput pada aplikasi Transmedic dan pencetakan bukti layanan, lembar kerja, dan barcode berdasarkan sistem informasi rumah sakit.

		<ul style="list-style-type: none">e. Pengambilan sampel di laboratorium berdasarkan nomorurutlaboratorium dengan membawa bukti pendaftaran rawat jalan, bukti layanan laboratorium, lembar kerja, dan barcode. Pasien dengan kursi roda atau brankar diberikan prioritas. Sebelum pengambilan darah pasien diminta persetujuannya dengan bukti paraf dan atau menuliskan nomorteleon pada lembar bukti layanan pemeriksaan poliklinik.f. Pasien diperbolehkan kanpulang, kecuali untuk pemeriksaan Glukosa darah 2 jam Post Prandial &pemeriksaan cito ditunggu dalam waktu dua (2) jam. <p>2. Pasien cara bayar Jaminan lain (Jaminan kantor/Jamkesda/Asuransi).</p> <ul style="list-style-type: none">a. Permintaan pemeriksaan laboratorium oleh dokter di IRJ dengan mengetik order pemeriksaan laboratorium di aplikasiTransmedic secara lengkap.b. Pendaftaran di Tempat Pendaftaran Pasien (TPP) Rawat Jalan dengan membawa semua berkas persyaratan beserta bukti layanan pemeriksaan poliklinik (2 rangkap).c. Pasien mengambil nomor antrian "B" pasien di Gedung Laboratorium.d. Pasien menyerahkan bukti pendaftaran rawat jalan kepada petugas pendaftaran laboratorium.e. Penerimaan order dari poliklinik asal yang sudah diinput pada sistem aplikasi Transmedic dan pencetakan bukti layanan, lembar kerja dan <i>barcode</i> berdasarkan sistem informasi rumah sakit.f. Pengambilan sampel di laboratorium berdasarkan nomor urut laboratorium dengan membawa bukti pendaftaran rawat jalan, bukti layanan laboratorium, lembar kerja, dan <i>barcode</i>. Pasien dengan kursi roda atau brankar diberikan prioritas. Sebelum pengambilan darah pasien diminta persetujuannya dengan bukti paraf dan atau menuliskan nomor telepon pada lembar bukti layanan pemeriksaan poliklinik.g. Pasien diperbolehkan pulang, kecuali untuk pemeriksaan Glukosa darah 2 jam Post Prandial & pemeriksaan cito ditunggu dalam waktu dua (2) jam.
--	--	--

		<p>4. Pasien cara bayar Tunai</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran di laboratorium dengan membawa Formulir Permintaan Pemeriksaan Laboratorium (FPPL) yang sudah terisi lengkap serta mengambil nomor antrian "B". b. Penginputan data pasien (nama lengkap, tanggal lahir, nomor Rekam Medik, jenis kelamin, alamat), keterangan klinis, nama dokter pengirim, cara bayar dan jenis pemeriksaan di komputer kemudian dicetak bukti layanan, lembar kerja, <i>barcode</i> berdasarkan sistem informasi rumah sakit. c. Pembayaran dan pencetakan kuitansi dilakukan oleh kasir Mandiri. d. Pengambilan sampel di laboratorium berdasarkan nomor urut laboratorium dengan membawa bukti layanan, lembar kerja <i>barcode</i>, dan kuitansi. Pasien dengan kursi roda atau brankar diberikan prioritas. Sebelum pengambilan darah pasien diminta persetujuannya dengan bukti paraf dan atau menuliskan nomor telepon di lembar kerja (work list). e. Pasien diperbolehkan pulang, kecuali untuk pemeriksaan glukosa 2 jam Post Prandial & pemeriksaan cito ditunggu dalam waktu 2 jam.
4	Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran <p>Hari : Senin s/d Kamis Waktu : pukul 07.30 WIB s/d 12.00 WIB</p> <p>Hari : Jumat Waktu : pukul 07.30 WIB s/d 11.00 WIB</p> b. Pengambilan sampel darah pukul 07.30 WIB hingga selesai 2. Pasien Rawat Inap dan IGD <p>Hari : Senin s/d Minggu Waktu : 24 Jam</p> 3. Pasien Griya Husada <p>Hari : Senin s/d Jumat Waktu : pukul 08.00 WIB s/d pukul 19.00 WIB</p> <p>Hari : Sabtu Waktu : pukul 08.00 WIB s/d pukul 14.00 WIB</p>
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Kesehatan /JKN Sesuai dengan hak kepersertaan dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif yang berlaku. 2. Pasien Tunai sesuai tarif yang berlaku.

		3. Pasien Asuransi sesuai tarif yang berlaku.
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patologi Anatomi 2. Patologi Klinik 3. Mikrobiologi Klinik
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu 2. Ruang pendaftaran 3. Ruang pengambilan sampel 4. Ruang pemeriksaan laboratorium 5. Ruang administrasi dan pengambilan hasil 6. Alat pemeriksaan laboratorium 7. Toilet 8. Kursi 9. Meja 10. Komputer
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter <ul style="list-style-type: none"> - Patologi Anatomi : 4 orang - Patologi Klinik : 4 orang - Mikrobiologi Klinik : 2 orang 2. ATLM : 53 3. Tenaga administrasi : 21 orang 4. Tenaga Pekarya : 6 orang
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : https://rsupfatmawati.id 2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : sesuai RS Fatmawati
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 90 orang, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter spesialis Patologi Anatomi (4 orang) b. Dokter spesialis Patologi Klinik (4 orang) c. Dokter spesialis Mikrobiologi Klinik (2 orang) 2. ATLM (53 orang) 3. Tenaga Administrasi (21 orang) 4. Tenaga Pekarya (6 orang)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> - Data medis pasien dijaga kerahasiaannya - Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien - Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan. 2. Survey Kepuasan Pelanggan

I. INSTALASI FARMASI

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; 4. Undang- Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika; 5. Undang - Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Minimal Pelayanan RumahSakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di RumahSakit; 8. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.1/8497/2003 Tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Fatmawati; 9. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Fatmawati Nomor : HK.01.07/VIII.4/1260/2022 tentang Panduan Manajemen Kefarmasian dan Penggunaan Sediaan Farmasi (Obat), Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP) di Rumah Sakit Fatmawati.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien cara bayar tunai, Asuransi non JKN <ul style="list-style-type: none"> - Bukti pendaftaran - Permintaanresep dari DPJP b. Pasien JKN/ BPJS Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> - Bukti Pendaftaran/ Surat Elegibilitas Peserta (SEP) - Permintaan resep dari DPJP 2. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien cara bayar tunai, asuransi non JKN: <ul style="list-style-type: none"> Permintaan resep dari DPJP b. Pasien JKN/ BPJS Kesehatan <ul style="list-style-type: none"> - Surat Elegibilitaspeserta (SEP) - Permintaan resep dari DPJP
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> I. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien cara bayar tunai, asuransi non JKN; b. Pasien mengambil nomor antrian untuk pelayanan resep Depo Farmasi.

		<ul style="list-style-type: none">c. Petugas Depo Farmasi melakukan pengkajian/ verifikasi resep, memberikan harga.d. Pasien melakukan pembayaran di kasir.e. Petugas Depo Farmasi menyiapkan sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP.f. Pasien menunggu sediaan Farmasi/ Alat Kesehatan/ BMHP diserahkan.g. Petugas Depo Farmasi menyerahkan Sediaan Farmasi/ Alat Kesehatan/ BMHP disertai edukasi/ konseling <p>2. Pasien JKN/ BPJS Kesehatan;</p> <ul style="list-style-type: none">a. Pasien mengambil nomor antrian untuk pelayanan resep depo Farmasi.b. Petugas Depo Farmasi melakukan pengkajian/ verifikasi resep.c. Petugas Depo Farmasi melakukan pemeriksaan/ input resep di Apotek Online BPJS.d. Petugas Depo Farmasi menyiapkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP.e. Pasien menunggu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP diserahkan.f. Petugas Depo Farmasi menyerahkan Sediaan Farmasi/ Alat Kesehatan/ BMHP disertai edukasi/ konseling. <p>l. Pasien Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none">1. Pasien cara bayar tunai, asuransi non JKN;<ul style="list-style-type: none">a. Petugas Depo Farmasi melakukan pengkajian/ verifikasi resep.b. Petugas Depo Farmasi menyiapkan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP.c. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP diserahkan ke ruang rawat.2. Petugas Depo Farmasi melakukan;<ul style="list-style-type: none">a. Penelusuran riwayat penggunaan obatb. Rekonsiliasi obatc. Konselingd. Visitee. Pemantauan Terapi Obat (PTO)<ul style="list-style-type: none">- Monitoring Efek Samping Obat (MESO)- Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)f. Perinciaan pemakaian Pasien Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP pasien diserahkan ke kasir.g. Pasien melakukan pembayaran di kasir.3. Pasien JKN/ BPJS Kesehatan<ul style="list-style-type: none">a. Pasien menyerahkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) ke Depo Farmasib. Petugas Depo Farmasi melakukan pengkajian/
--	--	---

		<p>verifikasi resep.</p> <p>c. Petugas depo menyiapkan sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP</p> <p>d. Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP di serahkan ke ruang rawat</p> <p>e. Petugas Depo Farmasi melakukan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penelusuran Riwayat penggunaan obat - Rekonsiliasi obat - Konseling - <i>Visite</i> - Pemantauan Terapi Obat (PTO) - Monitoring Efek Samping Obat (MESO) - Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) <p>f. Perincian pemakaian Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP pasien diserahkan ke kasir.</p>
4	Waktu Pelayanan	<p>1. Depo Farmasi Rawat Jalan di Poliklinik Hari : Senin s/d Jumat Waktu : pukul 07.30 WIB s/d selesai</p> <p>2. Depo Farmasi Rawat Jalan di Griya Husada Hari : Senin s/d Sabtu Waktu : pukul 07.30 WIB s/d selesai</p> <p>3. Depo Farmasi untuk Rawat Inap dan IGD Hari : Senin s/d Minggu Waktu : 24 jam</p>
5	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan / JKN Sesuai dengan hak kepersertaan yang dijamin BPJS Kesehatan yang berlaku.</p> <p>2. Pasien Tunai, Asuransi Non JKN sesuai tarif yang berlaku.</p>
6	Produk Layanan	<p>1. Pengkajian dan pelayanan resep</p> <p>2. Dispensing sediaan steril</p> <p>3. Produksi sediaan non steril</p> <p>4. Pelayanan Informasi Obat (PIO)</p>
7	Sarana dan Prasarana / Fasilitas	<p>1. Ruang tunggu</p> <p>2. Ruang penyiapan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP</p> <p>3. Alat dispensing</p> <p>4. Ruang administrasi dan penyerahan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan/ BMHP</p> <p>5. Kursi</p> <p>6. Meja</p> <p>7. Komputer</p>
8	Kompetensi pelaksana	<p>1. Apoteker (25 orang)</p> <p>2. Tenaga Vokasi Kefarmasian (111 orang)</p>
9	Pengawasan Internal	<p><i>Monitoring</i> dan Evaluasi Supervisi</p>
10	Penanganan	<p>1. Email : https://rsupfatmawati.id</p>

	Pengaduan	2. Telepon : 021-7501524 3. WA center : 081219934999 4. Media sosial : media sosial RS Fatmawati 5. Ruang pengaduan : sesuai RS Fatmawati
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak terdiri dari 1. Apoteker S2(4 orang) 2. Apoteker (21 orang) 3. Tenaga Vokasi Kefarmasian (111 orang) 6. Administrasi (24 orang)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pelaksanaan standar prosedur operasional
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi produktivitas, optimalisasi pelayanan dan kepuasan pelanggan

J. INSTALASI REHABILITASI MEDIS

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaga Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897); 4. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2005 Nomor 48, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4502), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340); 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Manajemen Pegawai Negeri Sipil (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 63, Tambahan

		<p>Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6037);</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 27, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659); 7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 159); 8. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83); 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 21); 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964); 11. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 Tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati; 12. Keputusan Direktur Utama Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati Nomor HK.01.07/VIII.4/1121/2022 tentang Pengorganisasian Instalasi Rehabilitasi Medik Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati; 13. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 1 Tahun 2020 tentang Prosedur Penjaminan Operasi Katarak dan Rehabilitasi Medik dalam Program Jaminan Kesehatan; 14. Peraturan Direksi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 26 Tahun 2020 tentang Penjaminan Alat Kesehatan pada Program Jaminan Kesehatan.
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP/SIM/Paspor) 2. Pasien jaminan perusahaan <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP/SIM/Paspor) - Surat pengantar jaminan dari perusahaan - Kartu peserta 3. Pasien jaminan asuransi <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas - Kartu peserta asuransi 4. Pasien JKN <ul style="list-style-type: none"> - Kartu identitas (KTP/SIM/Paspor)

		<ul style="list-style-type: none"> - Kartu peserta - Rujukan online JKN
3	Prosedur	<p>1. Poli Rehabilitasi Medik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien melakukan reservasi melalui aplikasi Myrsf b. Pasien melakukan scan barcode di mesin APM c. Pasien mendaftar melalui TPP di Zona B d. Pasien melapor ke administrasi Poli Rehabilitasi Medik e. Pasien dilakukan pemeriksaan tanda vital oleh perawat Poli Rehabilitasi Medik f. Pasien dilakukan pemeriksaan oleh Dokter SpKFR g. Pasien melapor ke perawat Poli Rehabilitasi Medik h. Bila pasien diberikan program terapi, pasien melapor dan membuat jadwal terapi. i. Pasien menjalani sesi terapi sesuai anjuran Dokter SpKFR, lalu kontrol ke Dokter SpKFR setelah program terapi selesai. <p>2. Unit Fisioterapi, Okupasi Terapi, dan Terapi Wicara</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Setelah pasien melakukan konsultasi dengan Dokter Sp.KFR dan memiliki program rehabilitasi, pada hari berikutnya pasien melakukan scan barcode di mesin APM. b. Pasien mendaftar melalui TPP di Zona B. c. Pasien melapor ke administrasi Poli Rehabilitasi Medik. d. Pasien melakukan dan mengikuti program rehabilitasi sesuai anjuran Dokter SpKFR e. Setelah program rehabilitasi selesai, pasien melakukan evaluasi dengan Dokter SpKFR <p>3. Unit Psikolog dan Prostetik Ortotik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Setelah pasien melakukan konsultasi dengan Dokter Sp.KFR dan memiliki program rehabilitasi, pasien melapor ke Workshop Prostetik Ortotik bila diresepkan pembuatan prosthesis atau ortosis; atau melapor ke Poli Psikologi bila diminta melakukan konseling/wawancara/tes intelektual dan lain sebagainya. b. Pasien datang pada hari yang sudah ditentukan untuk memperoleh layanan Prostetik Ortotik atau Psikolog. c. Setelah selesai, pasien melakukan evaluasi dengan Dokter Sp.KFR.
4	Waktu Pelayanan	<p>Hari : Senin – Jumat</p> <p>Waktu : pukul 08.00 – 15.00 WIB</p>
5	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien pembiayaan BPJS Kesehatan /JKN <ul style="list-style-type: none"> - Sesuai dengan hak kepesertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs. - Pasien naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

		2. Pasien pembiayaan tunai atau asuransi sesuai dengan tarif yang berlaku di RSF
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rawat jalan (Poli Rehabilitasi Medik) 2. Fisioterapi 3. Okupasi Terapi 4. Terapi Wicara 5. Psikologi 6. Pekerja Sosial Medis 7. Prostetik Ortotik 8. Rehabilitasi terpadu (klub senam jantung dan senam geriatri)
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poli Rehabilitasi Medik: ruang tunggu, ruang pemeriksaan dokter, ruang tindakan, nurse station, toilet, komputer, meja, kursi, bed pemeriksaan, lemari penyimpanan, wastafel, AC, kursi roda. 2. Pendaftaran: ruangan, komputer, printer, scanner, meja, kursi, lemari, standing AC. 3. Hidroterapi: kolam hidroterapi, ruang ganti pasien, toilet, noodle, pelampung, komputer, meja, kursi. 4. Gymnasium Fisioterapi: ruang tunggu, kursi tunggu; ruang elektromedik, alat terapi elektromedik – TENS, ES, US, SWD, MWD, IRR, hydrosun, lymphatic drainage vacuum; ruang gymnasium, alat terapi non medik – bed, meja, kursi, komputer, AC; alat terapi gymnasium – CPM, static cycle, treadmill, tilting table, EN table, wheeling spin. 5. Ruang Latihan Spine Aktif DBC: ruang DBC, toilet, 5 alat DBC, matras, bed, bola gym, static cycle, meja, kursi, wastafel, AC. 6. Workshop Prostetik Ortotik: kursi tunggu, ruang bengkel, ruang jahit, pantry, toilet, mesin jahit, meja, kursi, komputer, printer, AC. 7. Poli Okupasi Terapi: ruang tunggu, 5 ruang poli, toilet, perlengkapan terapi OT, meja, kursi, komputer, AC. 8. Poli Terapi Wicara: ruang tunggu, 4 ruang poli, perlengkapan terapi TW, alat peraga TW, Vocastim, meja, kursi, komputer, AC. 9. Poli Psikologi dan Pekerja Sosial Medis: 4 ruang poli, ruang konseling, alat test psikologi, meja, kursi, AC, komputer. 10. Ruang Tata Usaha: ruangan Ka dan Waka IRM, ruang TU, toilet, meja, kursi, komputer, printer, scanner, lemari, rak, wastafel, AC.
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi (Sp.KFR) 2. Perawat Pelaksana 3. Fisioterapis

		<p>4. Terapis Okupasi 5. Terapis Wicara 6. Psikologi Klinis 7. Pekerja Sosial Medis 8. Prostetik Ortotik 9. Tenaga administrasi</p>
9	Pengawasan Internal	Monitoring dan Evaluasi secara berkala
10	Penanganan Pengaduan	<p>1. Email : - 2. Telepon : 7501524 ext 1212 3. WA center : 08121993499 4. Media sosial : Instagram RSF 5. Ruang pengaduan : -</p>
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 50 orang, terdiri dari 1. Dokter SpKFR 2 orang 2. Perawat 4 orang 3. Fisioterapis 18 orang 4. Terapis Okupasi 7 orang 5. Terapis Wicara 4 orang 6. Psikologi Klinis 3 orang 7. Pekerja Sosial Medis 2 orang 8. Prostetik Ortotik 5 orang 9. Tenaga administrasi 5 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<p>1. Evaluasi cakupan layanan JKN setiap bulan. 2. Evaluasi cakupan layanan non JKN setiap bulan. 3. Evaluasi waktu pelayanan poli umum tanpa penunjang setiap triwulan. 4. Evaluasi kepatuhan pelaksanaan program Rehabilitasi Spine Aktif DBC setiap triwulan. 5. Evaluasi pelayanan Rehabilitasi Terpadu setiap triwulan. 6. Evaluasi ketepatan waktu pelayanan di poli setiap bulan. 7. Evaluasi SDM yang ditingkatkan kompetensinya setiap semester.</p>

K. INSTALASI REKAM MEDIK

No	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis

		<p>2. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan</p> <p>3. KMK Nomor HK.01.07/MENKES/312/2020 tentang Standar Profesi Perkam Medis dan Informasi Kesehatan</p>
2	Persyaratan Pelayanan	KTP/ Kartu BPJS/ Kartu KIS/Kartu Asuransi lainnya
3	Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang kemudian petugas memberikan nomor antrian sesuai poli tujuan. 2. Pasien melakukan antrian loket pendaftaran 3. Petugas melakukan identifikasi data pasien berdasarkan nama pasien, tempat & tanggal lahir, jenis kelamin, NIK, alamat lengkap dan nomor telepon. 4. Petugas melakukan pendaftaran pasien 5. Pasien menunggu panggilan poliklinik yang dituju
4	Waktu Pelayanan	<p>Poli Klinik Rawat Jalan Hari : Senin sd Jumat Waktu : pukul 07.00 - 12.00 WIB IGD 7 X 24 Jam</p>
5	Biaya/Tarif	Sesuai tarif RS
6	Produk Layanan	Pelayanan rekam medik rawat darurat, rawat jalan dan rawat inap
7	Sarana prasarana/fasilitas	<p>Sarana</p> <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. Lampu sesuai dengan standar penyinaran 10. Ventilasi <p>Prasarana Rekam Medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang penyimpanan 2. Ruang pengolahan 3. Ruang pelaporan 4. Ruang admin 5. Gudang
8	Kompetensi pelaksana	Minimal Lulusan D3 Rekam Medis

9	Pengawasan Internal	1. <i>Monitoring</i> dan Evaluasi 2. Supervisi Dilakukan oleh Ka Instalasi Rekam Medik, Waka. Sub Instalasi Pelayanan Data dan Informasi Kesehatan, dan Waka. Sub Instalasi <i>Admission</i> dan Rekam Medik
10	Penanganan Pengaduan	1. Pengaduan saran dan masukan dapat disampaikan secara tertulis melalui kotak saran. 2. Menyampaikan pengaduan, saran dan masukan langsung via Email irmik2013@gmail.com
11	Jumlahpelaksana	1. Tenaga Pendaftaran IRJ 13 orang. 2. Tenaga Pendaftaran IGD 9 orang.
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan secara cepat, tepat dan dapat dipertanggung jawabkan
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Rekam Medis tersimpan secara aman dan terlindungi dari kerusakan serta mudah ditemukan pada saat dibutuhkan. 2. Setiap petugas kesehatan harus menjaga kerahasiaan Rekam Medis
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan satu kali dalam satu tahun. Selanjutnya dilakukan tindakan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan kinerja pelayanan

L. INSTALASI FORENSIK DAN PEMULASARAAN JENAZAH (IFPJ)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	1. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan; 2. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2023 tentang Kitab Undang Undang Hukum Pidana 3. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2022 tentang Tindak Pidana Kekerasan Seksual 4. Undang -Undang Republik Indonesia Nomor 17 tahun 2016 tentang perubahan kedua atas Undang Undang Nomor 23 tahun 2002 tentang Perlindungan Anak 5. Undang -Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2004 tentang Penghapusan Kekerasan Dalam Rumah Tangga 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 68 tahun 2013 tentang Kewajiban Pemberi Layanan Kesehatan untuk Memberikan Informasi Atas Adanya Dugaan Kekerasan terhadap Anak 7. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 2024 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Presiden Nomor 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan

		<p>8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 38 tahun 2022 tentang Pelayanan Kedokteran untuk Kepentingan Hukum</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 tahun 2022 tentang Rekam Medis</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran</p> <p>11. Keputusan Gubernur Daerah Khusus Ibukota 169 tahun 2022 tentang Rincian Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersumber dari luar program Jaminan Kesehatan Nasional.</p>
2	Persyaratan Pelayanan	<p>1. Pasien Umum</p> <p>a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport, KK)</p> <p>b. Kartu identitas berobat</p> <p>2. Pasien/Jenazah kasus Forensik</p> <p>a. Kartu Identitas (KTP/SIM/Passport, KK)</p> <p>b. Surat Permintaan Visum dari Kepolisian</p> <p>c. Surat rujukan dari dokter atau pihak terkait</p>
3	Prosedur	<p>➤ Pelayanan pemulasaraan jenazah</p> <p>1. Petugas IFPJ mendapatkan informasi jenazah meninggal di ruangan.</p> <p>2. Petugas mengkonfirmasi riwayat meninggalnya jenazah kepada pihak keluarga</p> <p>3. Petugas memberikan informasi dan menawarkan jenis pelayanan yang tersedia meliputi pelayanan memandikan jenazah, transportasi jenazah, peti jenazah, pengawetan jenazah dan rumah duka kepada pihak keluarga apabila diperlukan.</p> <p>4. Petugas melakukan administrasi (pendaftaran) dan keluarga melakukan penyelesaian administrasi.</p> <p>5. Petugas akan melakukan pelayanan sesuai permintaan jenis layanan yang diminta keluarga sesuai SPO</p> <p>6. Selesai</p> <p>➤ Pelayanan Kedokteran Forensik Klinik</p> <p>1. Penerimaan di triase primer terhadap pasien/korban kekerasan yang datang dengan atau tanpa Surat Permintaan Visum (SPV) dan dipisahkan sesuai kondisi pasien:</p> <p>a. Stabil</p> <p>b. Tidak Stabil</p> <p>2. Pemeriksaan dan penanganan pasien/korban dugaan tindak kekerasan yang kondisinya tidak stabil dilakukan di zona merah dan zona kuning sesuai SPO IGD dan kemudian dikonsul kepada</p>

		<p>Dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal.</p> <ol style="list-style-type: none">3. Pemeriksaan dan penanganan pasien/korban kekerasan lainnya dengan kondisi stabil dilakukan di Zona Hijau oleh Dokter IGD4. Pemeriksaan dan penanganan pasien/korban kekerasan fisik terhadap perempuan dan anak dapat dilakukan di Unit Pelayanan Perempuan dan Anak (UPPA) tergantung waktu pendaftaran pasien :<ol style="list-style-type: none">a. Di dalam jam kerja (pukul 07.30 - 16.00), konsul tim UPPAb. Di luar jam kerja (pukul 16.00 - 07.30/hari libur) pemeriksaan oleh dokter IGD5. Pemeriksaan dan penanganan pasien/korban kekerasan seksual terhadap perempuan dan anak termasuk korban sodomi dilakukan di UPPA yang dibagi berdasarkan waktu kejadian kekerasan :<ol style="list-style-type: none">a. Kejadian $\leq 3 \times 24$ jam, pemeriksaan dilakukan oleh dokter spesialis Forensik dan tim UPPAb. Kejadian $\geq 3 \times 24$ jam, pemeriksaan dilakukan oleh dokter spesialis Kebidanan / dokter IGD.6. Pembuatan hasil Visum et Repertum oleh dokter spesialis Forensik dan Medikolegal berdasarkan Surat Permintaan Visum dari penyidik.7. Penyerahan hasil Visum et Repertum oleh petugas Instalasi Forensik dan Pemulasaraan Jenazah kepada Penyidik.8. Penyelesaian administrasi9. Proses selesai. <p>➤ Pelayanan Kedokteran Forensik Patologi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Penerimaan jenazah dari dalam atau luar RS Fatmawati oleh petugas IFPJ2. Petugas IFPJ mengkonfirmasi kepada keluarga, pengantar atau petugas ruangan mengenai riwayat meninggalnya jenazah.3. Pada jenazah yang meninggal tidak wajar, maka dilakukan prosedur sesuai SPO Pelayanan Jenazah4. Pemeriksaan Surat Permintaan Visum (SPV) dari penyidik oleh dokter spesialis forensik dan Medikolegal5. Dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal, teknisi otopsi dan petugas lainnya yang terlibat dalam pemeriksaan kedokteran forensik dan pengawetan jenazah harus menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) yang terdiri dari :<ul style="list-style-type: none">• Pakaian kerja• Sarung tangan karet, masker, topi sekali pakai
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • Sepatu karet setinggi lutut • Apron • Baju plastik dan kaca mata pelindung untuk jenazah dengan penyakit khusus (HIV, Hepatitis B, Hepatitis C, Flu Burung/Avian Flu, Flu Babi) atau infeksi lainnya yang ditentukan oleh Kementerian Kesehatan <p>6. Persiapan alat otopsi set dan <i>embalming set</i> yang siap pakai.</p> <p>7. Mencuci semua permukaan tubuh jenazah dengan air yang mengalir dari darah maupun cairan lainnya.</p> <p>8. Melakukan pemeriksaan jenazah sesuai permintaan penyidik :</p> <p>a. Pemeriksaan Luar Jenazah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melepaskan pakaian dan perhiasan pada jenazah - Melakukan pemeriksaan sesuai yang tercantum di dalam lembar obduksi pemeriksaan luar jenazah - Pencatatan dan pengambilan dokumentasi (foto) hasil temuan pada pemeriksaan luar - Pada kasus dugaan keracunan, dilakukan pengambilan sampel darah dan urin - Rekonstruksi esetetika pada jenazah apabila diperlukan - Pengumpulan barang bukti berupa pakaian, handphone, perhiasan, uang, obat, dokumen dan barang lainnya yang berada di sekitar jenazah. <p>b. Pemeriksaan Dalam Jenazah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan pemeriksaan sesuai yang tercantum di dalam lembar obduksi pemeriksaan dalam jenazah dengan cara membuka rongga kepala, leher, rongga dada, rongga perut dan rongga panggul serta bagian tubuh lainnya sesuai kebutuhan. <p>9. Proses selesai.</p> <p>10. Penyelesaian Administrasi</p>
4	Waktu Pelayanan	<p>Hari : setiap hari</p> <p>Waktu : 24 jam</p>
5	Biaya / Tarif	<p>a. Pasien BPJS Kesehatan /JKN Sesuai dengan hak kepesertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs</p> <p>b. Pasien Tunai</p> <p>c. Pasien/Jenazah korban Kekerasan terhadap Perempuan dan Anak, Sesuai dengan hak berdasarkan Keputusan Gubernur Daerah Khusus Ibukota 169 tahun 2022</p>

		tentang Rincian Manfaat Jaminan Kesehatan yang bersumber dari luar program Jaminan Kesehatan Nasional
6	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Pemulasaraan Jenazah 2. Pelayanan Kedokteran Forensik Klinik 3. Pelayanan Kedokteran Forensik Patologi 4. Pelayanan Rumah Duka
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Kepala Instalasi Forensik dan Pemulasaraan Jenazah 2. Ruang tunggu 3. Ruang Administrasi 4. Ruang TU 5. Ruang Memandikan Jenazah 6. Ruang Tindakan Forensik (Ruang Autopsi) 7. Ruang Pendingin Jenazah (<i>Freezer</i> Jenazah) 8. Rumah Duka (3 Ruang) 9. Ruang KSM Forensik dan Medikolegal 10. Ruang Penyimpanan Barang Bukti 11. Ruang <i>Freezer</i> Jaringan 12. Toilet 13. Kursi 14. Meja 15. Komputer 16. Printer
8	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal : 2 Orang 2. Kepala Instalasi Forensik dan Pemulasaraan Jenazah : 1 orang . 3. Wakil Kepala Instalasi : 1 Orang 4. Teknisi Forensik : 3 Orang 5. Tenaga Administrasi : 5 Orang 6. Tenaga Memandikan Jenazah : 6 Orang (<i>On Call</i>)
9	Pengawasan Internal	<i>Monitoring</i> dan Evaluasi Supervisi
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : ifpjr^{sup}fatmawati@gmail.com 2. Telepon : 021-7501524 ext. 1408 3. WA center : 0852-1958-7509 4. Media sosial : - 5. Ruang pengaduan : -
11	Jumlah pelaksana	<p>Sebanyak 17 orang, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Forensik dan Medikolegal : 2 Orang 2. Kepala Instalasi Forensik dan Pemulasaraan jenazah : 1 orang 3. Wakil Kepala Instalasi : 1 Orang 4. Teknisi Forensik : 3 Orang 5. Tenaga Administrasi : 5 Orang 6. Tenaga Memandikan Jenazah : 6 Orang (<i>On Call</i>)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya

		peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan Survey Kepuasan Pelanggan

M. INSTALASI GIZI

No.	KOMPONEN	URAIAN
1	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887); 3. Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2023 tentang Aparatur Sipil Negara (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 141, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6897); 4. Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 171, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5340); 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 964); 6. Keputusan Sekretaris Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.03/D.I/8497/2023 Tanggal 21 Juni 2023 tentang Pengorganisasian Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati
2	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) 2. Pasien jaminan perusahaan <ol style="list-style-type: none"> d. Kartu identitas (KTP/SIM/Passport) e. Surat pengantar jaminan dari perusahaan 7. Pasien jaminan asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu identitas

3	Prosedur	<p>a. Rawat inap:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien baru dilakukan skrining nutrisi awal, 1x 24 jam oleh perawat b. Hasil skor nutrisi > 0, dilakukan asuhan gizi pasien dengan format ADIME. Skor nutrisi 0 hanya dilakukan edukasi dan standar diet biasa. c. Preskripsi Diet pasien di order ke bagian produksi instalasi Gizi. d. Di bagian produksi Instalasi Gizi dilakukan kegiatan penyelenggaraan makanan RS untuk pasien dan pegawai. e. Penyelenggaraan makanan RS meliputi kegiatan perencanaan menu, pengadaan bahan, penerimaan dan penyimpanan bahan, persiapan dan pengolahan makanan, distribusi makanan, penyajian makanan di ruang rawat dan pelayanan makanan pasien. <p>b. Rawat Jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Poli anak di poliklinik rawat jalan dan Griya Husada; <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dari dokter anak, merujuk ke dietesien anak. - Pasien dilakukan skrining resiko malnutrisi kemudian dilakukan asuhan gizi dan konseling gizi. - Pasien dianjurkan kontrol ulang sesuai dengan DPJP. b. Poli edukasi/ PLDT (Pusat Layanan Diabetes Terpadu): <ul style="list-style-type: none"> - Pasien dari dokter Penyakit Dalam, merujuk ke dietesien yang sudah menjadi edukator DM. - Pasien dilakukan asuhan gizi dan edukasi gizi - Pasien dianjurkan kontrol ulang sesuai dengan DPJP
4	Waktu Pelayanan	<p>1. Rawat Inap:</p> <p>Hari : Setiap hari, Senin sampai Minggu</p> <p>Waktu : sesuai jam kerja yang berlaku (jam kerja <i>shift</i> dan jam kerja non <i>shift</i>)</p> <p>2. Rawat Jalan:</p> <p>Hari : Setiap hari kerja, Senin sampai Jumat</p> <p>Waktu. : pukul 08.00 - 15.00 WIB</p>
5	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Kesehatan / JKN</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sesuai dengan hak kepersertaan tanpa iur biaya, dijamin BPJS Kesehatan sesuai tarif INACBGs b. Pasien Naik kelas sesuai dengan ketentuan yang berlaku c. Pasien Tunai d. Pasien Asuransi
6	Produk Layanan	<p>1. Rawat Inap:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi gizi

		<ul style="list-style-type: none"> - Hasil diskusi kasus bersama Tim (ronde besar) <p>2. Rawat jalan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Edukasi gizi dan konseling gizi
7	Sarana dan Prasarana /Fasilitas	<p>1. Rawat inap:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Peralatan penyajian makanan : meja distribusi, lemari alat-alat, trolley makanan, panci-panci, wajan. Alat pengaduk makanan dan penggoreng. Alat makan pasien (nampan, piring, gelas, mangkuk, sendok serta plato), blender, oven, kompor, dish washer serta sarana kebersihan; tempat sampah tertutup. b. Peralatan edukasi gizi: ATK, leaflet standar diet, leaflet bahan makanan penukar, leaflet edukasipasien rawat inap <p>2. Rawat Jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang tunggu b. Ruang edukasi/konseling c. Komputer + printer d. Alat ukuran tropometri : BB, TB, LILA, Tilut (Tinggi Lutut) e. Lemari peraga f. Lembar balik gizi g. Food model h. Kursi i. Meja j. Leaflet standar diet dan leaflet bahan makanan penukar
8	Kompetensi pelaksana	<p>1. Dietesien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mahir dalam melakukan asuhan gizi dengan format ADIME - Mahir dalam Teknik edukasi - Mengerti manajemen penyelenggaraan makanan. - Mengerti keamanan makanan, <i>hygiene</i>, sanitasi dan keselamatan kerja. <p>2. Tenaga administrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mampu mengoperasikan computer dan program office. - Mampu mengoperasikan aplikasi-aplikasi yang digunakan di rumah sakit. - Kegiatan surat menyurat. - Pengarsipan surat masuk dan surat keluar.
9	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan Evaluasi 2. Supervisi 3. Uji kompetensi 4. Uji kewenangan klinis dengan kredensial dan rekredensial
10	Penanganan Pengaduan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : gizifatmawati2022@gmail.com 2. Telepon : (021) 7501524 ext 1606

		3. WAcener : - 4. Media sosial : IG @gizirsupfatmawati 5. Ruang pengaduan : -
11	Jumlah pelaksana	Sebanyak 97 orang, terdiri dari 1. Dietesien (15 orang) 2. Juru masak (32 orang) 3. Pramusaji (48 orang) 4. Administrasi (2 orang)
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Implementasi standar prosedur operasional 4. Sanitasi dan <i>hygiene</i> makanan.
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Evaluasi jumlah kunjungan dan volume layanan setiap bulan. 2. Survey Kepuasan Pelanggan

Plt. DIREKTUR UTAMA,

MOHAMMAD SYAHRIL