



**UNIT PELAKSANA TEKNIS DAERAH RSUD dr. M. THOMSEN NIAS
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK
DAN KELUARGA BERENCANA KABUPATEN NIAS**

Jalan Dr. Ciptomangunkusumo No.15 Telp/Fax. 0639-21474
Website : rsud.niaskab.go.id/Email : rsudgusit@yahoo.co.id
GUNUNGSITOLI

Kode Pos : 22815

**KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS
NOMOR 000.8.3.2/1226/UPT Dinkes/V/TAHUN 2024**

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS,

- Menimbang** : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan standar pelayanan;
- b. bahwa untuk memberikan acuan penyelenggaraan pelayanan dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Standar Pelayanan Publik pada RSUD dr. M. Thomsen Nias;
- c. bahwaberdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias tentang Standar Pelayanan Publik RSUD dr. M Thomsen Nias;
- Mengingat** : 1. Undang-Undang Darurat Nomor 7 Tahun 1956 tentang Pembentukan Daerah Otonom Kabupaten-Kabupaten dalam Lingkungan Daerah Provinsi Sumatera Utara;
2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik;
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
4. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2014 tentang Perubahan Kedua Atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan;
7. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;

9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 13 Tahun 2017 tentang Pedoman Sistem Informasi Pelayanan Publik;
10. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 14 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik Pelayanan Publik;
11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
13. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
14. Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 5 Tahun 2008 tentang Urusan Pemerintahan Wajib dan Pilihan yang menjadi Kewenangan Daerah Kabupaten Nias;
15. Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2021 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Nias;
16. Peraturan Bupati Nias Nomor 41 Tahun 2020 tentang Perubahan Nama Unit Pelaksana Teknis Daerah RSUD dr. M. Thomsen Nias;
17. Peraturan Bupati Nias Nomor 59 Tahun 2021 tentang Kedudukan Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Perangkat Daerah Kabupaten Nias;
18. Peraturan Bupati Nias Nomor 64 Tahun 2021 tentang Pembentukan Unit Pelaksana Teknis Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Nias;
19. Peraturan Bupati Nias Nomor 44 Tahun 2022 tentang Pola Tata Kelola Badan Layanan Umum Daerah Pada UPTD RSUD dr. M. Thomsen Nias;
20. Keputusan Bupati Nias Nomor 443/641/K/TAHUN 2020 tentang Perubahan Nama Unit Pelaksana Teknis Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Gunungsitoli di Kabupaten Nias;

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS TENTANG STANDAR PELAYANAN PUBLIK RSUD dr. M. THOMSEN NIAS.**
- KESATU** : Standar Pelayanan Publik RSUD dr. M. Thomsen Nias sebagaimana tercantum pada lampiran Keputusan ini.
- KEDUA** : Standar Pelayanan Publik RSUD dr. M. Thomsen Nias sebagaimana disebutkan pada Diktum KESATU meliputi :
1. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
 2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
 3. Pelayanan Instalasi Rawat Inap Terpadu
 - a. Pelayanan Ruang Aglonema
 - b. Pelayanan Ruang Akasia
 - c. Pelayanan Ruang Alamanda
 - d. Pelayanan Ruang Anggrek
 - e. Pelayanan Ruang Aster

4. Pelayanan Instalasi Perawatan Anak Terpadu
 - a. Pelayanan Ruang Anyelir
 - b. Pelayanan Ruang Perinatologi
5. Pelayanan Instalasi Kebidanan dan Penyakit Kandungan
 - a. Pelayanan Kamar Bersalin
 - b. Pelayanan Ruang Azalea
6. Pelayanan Instalasi Perawatan Intensif
7. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
8. Pelayanan Instalasi Kamar Jenazah
9. Pelayanan Instalasi Dialisis
10. Pelayanan Instalasi Anestesiologi
11. Pelayanan Instalasi Laboratorium Klinik Terpadu
12. Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik
13. Pelayanan Instalasi Farmasi
14. Pelayanan Instalasi Radiologi
15. Pelayanan Instalasi Rekam Medik
16. Pelayanan Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM)
17. Pelayanan Unit Ambulans
18. Pelayanan Unit Kasir
19. Pelayanan Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit.

KETIGA : Standar Pelayanan Publik sebagaimana terlampir dalam Lampiran Keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara atau pelaksana sebagai acuan dalam penyelenggaraan pelayanan publik di RSUD dr. M. Thomsen Nias.

KEEMPAT : Keputusan Direktur ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Gunungsitoli
pada tanggal 31 Mei 2024



DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS,

dr. NOFERLINA ZEBUA

Pembina Tingkat I

NIP. 198211142009042006

Tembusan Sdr :

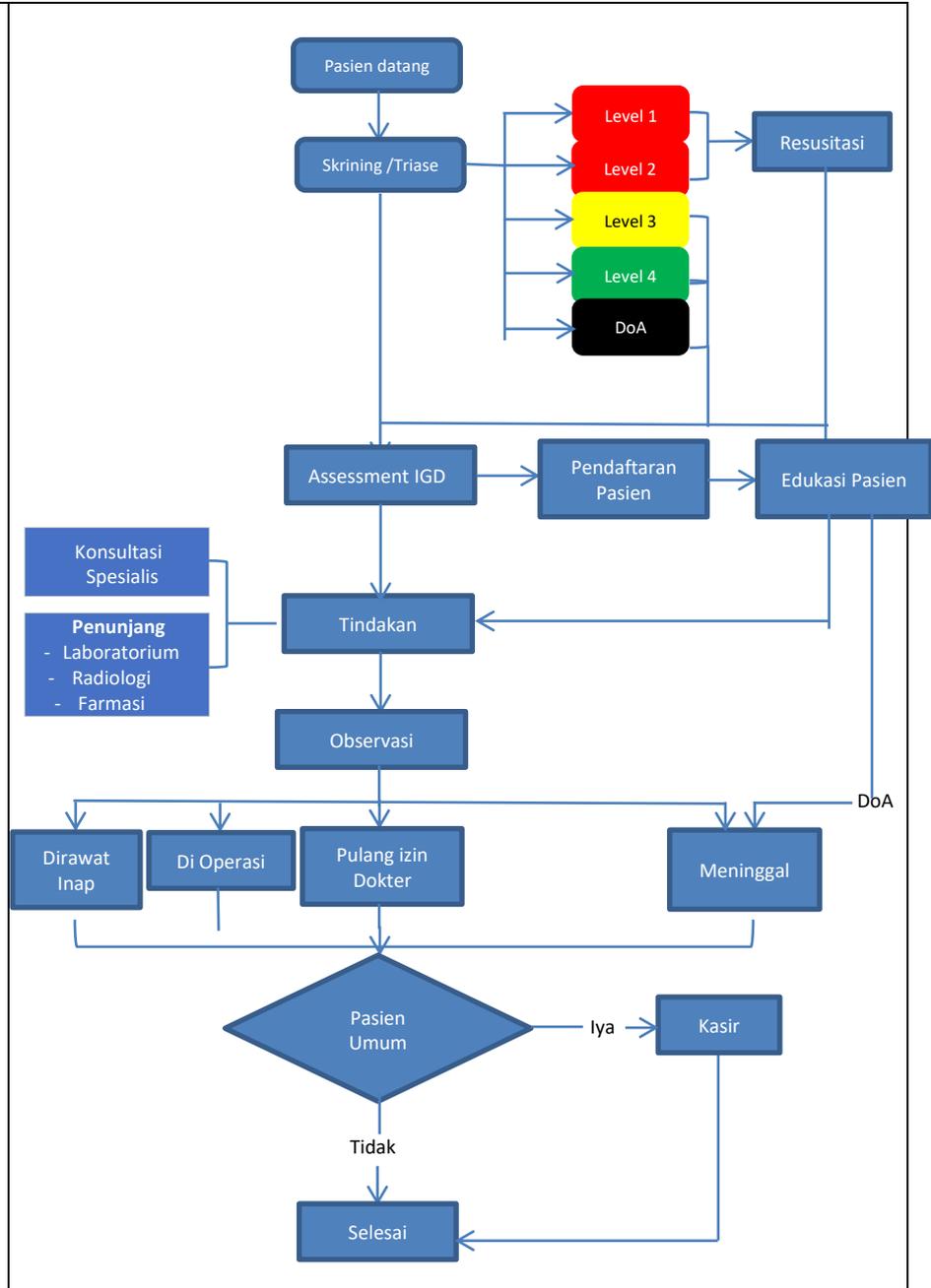
1. Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kabupaten Nias.
2. Kepala Cabang BPJS Kesehatan Gunungsitoli.
3. Pejabat Struktural lingkup RSUD dr. M. Thomsen Nias.
4. Kepala Instalasi/Ruangan/Koordinator Pelayanan dan Administrasi lingkup RSUD dr. M. Thomsen Nias.

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS
 NOMOR : 000.8.3.2/1226/UPT Dinkes/V/TAHUN 2024
 TANGGAL : 31 MEI 2024
 TENTANG : STANDAR PELAYANAN PUBLIK RSUD dr. M.
 THOMSEN NIAS

**STANDAR PELAYANAN PUBLIK
 RSUD dr. M. THOMSEN NIAS**

**1. STANDAR PELAYANAN DI INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD dr. M.
 THOMSEN NIAS**

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan Pelayanan	Layanan dengan kunjungan langsung : 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) 2. Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) 3. Pengguna layanan memiliki kartu BPJS/ Kartu jaminan asuransi pasien lainnya 4. Pengguna layanan membawa Surat rujukan dari FKTP (jika rujukan)
2	Prosedur Pelayanan	1. Pasien datang 2. Petugas Triase menerima pasien di depan IGD dengan cepat, tanggap dan tepat serta melakukan penilaian terhadap tingkat kegawatan dan memposisikan pasien sesuai area/level pasien 3. Dilakukan pemeriksaan pasien oleh dokter jaga dan petugas 4. Petugas melakukan tindakan 5. Pasien diobservasi 2 - 6 jam 6. Pendaftaran oleh keluarga/pengantar 7. Pemeriksaan penunjang (bila ada) 8. Pengambilan obat 9. Penyelesaian administrasi 10. Pasien pulang/Rawat Inap/Rujuk/Meninggal.



3 Jangka Waktu Pelayanan

Pengguna layanan akan dilayani maksimal ≤ 5 (lima) menit sejak pengguna layanan datang ke IGD

No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu
1	Triase	
	<i>Emergency Severity Index (ESI)</i> level 1	60-90 detik
	<i>Emergency Severity Index (ESI)</i> level 2	2-5 menit
	<i>Emergency Severity Index (ESI)</i> level 3	30 menit
	<i>Emergency Severity Index (ESI)</i> level 4	60 menit
	<i>Emergency Severity Index (ESI)</i> level 5	120 menit
2	Pemeriksaan fisik dan tindakan kegawatdaruratan	≤ 5 menit
3	Pendaftaran	15 menit
4	Pengisian file rekam medis oleh dokter	15 menit
5	Pengisian file rekam medis oleh perawat	10 menit

		6	Pemeriksaan penunjang	10 menit
		7	Observasi	2-6 jam
		8	Transfer pasien ke ruangan	30 menit
4	Biaya/Tarif	Info Tarif		
		No	Uraian	Tarif (Rp)
		1.	Kunjungan IGD	50.000
		2.	Ganti verban	27.500
		3.	Visum et Repertum umum	75.000
		4.	Visum et Repertum mayat	150.000
		5.	DC shock	150.000
		6.	Resusitasi Jantung Paru	100.000
		<p>1. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.</p> <p>2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya.</p>		
5	Produk layanan	Pelayanan pasien gawat darurat		
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>)</p> <p>2. Supervisor Keperawatan</p> <p>3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id</p> <p>4. Website : rsud.niaskab.go.id</p> <p>5. Instagram : @thomsennias</p> <p>6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias</p> <p>7. Kotak saran</p>		
MANUFACTURING				
7	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.</p> <p>3. Peraturan Pemerintah Nomor 50 Tahun 2012 tentang Penerapan Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja.</p> <p>4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 Tentang Pelayanan Kegawatdaruratan.</p> <p>7. Keputusan Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias Nomor 445/1943/K/RS/Tahun 2022 Tentang Panduan Triase di RSUD dr. M. Thomsen Nias.</p>		
8	Sarana dan Prasarana	<p>1. <i>Nurse station</i></p> <p>2. Depo farmasi</p> <p>3. Banner leaflet</p> <p>4. Alat kesehatan/pemeriksaan</p> <p>5. Toilet pasien dan keluarga</p> <p>6. CCTV</p> <p>7. Brankar</p> <p>8. Bed pasien</p> <p>9. Kursi roda</p> <p>10. Tabung oksigen</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> 11. Sound System 12. Kursi tunggu 13. Meja 14. AC 15. Komputer 16. Jaringan internet/intranet 17. Aplikasi pelayanan
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : S-1 Kedokteran 2. Dokter Umum : S-1 Kedokteran 3. Koordinator Pelayanan Keperawatan dan Administrasi : D-IV Keperawatan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan + Ners, D-IV Keperawatan, D-III Keperawatan, D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-1 Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter umum 14 orang terbagi dalam 3 shift, setiap shift masing-masing 2 dokter. <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB 2. Perawat/bidan 26 orang terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB (7 orang) b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB (7 orang) c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d.08.00 WIB (4 orang) 3. Petugas Administrasi 2 orang dan hanya satu shift dengan jam pelayanan 08.00 s.d. 15.15 WIB. 4. Tenaga kebersihan 4 orang terbagi dalam 2 shift, setiap shift masing-masing 2 orang. <ul style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB b. Shift sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB

12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Umum/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Umum/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke Rumah Sakit rujukan tingkat lanjut 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

2. STANDAR PELAYANAN DI INSTALASI RAWAT JALAN RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Layanan dengan kunjungan langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Rawat Jalan 2. Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) 3. Pengguna layanan memiliki kartu BPJS/ Kartu jaminan asuransi pasien lainnya 4. Pengguna layanan membawa Surat rujukan dari FKTP (jika rujukan) 5. Bagi pasien yang berobat ulang membawa kartu kontrol (pasien BPJS)
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sampai di Instalasi Rawat Jalan dilakukan skrining kondisi pasien oleh petugas (bila pasien tidak bisa berjalan tersedia kursi roda/brandcart). 2. Pasien/keluarga mengambil nomor antrian sekaligus menerima informasi dan edukasi dari petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan yang ada di Instalasi Rawat Jalan. 3. Bagi pasien prioritas (lansia, disabilitas, orang cedera, ibu hamil dan anak balita) diarahkan ke loket khusus prioritas. 4. Pasien menunggu panggilan antrian di ruang tunggu pendaftaran. 5. Pasien dipanggil sesuai antrian di pendaftaran rekam medik dan bagi pasien BPJS dilakukan sidik jari (kecuali anak di bawah umur 17 tahun). 6. Khusus pasien yang sudah mendaftar secara online di aplikasi mobile JKN, langsung menuju ke Pendaftaran dengan menunjukkan bukti pendaftaran secara online di aplikasi mobile JKN dan dilakukan sidik jari. 7. Pasien mendapatkan nomor antrian dari pendaftaran Rekam Medik untuk ke Poliklinik yang dituju. 8. Pasien menunggu panggilan antrian di ruang tunggu di Poliklinik yang dituju. 9. Pasien akan mendapatkan pelayanan keperawatan dan medis sesuai dengan poliklinik yang dituju. 10. Bila dibutuhkan pemeriksaan penunjang (laboratorium, radiologi, dan lain-lain) DPJP melakukan permintaan melalui aplikasi SIMRS. Pasien membawa nomor antrian menuju Instalasi Penunjang. 11. Pasien mengambil hasil pemeriksaan penunjang. 12. Setelah hasil pemeriksaan penunjang selesai maka pasien membawa ke poliklinik asal untuk diberikan kepada DPJP untuk menyimpulkan diagnosa dan memberikan terapi. 13. Berdasarkan advis dari DPJP, pasien mendapatkan tiga kemungkinan : <ol style="list-style-type: none"> a. Bila indikasi opname maka pasien akan mendapatkan surat pengantar rawat inap. b. Bila indikasi rujuk maka pasien akan

		<p>mendapatkan surat rujukan ke Rumah Sakit yang dituju.</p> <p>c. Bila indikasi rawat jalan, pasien mengambil obat di Instalasi Farmasi dengan membawa nomor antrian dan diberikan surat kontrol ulang atau surat rujuk balik ke FKTP (bila perlu).</p> <p>14. Untuk pasien BPJS pengambilan obat di Instalasi Farmasi RSUD dr. M. Thomsen Nias, pasien program rujuk balik (PRB) akan diarahkan ke apotek yang bekerjasama dengan BPJS dan pasien umum dapat membeli obat di apotik luar.</p>																					
3	Jangka waktu pelayanan	<p>Pengguna layanan akan dilayani ≤ 60 menit sejak pengguna layanan datang ke Instalasi Rawat Jalan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Pelayanan</th> <th>Jangka Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pemeriksaan Vital sign</td> <td>5-10 menit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pemeriksaan fisik</td> <td>10-15 menit</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Mengganti verban</td> <td>5-20 menit</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Pemeriksaan USG</td> <td>15-20 menit</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Konsultasi</td> <td>10-15 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu	1	Pemeriksaan Vital sign	5-10 menit	2	Pemeriksaan fisik	10-15 menit	3	Mengganti verban	5-20 menit	4	Pemeriksaan USG	15-20 menit	5	Konsultasi	10-15 menit			
No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu																					
1	Pemeriksaan Vital sign	5-10 menit																					
2	Pemeriksaan fisik	10-15 menit																					
3	Mengganti verban	5-20 menit																					
4	Pemeriksaan USG	15-20 menit																					
5	Konsultasi	10-15 menit																					
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Uraian</th> <th>Tarif (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kunjungan Dokter Spesialis</td> <td>75.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Mengganti verban</td> <td>27.500</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Pemeriksaan USG Kebidanan</td> <td>200.000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Ecocardiography</td> <td>400.000</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>EKG</td> <td>125.000</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Konsul antar bagian (pasien umum)</td> <td>40.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>1. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.</p> <p>2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya</p>	No	Uraian	Tarif (Rp)	1	Kunjungan Dokter Spesialis	75.000	2	Mengganti verban	27.500	3	Pemeriksaan USG Kebidanan	200.000	4	Ecocardiography	400.000	5	EKG	125.000	6	Konsul antar bagian (pasien umum)	40.000
No	Uraian	Tarif (Rp)																					
1	Kunjungan Dokter Spesialis	75.000																					
2	Mengganti verban	27.500																					
3	Pemeriksaan USG Kebidanan	200.000																					
4	Ecocardiography	400.000																					
5	EKG	125.000																					
6	Konsul antar bagian (pasien umum)	40.000																					
5	Produk layanan	<p>1. Pelayanan Poliklinik Penyakit Dalam</p> <p>2. Pelayanan Poliklinik Kebidanan dan Penyakit Kandungan</p> <p>3. Pelayanan Poliklinik Anak</p> <p>4. Pelayanan Poliklinik Bedah</p> <p>5. Pelayanan Poliklinik Saraf</p> <p>6. Pelayanan Poliklinik Mata</p> <p>7. Pelayanan Poliklinik Telinga, Hidung dan Tenggorokan (THT)</p> <p>8. Pelayanan Poliklinik Paru</p> <p>9. Pelayanan Poliklinik Jantung dan Pembuluh Darah</p> <p>10. Pelayanan Poliklinik Jiwa (Psikiatri)</p> <p>11. Pelayanan Poliklinik Gigi</p>																					
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>)</p> <p>2. Supervisor keperawatan</p> <p>3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id</p> <p>4. Website : rsud.niaskab.go.id</p> <p>5. Instagram : @thomsennias</p> <p>6. Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias</p> <p>7. Kotak saran</p>																					

MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien
8	Sarana Prasarana/ Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Poliklinik 2. Ruang Kepala Ruangan dan Admin 3. Ruang Perawat 4. <i>Nurse Station</i> 5. Ruang tunggu pasien 6. Pojok ASI 7. Area bermain anak 8. Sarana cuci tangan 9. Alat kesehatan 10. Komputer 11. Televisi 12. CCTV 13. AC 14. Dispenser 15. Banner 16. Kursi tunggu 17. Meja 18. Anjungan 19. Internet/intranet gratis
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum DIII kecuali tenaga medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Bedah 2. Koordinator Pelayanan Keperawatan dan Administrasi : D-III Keperawatan 3. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan + Ners, D-III Keperawatan, D-III Keperawatan Gigi, Refraksionis, dan D-III Kebidanan 4. Administrasi : D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting. 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik.

		3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis :19 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 2. Perawat :12 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 3. Bidan 7 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 4. Petugas administrasi : 1 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 5. Tenaga kebersihan : 2 orang. hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB.
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Umum/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya. 2. Dokter Spesialis/Dokter Umum/Dokter Gigi Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap. 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut. 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

3. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP TERPADU RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

A. STANDAR PELAYANAN RUANG AGLONEMA

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) 2. Pasien Umum : <p>Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)</p>
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Aglonema berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Aglonema oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aglonema. Petugas Ruang Aglonema menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan ruangan Aglonema. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan <i>general concent</i> (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Aglonema oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aglonema. Petugas Ruang Aglonema menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan.

		<ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Aglonema. Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien dari ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Aglonema oleh petugas ruangan sebelumnya. • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aglonema. Petugas Ruang Aglonema menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Aglonema. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10 dan 11 (47 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 3 khusus pasien dewasa. • Ruang 8 (5 bed) adalah ruang perawatan untuk pasien dewasa khusus <i>Immunocompromised</i>. <p>3. Setelah masuk di Ruang Aglonema, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi <p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p>
--	--	--

		<p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). Perlu dipindahkan ke ruangan lain. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. Meninggal. <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Serah terima pasien : 5-10 menit Edukasi dan orientasi ruangan : 10 menit <i>Informed concent</i> : 5-10 menit Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP
4	Biaya/Tarif	<p>Info Tarif Ruang Perawatan :</p> <p>Kelas III : 75.000</p> <ul style="list-style-type: none"> Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis, obat dan biaya pemeriksaan penunjang Pasien BPJS dan non register : tidak dipungut biaya Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum
5	Produk Layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas III
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) Supervisor keperawatan Email : rsudgusit@yahoo.co.id Website : rsud.niaskab.go.id Instagram : @thomsennias <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
8	Sarana dan Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> <i>Nurse station</i> Banner leaflet Alat kesehatan/pemeriksaan Toilet pasien & keluarga Brankar Bed pasien Kursi roda Tabung oksigen Kursi tunggu <i>Trolly emergensi</i> Meja

		<p>12. Komputer 13. Printer 14. Jaringan internet/intranet 15. Aplikasi pelayanan</p>
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Paru 2. Kepala Ruangan : D-IV Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-1 Keperawatan+Ners dan S-1 Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 16 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 5. Petugas Administrasi : 2 orang, 1 shift 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 6. Staf pelaksana : 20 orang, terbagi dalam 3 shift <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00–15.15 WIB setiap shift 6 orang b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB setiap shift 4 orang c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB setiap shift 4 orang 7. Tenaga kebersihan : 4 orang, terbagi dalam 2 shift : <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB setiap shift 2 orang b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB setiap shift 2 orang

12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus 3. Kami bersedia untuk menerima saksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

B. STANDAR PELAYANAN RUANG AKASIA

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat Eligibilitas Pasien) d. Hasil Pemeriksaan SHK (Skrining Hipotiroid Kongenital) 2. Pasien Umum : Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Akasia berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Akasia oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Akasia. Petugas Ruang Akasia menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Akasia. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter Jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan <i>general consent</i> (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Akasia oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Akasia. Petugas Ruang Akasia menerima dan

		<p>menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Akasia. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien dari ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Akasia • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Akasia. Petugas Ruang Akasia menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Akasia. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien:</p> <p>a. Ruang Akasia VIP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 2 s.d. 8 (7 bed) adalah ruang perawatan untuk pasien dewasa dan anak khusus kelas VIP. <p>b. Ruang Akasia RITN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 1 s.d. 12 (25 bed) adalah ruang perawatan untuk pasien dewasa dan anak dengan kasus Infeksius <i>Respiratory</i>. <p>3. Setelah masuk di Ruang Akasia, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian terapi obat. 2. Perawatan sesuai indikasi. 3. Pemeriksaan penunjang diagnostik. 4. Tindakan pembedahan/operasi. 5. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi.
--	--	--

		<p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. 2. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). 3. Perlu dipindahkan ke ruangan lain. 4. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. 5. Meninggal. <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>									
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serah terima pasien : 5 – 10 menit 2. Edukasi dan orientasi ruangan : ± 10 menit 3. <i>Informed consent</i> : 5 – 10 menit 4. Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien. 5. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP. 									
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 65%;">Ruang Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Tarif Per-hari (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>VIP</td> <td style="text-align: right;">300.000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Kelas III</td> <td style="text-align: right;">75.000</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya di atas belum termasuk Jasa Tindakan Medis, Obat dan Biaya Pemeriksaan Penunjang. 2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya. 3. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 Tentang Retribusi Jasa Umum 	No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)	1	VIP	300.000	4	Kelas III	75.000
No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)									
1	VIP	300.000									
4	Kelas III	75.000									
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas VIP dan Ruang Isolasi Tekanan Negatif (RITN) untuk pasien dengan kasus Infeksius <i>Respiratory</i> .									
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias 6. Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran 									
MANUFACTURING											
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 									
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien 2. Kursi penjaga pasien 3. CCTV 									

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Brankar 5. Kursi roda 6. Tabung oksigen 7. Meja 8. AC 9. Komputer 10. TV 11. Jaringan internet/intranet 12. Aplikasi pelayanan 13. Sarana cuci tangan 14. <i>Trolly emergency</i> 15. Alat kesehatan
9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> A. Uraian Kompetensi Pelaksana <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik Menguasai prosedur pelayanan 3. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 4. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 5. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 6. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 7. Bersikap ramah dan sopan B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi: Dokter Spesialis Paru 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Kebidanan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-1 Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 19 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. Staf Pelaksana : 19 orang terbagi dalam 3 shift : <ol style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, setiap shift 4-5 orang b. Shift sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB, setiap shift 4-5 orang c. Shift malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB, setiap shift 4 orang

		<p>6. Administrasi : 1 orang Shift Pagi Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB</p> <p>7. Tenaga kebersihan : 5 orang Shift Pagi Pukul 06.00 WIB s.d. 13.30 WIB Shift Sore Pukul 13.30 WIB s.d. 21.00 WIB</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya</p> <p>2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut.</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjamin</p> <p>2. Personil yang kompeten</p> <p>3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap.</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan</p> <p>2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan</p> <p>3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan</p> <p>4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali</p> <p>5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.</p>

C. STANDAR PELAYANAN RUANG ALAMANDA

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) 2. Pasien Umum : Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Alamanda berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Alamanda oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Alamanda. Petugas Ruang Alamanda menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Alamanda. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed consent (persetujuan/penolakan tindakan). b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan <i>general consent</i> (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Alamanda oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Alamanda. Petugas Ruang Alamanda menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan.

		<ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Alamanda. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien dari ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Alamanda • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Alamanda. Petugas Ruang Alamanda menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Alamanda. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang 1, 6, 7, 10 dan 11 (30 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 3. b. Ruang 2, 3, 8, dan 9 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 1. c. Ruang 4 dan 5 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 2. <p>3. Setelah masuk di Ruang Alamanda, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi. <p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh; b. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS);
--	--	--

		<p>c. Perlu dipindahkan ke ruangan lain; d. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain; dan e. Meninggal.</p> <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan.</p>												
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Serah terima pasien : 5 – 10 menit 2. Edukasi dan orientasi ruangan : ± 10 menit 3. <i>Informed consent</i> : 5 – 10 menit 4. Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien. 5. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP.</p>												
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 65%;">Ruang Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Tarif Per-hari (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Kelas I</td> <td style="text-align: right;">200.000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Kelas II</td> <td style="text-align: right;">150.000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Kelas III</td> <td style="text-align: right;">75.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis, obat dan biaya pemeriksaan penunjang. - Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya. - Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 Tentang Retribusi Jasa Umum</p>	No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)	1	Kelas I	200.000	2	Kelas II	150.000	3	Kelas III	75.000
No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)												
1	Kelas I	200.000												
2	Kelas II	150.000												
3	Kelas III	75.000												
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas 1, 2, dan 3.												
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran</p>												
MANUFACTURING														
7	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p>												
8	Sarana dan Prasarana	<p>1. Tempat tidur pasien 2. Kursi penjaga pasien 3. CCTV 4. Brankar 5. Kursi roda 6. Tabung oksigen 7. Meja 8. AC 9. Komputer 10. TV</p>												

		<ul style="list-style-type: none"> 11. Jaringan internet/intranet 12. Aplikasi pelayanan 13. Sarana cuci tangan 14. <i>Trolly emergency</i> 15. Alat kesehatan
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Paru 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-1 Keperawatan dan D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 18 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. Staf Pelaksana : 21 orang, terbagi dalam 3 shift : <ul style="list-style-type: none"> a. Shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, setiap shift 6-7 orang b. Shift sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB, setiap shift 4-5 orang c. Shift malam : Pukul 22.15 – 08.15 WIB, setiap shift 4 orang 6. Administrasi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 7. Tenaga kebersihan : 5 orang Shift Pagi : Pukul 06.00 WIB s.d. 13.30 WIB Shift Sore : Pukul 13.30 WIB s.d. 21.00 WIB

12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut. 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjaga 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan. 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap 3 bulan. 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan setiap semester. 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

D. STANDAR PELAYANAN RUANG ANGGREK

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) 2. Pasien Umum : Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Anggrek berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Anggrek oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Anggrek. Petugas Ruang Anggrek menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anggrek. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed consent (persetujuan/penolakan tindakan). b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan general consent (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Anggrek oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Anggrek. Petugas Ruang Anggrek menerima dan

		<p>menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anggrek. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed consent (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien pindahan ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Anggrek • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Anggrek. Petugas Ruang Anggrek menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anggrek. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed consent (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kamar 1, 2, 5, 6, 7 dan 8 (36 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 3 b. Kamar 3 dan 4 (4 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 1 c. Kamar 9 dan 10 (2 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas VIP d. Kamar 11 dan 12 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 2. <p>3. Setelah masuk di Ruang Anggrek, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi <p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p>
--	--	---

		<p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). Perlu dipindahkan ke ruangan lain. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. Meninggal. <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>															
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Serah terima pasien : 5 – 10 menit Edukasi dan orientasi ruangan : ± 10 menit <i>Informed consent</i> : 5 – 10 menit Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP. 															
4	Biaya/tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 65%;">Ruang Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Tarif Per-hari (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>VIP</td> <td style="text-align: right;">300.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kelas I</td> <td style="text-align: right;">200.000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kelas II</td> <td style="text-align: right;">150.000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kelas III</td> <td style="text-align: right;">75.000</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> Biaya di atas belum termasuk Jasa Tindakan Medis, Obat dan Biaya Pemeriksaan Penunjang. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 Tentang Retribusi Jasa Umum 	No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)	1	VIP	300.000	2	Kelas I	200.000	3	Kelas II	150.000	4	Kelas III	75.000
No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)															
1	VIP	300.000															
2	Kelas I	200.000															
3	Kelas II	150.000															
4	Kelas III	75.000															
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas VIP, 1, 2 dan 3.															
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat(UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) Supervisor keperawatan Email : rsudgusit@yahoo.co.id Website : rsud.niaskab.go.id Instagram: @thomsennias <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias Kotak saran 															
MANUFACTURING																	
7	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 															
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> Tempat tidur pasien Kursi penjaga pasien CCTV Brankar Kursi roda Tabung oksigen 															

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Meja 8. AC 9. Komputer 10. TV 11. Jaringan internet/intranet 12. Aplikasi pelayanan 13. Sarana cuci tangan 14. <i>Trolly emergency</i> 15. Alat kesehatan
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 4. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 5. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 6. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 7. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Paru 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : S-1 Keperawatan+Ners dan D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 16 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. Staf Pelaksana : 22 orang terbagi dalam 3 shift : <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, setiap shift 8-9 orang b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB, setiap shift 4-6 orang c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.15 WIB, setiap shift 4 orang 5. Administrasi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB

		<p>6. Tenaga kebersihan : 5 orang Shift Pagi : Pukul 06.00 WIB s.d. 13.30 WIB Shift Sore : Pukul 13.30 WIB s.d. 21.00 WIB</p>
12	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut. 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

E. STANDAR PELAYANAN RUANG ASTER

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) 2. Pasien Umum : Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Aster berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Aster oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aster. Petugas Ruang Aster menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Aster. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan general consent (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Aster oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aster. Petugas Ruang Aster menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan

		<p>edukasi serta mengorientasikan ruangan Aster.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien pindahan ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Aster • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Aster. Petugas Ruang Aster menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Aster. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang Aster VIP <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 1 s.d. 12 (12 bed) adalah ruang perawatan untuk pasien dewasa (kecuali kebidanan) dan anak khusus kelas VIP. b. Ruang Aster kelas 2 <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 13 s.d. 16 (16 bed) adalah ruang perawatan untuk pasien dewasa (kecuali kebidanan) khusus kelas 2. <p>3. Setelah masuk di Ruang Aster, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi <p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. b. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). c. Perlu dipindahkan ke ruangan lain.
--	--	---

		<p>d. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain.</p> <p>e. Meninggal.</p> <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>									
3	Jangka waktu pelayanan	<p>1. Serah terima pasien : 5 – 10 menit</p> <p>2. Edukasi dan orientasi ruangan : ± 10 menit</p> <p>3. <i>Informed consent</i> : 5 – 10 menit</p> <p>4. Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien.</p> <p>5. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP.</p>									
4	Biaya/tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 65%;">Ruang Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Tarif Per-hari (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>VIP</td> <td style="text-align: right;">300.000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Kelas II</td> <td style="text-align: right;">150.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>1. Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis, obat dan biaya Pemeriksaan Penunjang.</p> <p>2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya.</p> <p>3. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 Tentang Retribusi Jasa Umum</p>	No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)	1	VIP	300.000	2	Kelas II	150.000
No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)									
1	VIP	300.000									
2	Kelas II	150.000									
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas VIP dan Kelas 2									
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<p>1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>)</p> <p>2. Supervisor keperawatan</p> <p>3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id</p> <p>4. Website : rsud.niaskab.go.id</p> <p>5. Instagram: @thomsennias</p> <p>6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias</p> <p>7. Kotak saran</p>									
MANUFACTURING											
7	Dasar hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.</p> <p>3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p>									
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>1. Tempat tidur pasien</p> <p>2. Kursi penjaga pasien</p> <p>3. Brankar</p> <p>4. Kursi roda</p> <p>5. Tabung oksigen</p> <p>6. Meja</p> <p>7. AC</p> <p>8. Komputer</p> <p>9. TV</p> <p>10. Jaringan internet/intranet</p> <p>11. Aplikasi pelayanan</p> <p>12. <i>Trolley emergency</i></p> <p>13. Alat kesehatan</p>									

9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 4. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 5. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 6. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 7. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Paru 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : S-1 Keperawatan+Ners 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan 5. Administrasi : D-III Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 18 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB) 5. Staf Pelaksana : 12 orang terbagi dalam 3 shift : <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 – 15.15 WIB, setiap shift 6 orang b. Shift Sore : Pukul 15.15 – 22.15 WIB, setiap shift 3 orang c. Shift Malam : Pukul 22.15 – 08.15 WIB, setiap shift 2 orang 6. Administrasi : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 7. Tenaga kebersihan : 5 orang Shift Pagi : Pukul 06.00 WIB s.d 13.30 WIB Shift Sore : Pukul 13.30 WIB s.d 21.00 WIB
12	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut.

		<p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas melaksanakan pelayanan berdasarkan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan. 2. Kerahasiaan terjamin 3. Personil yang kompeten 4. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 5. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

**4. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PERAWATAN ANAK TERPADU RSUD
dr. M. THOMSEN NIAS**

A. STANDAR PELAYANAN RUANG ANYELIR

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	Pengguna layanan membawa : 1. Pasien BPJS : a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat Eligibilitas Pasien) 2. Pasien Umum : Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)
2	Prosedur Pelayanan	1. Pasien yang masuk ke Ruang Anyelir berasal dari: a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Anyelir oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Anyelir. Petugas Ruang Anyelir menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anyelir. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter Jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan general concent (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Anyelir oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar

		<p>ruangan kepada petugas Ruang Anyelir. Petugas Ruang Anyelir menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anyelir. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed concent (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien dari ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Anyelir • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Anyelir. Petugas Ruang Anyelir menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Anyelir. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan informed concent (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien:</p> <p>a. Tim 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 1 dan 2 (17 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 3 khusus pasien Anak. • Ruang Isolasi (2 bed) adalah ruang perawatan khusus penyakit menular. <p>b. Tim 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kamar 3 dan 4 (12 box) adalah ruang perawatan untuk kelas 3 khusus pasien Anak. • Kamar 5, 9 dan 10 (3 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas VIP pasien anak. • Kamar 7 dan 8 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 2. <p>3. Setelah masuk di Ruang Anyelir, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi <ol style="list-style-type: none"> 4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan. 5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. b. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). c. Perlu dipindahkan ke ruangan lain. d. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. e. Meninggal. 6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan rumah sakit. 															
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serah terima pasien : 5 – 10 menit 2. Edukasi dan orientasi ruangan : ± 10 menit 3. <i>Informed consent</i> : 5 – 10 menit 4. Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien. 5. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP. 															
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">No</th> <th style="width: 65%;">Ruang Perawatan</th> <th style="width: 30%;">Tarif Per-hari (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>VIP</td> <td style="text-align: right;">300.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kelas I</td> <td style="text-align: right;">200.000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Kelas II</td> <td style="text-align: right;">150.000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Kelas III</td> <td style="text-align: right;">75.000</td> </tr> </tbody> </table> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya di atas belum termasuk Jasa Tindakan Medis, Obat dan Biaya Pemeriksaan Penunjang. 2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya. 3. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 Tentang Retribusi Jasa Umum 	No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)	1	VIP	300.000	2	Kelas I	200.000	3	Kelas II	150.000	4	Kelas III	75.000
No	Ruang Perawatan	Tarif Per-hari (Rp)															
1	VIP	300.000															
2	Kelas I	200.000															
3	Kelas II	150.000															
4	Kelas III	75.000															
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap khusus anak kelas VIP, 1, 2 dan 3.															
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran 															
MANUFACTURING																	
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 															

		<p>3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p>
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien 2. Kursi penjaga pasien 3. Brankar 4. Kursi roda 5. Tabung oksigen 6. Meja 7. AC 8. Komputer 9. TV 10. Jaringan internet/intranet 11. Aplikasi pelayanan 12. Trolley emergency 13. Alat kesehatan
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi Tenaga Kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Anak 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : S-I Keperawatan+Ners dan D-III Keperawatan 4. Perawat Pelaksana : S-I Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-I Keperawatan+Ners dan D-III Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis Anak : 21 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Dokter Gigi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB

		<p>5. Staf Pelaksana : 26 orang terbagi dalam 3 shift :</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, setiap shift 7-8 orang</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB, setiap shift 5-6 orang</p> <p>c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.15 WIB, setiap shift 5-6 orang</p> <p>6. Administrasi : 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB</p> <p>7. Tenaga kebersihan : 5 orang Shift Pagi Pukul 06.00 WIB s.d. 13.30 WIB Shift Sore Pukul 13.30 WIB s.d. 21.00 WIB</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya</p> <p>2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut.</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan Pelayanan	<p>1. Petugas melaksanakan pelayanan berdasarkan standar mutu dan keselamatan pasien yang telah ditetapkan.</p> <p>2. Kerahasiaan terjamin</p> <p>3. Personil yang kompeten</p> <p>4. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>5. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan</p> <p>2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan</p> <p>3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan</p> <p>4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali</p> <p>5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun</p>

B. STANDAR PELAYANAN RUANG PERINATOLOGI

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pengguna layanan (orang tua/keluarga) membawa :</p> <p>a. Pasien BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP/KK orang tua • Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat/Dokter Instalasi Rawat Jalan/Dokter Kamar Bersalin/Dokter Instalasi Bedah Sentral/Dokter Ruang Azalea ke ruang Perinatologi • SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) • Surat Keterangan Lahir (bila bayi lahir di luar RSUD dr. M. Thomsen Nias) • Hasil pemeriksaan SHK (Skrining Hipotiroid Kongenital) <p>b. Pasien Umum</p> <ul style="list-style-type: none"> • KTP/KK orang tua
2	Prosedur pelayanan	<p>1. Pasien yang masuk ke Ruang Perinatologi berasal dari:</p> <p>a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas mendaftarkan pasien rawat inap di pendaftaran untuk mendapatkan nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Perinatologi oleh petugas Instalasi Rawat Jalan • Perawat melakukan serah terima dengan petugas Instalasi Rawat Jalan disertai lembar transfer antar ruang dan petugas ruangan tandatangan serah terima. • Petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan Ruang Perinatologi. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. <p>b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap • Petugas memberikan <i>general concent</i> (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Perinatologi oleh petugas IGD. • Perawat melakukan serah terima dengan petugas IGD disertai lembar transfer antar ruang. • Petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan Ruang Perinatologi. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi.

		<p>c. Pasien dari Kamar Bersalin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP Anak untuk dilakukan rawat inap di Perinatologi. • Keluarga pasien mendaftar di pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap • Pasien setelah stabil dipindahkan ke Ruang Perinatologi. • Petugas ruangan memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan Ruangan Perinatologi. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. <p>d. Pasien dari Instalasi Bedah Sentral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP Anak untuk dilakukan rawat inap di Perinatologi. • Keluarga pasien mendaftar di pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap • Pasien setelah stabil dipindahkan ke Ruang Perinatologi. • Petugas ruangan memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan Ruangan Perinatologi. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. <p>e. Pasien dari Ruang Azalea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP Anak untuk dilakukan rawat inap di Perinatologi. • Keluarga pasien mendaftar di pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap • Pasien ditransfer ke Ruang Perinatologi oleh petugas Ruang Azalea. • Perawat melakukan serah terima dengan petugas Ruang Azalea disertai lembar transfer antar ruang dan petugas ruangan tandatangan serah terima. • Petugas ruangan memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan Ruangan Perinatologi. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. <p>2. Kriteria penempatan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Level 1 dan 2 a (30 box) adalah perawatan untuk kelas 3 khusus bayi. b. Level 2 b (3 inkubator) adalah perawatan untuk kelas 3 khusus bayi c. Level 3 (3 inkubator) adalah perawatan untuk kelas 3 khusus bayi. <p>3. Setelah masuk di Ruang Perinatologi, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi
--	--	---

		<p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). Perlu dipindahkan ke ruangan lain. Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. Meninggal. <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>												
3	Jangka waktu pelayanan	<p>Ruang Perinatologi memberikan pelayanan selama 24 jam.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Nama Tindakan</th> <th>Jangka Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Serah terima pasien dari Instalasi Rawat Jalan, IGD, Kamar Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Azalea</td> <td>5-10 menit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Orientasi ruangan, asesmen/edukasi ulang</td> <td>5-15 menit</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Tindakan pelayanan sesuai indikasi : <ul style="list-style-type: none"> - Resusitasi bayi - Pasang kateter umbilikal - Pasang OGT - Terapi sinar - Memandikan/rawat tali pusar </td> <td>15-30 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No	Nama Tindakan	Jangka Waktu	1	Serah terima pasien dari Instalasi Rawat Jalan, IGD, Kamar Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Azalea	5-10 menit	2	Orientasi ruangan, asesmen/edukasi ulang	5-15 menit	3	Tindakan pelayanan sesuai indikasi : <ul style="list-style-type: none"> - Resusitasi bayi - Pasang kateter umbilikal - Pasang OGT - Terapi sinar - Memandikan/rawat tali pusar 	15-30 menit
No	Nama Tindakan	Jangka Waktu												
1	Serah terima pasien dari Instalasi Rawat Jalan, IGD, Kamar Bersalin, Instalasi Bedah Sentral, Azalea	5-10 menit												
2	Orientasi ruangan, asesmen/edukasi ulang	5-15 menit												
3	Tindakan pelayanan sesuai indikasi : <ul style="list-style-type: none"> - Resusitasi bayi - Pasang kateter umbilikal - Pasang OGT - Terapi sinar - Memandikan/rawat tali pusar 	15-30 menit												
4	Biaya/tarif	<p>Info Tarif :</p> <p>Perinatologi : Rp. 100.000,-</p> <ul style="list-style-type: none"> - Biaya diatas belum termasuk Jasa Tindakan Medis, Obat dan Biaya Pemeriksaan Penunjang. - Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabuten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang retribusi Jasa Umum. - Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya 												
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap khusus bayi sakit usia 0-28 hari.												
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) Supervisor keperawatan Email : rsudgusit@yahoo.co.id Website : rsud.niaskab.go.id Instagram: @thomsennias Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias Kotak saran 												
MANUFACTURING														
7	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 												

		<p>3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 53 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial.</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p>
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang laktasi 2. Sarana cuci tangan 3. Toilet pasien & keluarga 4. CCTV 5. Brankar 6. Bed pasien 7. Kursi roda 8. Tabung oksigen 9. Kursi tunggu 10. Meja 11. AC 12. Komputer 13. Jaringan internet/intranet 14. Aplikasi pelayanan 15. <i>Trolley Emergency</i> 16. Alat kesehatan 17. TV
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Anak 2. Kepala Ruangan : D III Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana : D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis : 7 orang 2. Perawat : 27 orang terbagi dalam 3 shif <ol style="list-style-type: none"> a. Shif Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 setiap shif 7 orang

		<p>b. Shif Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 setiap shif 5 orang</p> <p>c. Shif Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 setiap shif 5 orang</p> <p>3. Tenaga Administrasi Ruangan : 1 orang Shif pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 Wib</p> <p>4. Tenaga Kebersihan/<i>Cleaning Service</i> 3 orang terbagi dalam 2 shif</p> <p>a. Shif pagi 2 orang : Pukul 06.00 s.d. 14.00 Wib</p> <p>b. Shif sore 1 orang : Pukul 14.00 s.d. 21.00 Wib</p>
12	Jaminan pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Anak/Dokter Umum/Perawat/Bidan sesuai dengan kompetensinya.</p> <p>2. Dokter Spesialis/Dokter Umum/Perawat/Bidan melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap.</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit tingkat lanjut.</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun.</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan.</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus.</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjamin</p> <p>2. Personil yang kompeten</p> <p>3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan</p> <p>2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan</p> <p>3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan</p> <p>4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali</p> <p>5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.</p>

**5. PELAYANAN INSTALASI KEBIDANAN DAN PENYAKIT KANDUNGAN RSUD
dr. M. THOMSEN NIAS**

A. STANDAR PELAYANAN RUANG KAMAR BERSALIN

SERVICE DELIVERY														
1	Persyaratan Pelayanan	Layanan dengan cara kunjungan langsung : 1. Pengguna layanan berkunjung ke Ruang Kamar Bersalin 2. Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) 3. Pengguna layanan memiliki kartu BPJS/Kartu jaminan asuransi pasien lainnya 4. Pengguna layanan membawa Surat rujukan dari FKTP (jika rujukan)												
2	Prosedur pelayanan	1. Pasien tiba di ruang kamar bersalin 2. Petugas melakukan <i>anamnese</i> dan pemeriksaan fisik kepada pasien sesuai dengan keluhan. 3. Hasil pemeriksaan disampaikan kepada pasien dan keluarga. 4. Petugas melaporkan pasien baru kepada DPJP. 5. Pendaftaran oleh keluarga/pengantar. 6. Observasi atau pemberian tindakan (bila ada). 7. Pemeriksaan penunjang 8. Pengambilan obat 9. Pasien pindah ruang rawat inap/kamar operasi/ICU.												
3	Jangka waktu pelayanan	Pengguna layanan akan dilayani maksimal ≤ 5 (lima) menit sejak pengguna layanan datang ke Ruang Kamar Bersalin.												
4	Biaya/Tarif	Info tarif : 1. Biaya tarif pelayanan pasien umum : <table border="1" data-bbox="603 1385 1437 1532"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Tindakan</th> <th>Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Persalinan (Partus)</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>a. Spontan Fisiologis</td> <td>350.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b. Spontan Patologis</td> <td>500.000</td> </tr> </tbody> </table> 2. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum. 3. Pasien BPJS dan Non Register : Tidak dipungut biaya	No	Jenis Tindakan	Tarif	1.	Persalinan (Partus)			a. Spontan Fisiologis	350.000		b. Spontan Patologis	500.000
No	Jenis Tindakan	Tarif												
1.	Persalinan (Partus)													
	a. Spontan Fisiologis	350.000												
	b. Spontan Patologis	500.000												
5	Produk layanan	Pelayanan pasien bersalin dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal												
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias 6. Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran												
MANUFACTURING														
7	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.												

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 640/Menkes/SK/VII/2008 tentang Pedoman Pelayanan Maternal Perinatal Pada Rumah Sakit Umum Kelas B, C dan Kelas D. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/SK/XI/2008 tentang Pedoman Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif (PONEK) 24 Jam di Rumah Sakit. 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 230 Tahun 2010 tentang Rawat Gabung Ibu dan Bayi.
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nurse Station</i> 2. Alat Kesehatan/pemeriksaan 3. <i>Trolley emergency</i> 4. Alat elektronik dan Alat rumah tangga 5. Toilet pasien 6. Brankar 7. Bed ginekologi/bed pasien 8. Kursi roda 9. Tabung oksigen 10. Kursi tunggu 11. Meja 12. Jaringan internet/intranet
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik. 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa; dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Obgyn • Kepala Ruangan : D-III Kebidanan • Staf Pelaksana : D-IV Kebidanan, D-III Kebidanan dan D-III Keperawatan • Administrasi : D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan

		secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Obgyn : 2 orang (Dokter jaga obgyn <i>on call</i> 24 jam) 2. Dokter Spesialis Anestesiologi : 2 orang (Dokter jaga Anestesiologi <i>on call</i> 24 jam) 3. Dokter umum : 14 orang terbagi dalam 3 shift, setiap shift masing-masing 2 dokter. <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB • Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB • Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB 4. Bidan : 26 orang terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 6-7 orang. • Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB setiap shift 5-6 orang. • Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB setiap shift 4-5 orang. 5. Petugas Administrasi : 1 orang di shift pagi pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 6. Tenaga Kebersihan : 4 orang terbagi dalam 2 shift setiap shift 2 orang. <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB • Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Obgyn/Dokter Umum/Bidan sesuai dengan kompetensinya. 2. Dokter Spesialis/Dokter Umum/Bidan melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap. 3. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun

B. STANDAR PELAYANAN RUANG AZALEA

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pengguna layanan membawa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat atau Dokter Instalasi Rawat Jalan ke ruangan rawat inap b. Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) c. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) d. Hasil Pemeriksaan SHK (Skrining Hipotiroid Kongenital) 2. Pasien Umum : <p>Kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK)</p>
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Ruang Azalea berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Surat pengantar DPJP untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Instalasi Rawat Jalan mendaftarkan pasien di Pendaftaran untuk mendapat nomor register rawat inap. • Pasien ditransfer ke Ruang Azalea oleh petugas Instalasi Rawat Jalan. • Petugas Instalasi Rawat Jalan melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Azalea. Petugas Ruang Azalea menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan tindakan) tentang perawatan serta mengorientasikan ruangan Azalea. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. b. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD. • Surat pengantar Dokter jaga IGD untuk dilakukan rawat inap. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit memberikan <i>general concent</i> (persetujuan umum). • Pasien ditransfer ke Ruang Azalea oleh petugas IGD. • Petugas IGD melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Azalea. Petugas Ruang Azalea menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Azalea.

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>c. Pasien dari ruang lain.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Advis DPJP sesuai dengan kasusnya atau permintaan pasien (pasien umum) atau meminta untuk naik kelas perawatan dari hak kelasnya ke kelas di atasnya (pasien BPJS). • Dalam keadaan tertentu, perpindahan pasien dapat dilakukan sesuai dengan SPO yang berlaku. • Pasien ditransfer ke Ruang Azalea oleh petugas ruangan sebelumnya. • Petugas ruangan sebelumnya melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Ruang Azalea. Petugas Ruang Azalea menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan ruangan Azalea. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan medis tertentu, DPJP memberikan <i>informed consent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria penempatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kamar 1, 2 dan 3 (36 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 3. b. Kamar 4, 5, 10 dan 11 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 2. c. Kamar 6, 7, 8 dan 9 (8 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas 1. d. Kamar 12 dan 13 (2 bed) adalah ruang perawatan untuk kelas VIP. <p>3. Setelah masuk ke Ruang Azalea, maka pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat b. Perawatan sesuai indikasi c. Pemeriksaan penunjang diagnostik d. Tindakan pembedahan/operasi e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi. <p>4. Selama dalam perawatan pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p> <p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien keluar rumah sakit membaik/sembuh. b. Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS)
--	--	--

		<p>c. Perlu dipindahkan ke ruangan lain d. Perlu dilakukan rujukan ke Rumah Sakit lain e. Meninggal</p> <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>															
3	Jangka waktu pelayanan	<p>1. Serah terima pasien : 5-10 menit 2. Edukasi dan orientasi ruangan : 10 menit 3. <i>Informed concent</i> : 5-10 menit 4. Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien : sesuai dengan kondisi pasien 5. Lama hari perawatan pasien : sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP</p>															
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Ruang Perawatan :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Uraian</th> <th>Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kelas VIP</td> <td style="text-align: right;">300.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kelas I</td> <td style="text-align: right;">200.000</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kelas II</td> <td style="text-align: right;">150.000</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kelas III</td> <td style="text-align: right;">75.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis, obat dan biaya pemeriksaan penunjang - Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum - Pasien BPJS dan non register : Tidak dipungut biaya</p>	No.	Uraian	Tarif	1.	Kelas VIP	300.000	2.	Kelas I	200.000	3.	Kelas II	150.000	4.	Kelas III	75.000
No.	Uraian	Tarif															
1.	Kelas VIP	300.000															
2.	Kelas I	200.000															
3.	Kelas II	150.000															
4.	Kelas III	75.000															
5	Produk layanan	Pelayanan pasien rawat inap kelas VIP, 1, 2 dan 3 khusus Kebidanan dan Penyakit Kandungan.															
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<p>1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran</p>															
MANUFACTURING																	
7	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p>															
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<p>1. <i>Nurse station</i> 2. Banner leaflet 3. Alat kesehatan/pemeriksaan 4. Toilet pasien & keluarga 5. CCTV 6. Brankar 7. Bed pasien 8. Kursi roda</p>															

		<ul style="list-style-type: none"> 9. Tabung oksigen 10. Kursi tunggu 11. Meja 12. AC 13. Komputer 14. Jaringan internet/intranet 15. Aplikasi pelayanan
9	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> A. Uraian Kompetensi Pelaksana <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 4. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 5. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 6. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 7. Bersikap ramah dan sopan B. Kualifikasi Tenaga Kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi : <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Obgyn 2. Kepala Ruangan : D-III Kebidanan 3. Ketua Tim : D-III Kebidanan 4. Staf Pelaksana : S-1 Kebidanan, D-IV Kebidanan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Rawat Inap Terpadu : 1 orang, 1 shift Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 19 orang, 1 shift Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Petugas Administrasi : 2 orang, 1 shift 2 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. Staf pelaksana : 39 orang, terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 12 orang b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB setiap shift 6 orang c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB setiap shift 6 orang 6. Tenaga kebersihan : 4 orang, terbagi dalam 2 shift : <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB setiap shift 2 orang

		b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB setiap shift 2 orang
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis/Dokter Gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut. 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus 3. Kami bersedia untuk menerima saksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

6. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PERAWATAN INTENSIF RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS : <ol style="list-style-type: none"> a. Surat rujukan pasien dari Dokter Instalasi Gawat Darurat ke Ruang Perawatan Intensif. b. Persetujuan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Instalasi Perawatan Intensif yang tertuang dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dalam bentuk Tulis Baca Konfirmasi (TBAK). c. KTP/KK d. SEP (Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien) 2. Pasien Umum : <ol style="list-style-type: none"> a. Persetujuan Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) Instalasi Perawatan Intensif yang tertuang dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) dalam bentuk Tulis Baca Konfirmasi (TBAK). b. KTP/KK
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang masuk ke Instalasi Perawatan Intensif berasal dari: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Instalasi Gawat Darurat (IGD)/Kamar Bersalin <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang sendiri atau rujukan masuk melalui IGD/Kamar Bersalin. • Pasien mendapatkan penanganan awal di IGD/Kamar Bersalin. • Dokter Jaga IGD/petugas Kamar Bersalin melapor kepada DPJP. • DPJP memberikan instruksi agar pasien masuk ruang Instalasi Perawatan Intensif. • DPJP/Dokter Jaga IGD/petugas Kamar Bersalin melapor kepada DPJP Instalasi Perawatan Intensif. • Petugas Unit Edukasi dan Promosi Rumah Sakit memberikan general concent (persetujuan umum). • Petugas IGD/Kamar Bersalin menginformasikan kepada petugas Instalasi Perawatan Intensif bahwa ada pasien akan di transfer ke ruang Instalasi Perawatan Intensif. • Pasien ditransfer ke Instalasi Perawatan Intensif oleh petugas IGD/Kamar Bersalin. • Petugas IGD/Kamar Bersalin melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Instalasi Perawatan Intensif. Petugas Instalasi Perawatan Intensif menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan Instalasi Perawatan Intensif.

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan keperawatan dan medis tertentu, petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>b. Pasien dari Ruang Rawat Inap dan Instalasi Bedah Sentral</p> <ul style="list-style-type: none"> • DPJP memberikan instruksi agar pasien masuk ruang perawatan intensif. • DPJP/petugas ruangan melapor kepada DPJP Instalasi Perawatan Intensif. • Petugas ruangan menginformasikan kepada petugas Instalasi Perawatan Intensif bahwa ada pasien akan di transfer ke ruang Instalasi Perawatan Intensif. • Pasien ditransfer ke Ruang Instalasi Perawatan Intensif oleh petugas ruangan sebelumnya. • Perawat melakukan serah terima dengan petugas ruangan sebelumnya disertai lembar transfer antar ruang. Petugas IGD/Kamar Bersalin melakukan serah terima pasien dengan menandatangani dan menyerahkan lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan kepada petugas Instalasi Perawatan Intensif. Petugas Instalasi Perawatan Intensif menerima dan menandatangani lembar formulir serah terima/pindah antar ruangan. • Petugas ruangan memberikan informasi dan edukasi serta mengorientasikan Instalasi Perawatan Intensif. • Pasien mendapatkan tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi. Khusus untuk tindakan keperawatan dan medis tertentu, petugas ruangan memberikan <i>informed concent</i> (persetujuan/penolakan tindakan). <p>2. Kriteria Penempatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bed 1 s.d. 14 adalah bed perawatan pasien dewasa dan anak. b. Bed 15 s.d. 17 adalah bed perawatan pasien isolasi dewasa dan anak. <p>3. Setelah masuk di Instalasi Perawatan Intensif, pasien akan mendapatkan perawatan dan penanganan sesuai dengan indikasi dan program terapi.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian terapi obat. b. Perawatan sesuai indikasi. c. Pemeriksaan penunjang diagnostik. d. Tindakan pembedahan/operasi. e. Tindakan-tindakan spesifik sesuai indikasi. <p>4. Selama dalam perawatan, pasien akan dievaluasi perkembangan kondisinya dan respon terhadap penanganan yang telah dilakukan.</p>
--	--	--

		<p>5. Berdasarkan evaluasi perkembangan akan diperoleh kemungkinan:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dipindahkan ke ruang rawat inap (petugas ruangan menjemput pasien dari ruang perawatan intensif). Pulang Atas Permintaan Sendiri (PAPS). Perlu dilakukan rujukan ke rumah sakit lain. Meninggal. <p>6. Seluruh kondisi di atas akan dilaksanakan penanganan sesuai dengan standar prosedur operasional yang sudah ditetapkan rumah sakit.</p>																		
3	Jangka Waktu Pelayanan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Pelayanan</th> <th>Jangka Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Serah terima pasien</td> <td>5-10 menit</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Edukasi dan Orientasi ruangan</td> <td>10 menit</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td><i>Informed consent</i></td> <td>5-10 menit</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien</td> <td>Sesuai dengan kondisi pasien</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Lama hari perawatan pasien</td> <td>Sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu	1.	Serah terima pasien	5-10 menit	2.	Edukasi dan Orientasi ruangan	10 menit	3.	<i>Informed consent</i>	5-10 menit	4.	Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien	Sesuai dengan kondisi pasien	5.	Lama hari perawatan pasien	Sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP
No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu																		
1.	Serah terima pasien	5-10 menit																		
2.	Edukasi dan Orientasi ruangan	10 menit																		
3.	<i>Informed consent</i>	5-10 menit																		
4.	Tindakan keperawatan dan medis sesuai dengan indikasi pasien	Sesuai dengan kondisi pasien																		
5.	Lama hari perawatan pasien	Sesuai dengan kondisi pasien dan advis DPJP																		
4	Biaya/Tarif	<p>Info Tarif Ruang Perawatan : Kelas III : Rp. 450.000</p> <ul style="list-style-type: none"> Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis, obat dan biaya pemeriksaan penunjang. Pasien BPJS dan non register : tidak dipungut biaya. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum. 																		
5	Produk layanan	Pelayanan Perawatan Intensif																		
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) Supervisor Keperawatan Email : rsudgusit@yahoo.co.id Website : rsud.niaskab.go.id Instagram : @thomsennias <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias Kotak saran 																		
MANUFACTURING																				
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan <i>Intensif Care Unit (ICU)</i> di Rumah Sakit. 																		

8	Sarana dan Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nurse Station</i> 2. Tempat tidur pasien 3. Alat kesehatan 4. Sarana cuci tangan 5. <i>Trolly emergency</i> 6. AC 7. Komputer 8. Jaringan internet 9. Brankar 10. Kursi roda
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Koptensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami perundang- rundangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistic yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan system pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter spesialis anestesi 2. Koordinator Pelayanan Keperawatan danAdministrasi : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana : S-I Keperawatan+Ners, D-IV Keperawatan dan D-III Keperawatan 5. Administrasi : D-III Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Perawatan Intensif : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis : 20 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 3. Kepala Ruangan : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Staf Pelaksana : 17 orang, terbagi dalam 3 shift : Shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, setiap shift 6 orang Shift sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB, setiap shift 4 orang Shift malam : Pukul 22.15 s.d. 08.15 WIB, setiap shift 3 orang 5. Petugas administrasi : 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB

		<p>6. Tenaga kebersihan : 3 orang Shift Pagi : Pukul 06.00 WIB s.d. 13.30 WIB, setiap shift 2 orang Shift Sore : Pukul 13.30 WIB s.d. 21.00 WIB, setiap shift 1 orang.</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis sesuai dengan kompetensinya 2. Dokter Spesialis melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut. 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.</p>
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman kepada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.</p>

7. STANDAR PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY											
1	Persyaratan	<p>Pasien dilakukan tindakan operasi di ruang operasi dan petugas menyiapkan dan memeriksa kelengkapan dokumen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir Rencana Operasi Dari Ruangan (RM 32) 2. Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran (RM 28) 									
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) merencanakan pasien untuk dilakukan tindakan operasi. Petugas ruangan menginformasikan kepada admin Instalasi Bedah Sentral terkait pasien-pasien yang akan dilakukan operasi baik elektif maupun cito. 2. Petugas ruangan melakukan serah terima pasien operasi dengan petugas administrasi Ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) di ruang penerimaan pasien. 3. Petugas administrasi Ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) melaksanakan Cek List Serah Terima Pasien Pre dan Post Operasi bersama dengan perawat ruangan. 4. Dokter Spesialis Anestesi, perawat Anestesi dan Bedah melakukan <i>sign in</i> kepada pasien. 5. Perawat Anestesi membawa pasien dalam ruang kamar operasi dan melakukan persiapan pelaksanaan prosedur pembiusan. 6. Perawat bedah melakukan persiapan tindakan operasi, desinfeksi pada area/lokasi operasi, memasang draping dan melaksanakan <i>time out</i> yang dipimpin oleh DPJP. 7. Tindakan operasi dipimpin oleh DPJP, Dokter Spesialis Anestesi bersama Tim Perawat Bedah dan Anestesi. 8. Sebelum dilakukan penutupan luka operasi maka dilaksanakan <i>sign out</i> dipimpin oleh DPJP. 9. Setelah selesai tindakan operasi, perawat anestesi memindahkan pasien ke ruang pemulihan (<i>Recovery Room/RR</i>). 									
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan tindakan operasi elektif dilayani ≤ 2 hari, sedangkan pasien tindakan operasi <i>emergensi</i> dilayani segera setelah ada laporan rencana operasi yang disampaikan oleh ruang pengirim. 2. Serah terima pasien : 5-10 menit 3. Persiapan alat instrumen bedah dan kain linen operasi pada tindakan operasi elektif: 5-10 menit, sedangkan pada tindakan operasi <i>emergensi</i> segera disiapkan. 4. Tindakan operasi sesuai dengan indikasi pasien dan tingkat kesulitan tindakan yang akan dilaksanakan 									
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif Tindakan Operasi :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">No.</th> <th style="width: 60%;">Uraian</th> <th style="width: 30%;">Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Appendiktomi Akut</td> <td style="text-align: right;">2.000.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Seksio Sesarea</td> <td style="text-align: right;">2.500.000</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Uraian	Tarif	1.	Appendiktomi Akut	2.000.000	2.	Seksio Sesarea	2.500.000
No.	Uraian	Tarif									
1.	Appendiktomi Akut	2.000.000									
2.	Seksio Sesarea	2.500.000									

		<ul style="list-style-type: none"> - Biaya di atas belum termasuk jasa tindakan medis lainnya, obat dan biaya pemeriksaan penunjang - Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum - Pasien BPJS dan Non Register : Tidak dipungut biaya
5	Produk layanan	Pelayanan pembedahan/pelayanan operasi medis
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nurse Station</i> 2. Meja Operasi 3. Suction pump 4. Lemari obat 5. Meja Mayo 6. Branchard 7. Tromol Kasa 8. Spuit 9. Toilet pasien & keluarga 10. Kursi Tunggu 11. AC 12. CCTV 13. Komputer 14. Jaringan internet/intranet 15. Aplikasi pelayanan
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi Tenaga Kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Obgyn 2. Koordinator Pelayanan Keperawatan dan Administrasi : D-III Keperawatan

		<p>3. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan</p> <p>4. Administrasi : S-1 Keperawatan</p>
10	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting</p> <p>2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik</p> <p>3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.</p>
11	Jumlah pelaksana	<p>1. Kepala Instalasi Bedah Sentral : 1 orang, 1 shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB</p> <p>2. Dokter Spesialis Bedah : 10 orang (24 jam)</p> <p>3. Koordinator Pelayanan Keperawatan dan Administrasi : 1 orang, 1 shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB</p> <p>4. Petugas Administrasi : 1 orang, 1 shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB</p> <p>5. Staf Pelaksana : 27 orang, terbagi dalam 3 shift</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 13 orang</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB 6 orang</p> <p>c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB malam 3 orang</p> <p>6. Tenaga kebersihan : 4 orang, terbagi dalam 2 shift :</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB setiap shift 2 orang</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB setiap shift 2 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Bedah sesuai dengan kompetensinya</p> <p>2. Dokter Spesialis Bedah melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima saksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjaga</p> <p>2. Personil yang kompeten</p> <p>3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan</p>

		<ol style="list-style-type: none">2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun
--	--	---

8. STANDAR PELAYANAN KAMAR JENAZAH RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>1. Jenazah pasien Rawat Inap/Instalasi Gawat Darurat/Instalasi Bedah Sentral/Kamar Bersalin</p> <ul style="list-style-type: none"> • Serah terima jenazah antara petugas terdokumentasi pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) <p>2. Jenazah dari luar rumah sakit</p> <p>a. Tindakan pelaksanaan visum luar yang dilaksanakan dokter jaga IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Form <i>Visum Et Repertum (VER)</i> mayat <p>b. Tindakan pelaksanaan visum dalam yang dilaksanakan dokter forensik dari luar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Surat penitipan mayat • Surat izin penitipan mayat dari kepolisian/penyidik dan dinas sosial. • Surat izin pemakaian fasilitas ruangan untuk pemeriksaan autopsi.
2	Prosedur Pelayanan	<p>A. Pelayanan jenazah pasien dari Rawat Inap/IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas Instalasi Kamar Jenazah menerima informasi bahwa ada pasien meninggal dari ruang Rawat Inap/IGD. Selanjutnya petugas menjemput jenazah dan melakukan serah terima jenazah antara petugas dan terdokumentasi pada Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) • Petugas membawa jenazah ke Instalasi Kamar Jenazah untuk dilakukan pemulasaran sesuai permintaan keluarga. • Setelah selesai pemulasaran, jenazah dibawa ke ruang persemayaman. • Petugas menginformasikan tentang administrasi pembiayaan jenazah kepada keluarga. • Petugas melaksanakan serah terima jenazah kepada keluarga. <p>B. Pelayanan mayat dari luar rumah sakit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas menerima jenazah/mayat yang berasal dari luar rumah sakit (kepolisian/penyidik/dinas sosial) • Petugas melakukan serah terima penitipan mayat sesuai dengan form yang telah ditentukan. • Bila ada permintaan pelaksanaan autopsi dari kepolisian/penyidik maka wajib menyertakan Surat izin penitipan mayat dari kepolisian/penyidik dan dinas sosial serta Surat izin pemakaian fasilitas ruangan untuk pemeriksaan autopsi. • Setelah selesai dilakukan autopsi, jenazah dibawa ke ruang persemayaman. • Petugas menginformasikan tentang administrasi pembiayaan jenazah kepada keluarga/kepolisian/penyidik/dinas sosial. • Petugas melaksanakan serah terima jenazah kepada keluarga/kepolisian/penyidik/dinas sosial.

3	Jangka waktu pelayanan	No	Jenis Pelayanan	Jangka waktu
		1.	Penjemputan jenazah dari ruangan	≤ 15 menit
		2.	Pemulasaran/memandikan jenazah	≤ 15 menit
		3.	Pengawetan/pemasangan formalin	≤ 1-2 Jam
		4.	Visum	≤ 30 menit
		5.	Penitipan jenazah	Per Hari
4	Biaya/Tarif	Info Tarif		
		1. Biaya pelayanan jenazah pasien umum:		
		No	Jenis Layanan	Tarif (Rp)
		1.	Pemulasaran dan pengawetan	750.000
	2.	Penitipan dalam kulkas perhari	50.000	
	3.	Visum mayat	150.000	
	4.	Penitipan sementara (<24 jam)	15.000	
	2. Biaya pelayanan jenazah pasien BPJS			
	No	Jenis Layanan	Tarif (Rp)	
	1.	Pemulasaran dan pengawetan	450.000	
	3. Biaya lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum			
5	Produk layanan	1. Pemulasaran jenazah 2. Penitipan jenazah 3. Visum mayat 4. Pengawetan/formalin jenazah		
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran		
MANUFACTURING				
7	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien. 5. Kitab Undang Undang Hukum Acara Pidana (KUHP) Pasal 13 ayat (1) tentang <i>Visum Et Repertum</i> . 6. Kitab Undang Undang Hukum Acara Pidana (KUHP) Pasal 136 tentang biaya untuk kepentingan penyidikan perkara pidana.		
8	Sarana prasarana/fasilitas	1. Ruang Kepala Instalasi 2. Ruang Petugas 3. Ruang tunggu keluarga jenazah 4. Ruang pemulasaraan		

		<ul style="list-style-type: none"> 5. Ruang persemayaman 6. Refrigerator/penyimpanan jenazah 7. Alat kesehatan, obat-obatan dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP). 8. Alat elektronik dan peralatan rumah tangga 9. Keranda mayat, brankard dan meja pemulasaran.
9	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> A. Uraian Kopetensi Pelaksana <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami perundang- rundangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistic yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan system pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum SLTA sederajat : <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Kamar Jenazah : D-III Keperawatan 2. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan, D-III Keperawatan, D-III Kebidanan dan SLTA sederajat. 3. Administrasi : S-1 Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Kamar Jenazah : 1 orang 2. S-1 Keperawatan : 1 orang 3. D-III Keperawatan : 3 orang 4. D-III Kebidanan : 2 orang 5. SLTA sederajat : 1 orang 6. Administrasi : 1 orang 7. Tenaga kebersihan 4 orang <ul style="list-style-type: none"> -Shift pagi : 2 Orang Pukul 06.00-14.00 WIB -Shift sore : 2 Orang Pukul 14.00 - 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<p>Maklumat Pelayanan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala

	pelayanan	4. Berpedoman kepada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI DIALISIS RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

A. SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Layanan dengan cara kunjungan langsung</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Dialisis b. Pengguna layanan membawa : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dialisis reguler <ul style="list-style-type: none"> • KTP/KK • Surat rujukan yang telah diperbaharui 2. Pasien dialisis <i>travelling</i> <ul style="list-style-type: none"> • KTP/KK • Surat <i>travelling</i> dari rumah sakit sebelumnya • Rujukan online dari rumah sakit sebelumnya 3. Pasien dari ruang rawat inap (pasien baru dengan diagnosa gagal ginjal stadium akhir dan pasien lama/on HD rutin) <ul style="list-style-type: none"> • Advis dialisis dari DPJP tertuang di Form Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) • Hasil laboratorium
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membawa KTP/KK serta rujukan dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama. 2. Pasien melakukan pendaftaran dan <i>finger print</i> di bagian Administrasi Instalasi Dialisis. 3. Pasien BPJS mendapatkan Surat <i>Eligibilitas</i> Pasien (SEP). 4. Pasien menandatangani persetujuan tindakan hemodialisis (<i>informed consent</i>). 5. Perawat melakukan skrining dan anamnesis sebelum melakukan tindakan dialisis. 6. Perawat menyiapkan kelengkapan peralatan untuk tindakan dialisis. 7. Perawat melakukan pelayanan dialisis sesuai dengan advis Dokter Penanggung Jawab Dialisis. 8. Setelah selesai proses dialisis perawat melakukan evaluasi keadaan umum pasien dan melakukan pencatatan dalam rekam medik pasien. 9. Seluruh pasien dialisis yang sudah menerima tindakan dialisis digabungkan ke dalam aplikasi <i>Whatsapp Grup (WAG)</i> untuk mendapatkan edukasi berupa informasi pelayanan dan jadwal secara berkala. 10. Khusus pasien umum melakukan pembayaran di bagian kasir.
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan akan dilayani maksimal ≤ 15 menit sejak pengguna layanan datang ke Instalasi Dialisis. 2. Pengguna layanan mendapatkan pelayanan tindakan dialisis selama 4-5 jam.
4	Biaya/Tarif	<p>Info Tarif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya tindakan dialisis (pasien umum) : Rp. 841.900.- 2. Biaya di atas belum termasuk biaya obat dan pemeriksaan penunjang. 3. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 tahun 2011

		tentang Retribusi Jasa Umum. 4. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya.
5	Produk layanan	Pelayanan Dialisis
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/PER/VII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan.
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Nurse station</i> 2. Mesin dialisis : 20 unit 3. Bed pasien 4. <i>Trolly emergency</i> 5. Kursi roda 6. Timbangan 7. Alat kesehatan 8. Komputer dan printer 9. Meja 10. Kursi 11. AC 12. TV 13. Jaringan intranet/internet 14. Aplikasi pelayanan 15. Sarana cuci tangan 16. Toilet pasien
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik. 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa; dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisor Dialisis : Dokter Spesialis Penyakit

		<p>Dalam-Konsultan Ginjal dan Hipertensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Penyakit Dalam 3. Koordinator Pelayanan Keperawatan Dan Administrasi : D-III Keperawatan 4. Staf Pelaksana: S-1 Keperawatan+Ners dan D-III Keperawatan. 5. Administrasi : D-III Kebidanan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam : 1 orang (Dokter jaga Spesialis Penyakit Dalam <i>on call</i> 24 jam) 2. Perawat : 16 orang terbagi dalam 2 shift <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 7-10 orang • Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.45 WIB setiap shift 4-6 orang 3. Petugas Administrasi : 1 orang di shift pagi pukul 08.00-15.15 WIB 4. Tenaga Kebersihan : 2 orang terbagi dalam 2 shift setiap shift 1 orang <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB • Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam/Perawat sesuai dengan kompetensinya. 2. Dokter Spesialis/Perawat melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap. 3. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan

		<ol style="list-style-type: none">3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.
--	--	---

10. STANDAR PELAYANAN INSTALASI ANESTESIOLOGI RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Pasien dilakukan tindakan anestesi di ruang anestesi dan petugas anestesi menyiapkan dan memeriksa kelengkapan dokumen sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formulir Rencana Operasi Dari Ruang (RM 32) 2. Surat Persetujuan Tindakan Kedokteran (RM 28) 3. Formulir Edukasi Tindakan Anestesi dan Bedah (RM 23)
2	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) atau perawat ruangan melaporkan kepada Dokter Anestesi rencana pasien yang dioperasi. 2. Dokter Anestesi melakukan visite pada pasien rencana operasi dan melakukan identifikasi pasien sesuai prosedur. 3. Dokter Anestesi melakukan pengkajian awal pasien yang merujuk pada Formulir Pengkajian Medis Pasien Rawat Inap. 4. Dokter Anestesi melakukan pemeriksaan penunjang untuk persiapan tindakan pembiusan. 5. Dokter Anestesi melakukan edukasi pada pasien tentang rencana pembiusan dan menuliskan rencana tindakan pembiusan (RM 23). 6. Dokter Anestesi menuliskan persiapan tindakan pembiusan (Puasa, jenis pembiusan, resiko dan komplikasi pembiusan) di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)/RM 7. 7. Petugas administrasi di ruang Anestesi melakukan pengecekan kelengkapan administrasi pasien antara lain <i>informed concent</i> dan edukasi pada pasien. 8. Dokter Spesialis Anestesi, perawat Anestesi dan Bedah melakukan <i>sign in</i> kepada pasien. 9. Perawat Anestesi membawa pasien dalam ruang kamar operasi dan melakukan persiapan pelaksanaan prosedur pembiusan. 10. Pelaksanaan pembiusan dilaksanakan oleh Dokter Anestesi dan Tim Anestesi. 11. Setelah selesai tindakan operasi, perawat anestesi memindahkan pasien ke ruang pemulihan (<i>Recovery Room/RR</i>). 12. Perawat Anestesi melakukan observasi di ruang pemulihan selama minimal 30 menit s.d. 2 jam atau atas petunjuk Dokter Anestesi. 13. Setelah selesai observasi, perawat anestesi menghubungi perawat ruangan untuk menjemput pasien.
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pada tindakan operasi emergensi, pengguna layanan (pasien) akan dilayani ≤ 10 (sepuluh) menit sejak datang ke ruang anestesi 2. Pada tindakan operasi elektif, pengguna layanan (pasien) akan dilayani 10-20 menit sejak datang ke ruang anestesi

		Jenis layanan anestesi yang diberikan kepada pengguna layanan (pasien) : <ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan anestesi regional dilakukan selama 5-10 menit 2. Tindakan anestesi general dilakukan selama 15-30 menit
4	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien umum : Tarif tindakan anestesi pada pasien Umum mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum 2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan tindakan pembiusan regional dan 2. Pelayanan tindakan pembiusan umum
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/MENKES/PER/III/2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anestesiologi dan Terapi Intensif Di Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 18 tahun 2016 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Penata Anestesi. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bed side monitor/bed patient monitor/patient monitor 2. Bed Pasien 3. <i>Trolley emergenci/resucitation crash cart</i> 4. Tabung oksigen besar 5. Tabung oksigen kecil 6. Tabung N2O 7. Mesin anestesi 8. Regulator Oksigen 9. Stetoskop 10. Laringoskop 11. Syringe Pump 12. Selimut penghangat pasien 13. Termometer 14. Suction pump 15. DC shock 16. Infusion set 17. Resucitation set 18. Lemari obat anestesi 19. Lemari obat narkotik

		<ul style="list-style-type: none"> 20. Tensimeter manual 21. Meja Mayo 22. Patient monitor 23. Branchard 24. Tromol Kasa 25. Tiang Infus 26. Sputit 27. Endotracheal tube 28. Laringo Mask Airway 29. Mayo 30. Komputer 31. Jaringan internet/intranet 32. Aplikasi pelayanan
9	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> A. Uraian Kompetensi Pelaksana <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan B. Kualifikasi Tenaga Kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis, meliputi : <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Anestesi 2. Kepala Ruangan : D-III Keperawatan 3. Ketua Tim : D-III Kebidanan 4. Staf Pelaksana : S-1 Keperawatan+Ners, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan 5. Administrasi : S-1 Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Anestesiologi : 1 orang (1 shift) Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Dokter Spesialis Anestesi : 2 orang (24 jam) pergantian shift setiap 1 minggu, 1 shift masing-masing 1 orang dokter. 3. Koordinator Pelayanan Keperawatan dan Administrasi : 1 orang, 1 shift Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Petugas Administrasi : 1 orang, 1 shift Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. D-III Keperawatan (asisten penata anestesi) : 5 orang, terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2 org b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB 1 org c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB 1 org

		<p>6. D-III Keperawatan : 7 orang terbagi dalam 3 shift</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4 org</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB 2 org</p> <p>c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB 1 org</p> <p>7. Tenaga kebersihan : 4 orang, terbagi dalam 2 shift :</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB setiap shift 2 orang</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB setiap shift 2 orang</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Anestesi sesuai dengan kompetensinya</p> <p>2. Dokter Spesialis Anestesi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur yang tetap</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima saksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan Pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjaga</p> <p>2. Personil yang kompeten</p> <p>3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan</p> <p>2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan</p> <p>3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan</p> <p>4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali</p> <p>5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun</p>

**11. STANDAR PELAYANAN INSTALASI LABORATORIUM KLINIK TERPADU
RSUD dr. M. THOMSEN NIAS**

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan Pelayanan	<p>Layanan dengan cara kunjungan langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Farmasi 2. Pengguna layanan membawa : <ol style="list-style-type: none"> a. Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> • Umum : Nomor antrian dari Instalasi Rawat Jalan. • BPJS : SEP (Surat Eligibilitas Pasien) dan nomor antrian dari Instalasi Rawat Jalan. b. Instalasi Gawat Darurat <p>Pasien Umum : Surat Permintaan Pemeriksaan Laboratorium dari Dokter Instalasi Gawat Darurat.</p> c. Rawat Inap <p>BPJS dan Umum : Surat Permintaan Pemeriksaan Laboratorium dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).</p>
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prosedur Pelayanan Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien melakukan registrasi pada bagian administrasi laboratorium dengan menunjukkan nomor antrian dari Instalasi Rawat Jalan. b. Petugas Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) melakukan pengecekan jenis pemeriksaan di aplikasi SIMRS. c. Petugas Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) melakukan pengambilan sampel pada pasien. d. Petugas ATLM melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan, validasi dan ekspertasi. e. Setelah pemeriksaan selesai hasil dikeluarkan dan diserahkan kepada : <ul style="list-style-type: none"> • Pasien rawat jalan : hasil pemeriksaan diambil oleh pasien. • Bila hasil laboratorium tidak selesai pada hari pelayanan maka hasil dijemput oleh petugas rawat jalan. • Pasien Medical Check Up (MCU) : Hasil pemeriksaan diambil oleh pasien di Laboratorium. 2. Prosedur Pelayanan Pasien Rawat Inap : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas rawat inap mengantar formulir permintaan pemeriksaan ke ruangan laboratorium. b. Petugas ATLM melakukan pengambilan sampel di ruang rawat inap. c. Petugas ATLM melakukan registrasi sesuai dengan formulir permintaan pemeriksaan. d. Petugas ATLM melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan, validasi hasil dan ekspertasi. e. Setelah pemeriksaan selesai hasil dikeluarkan dan diambil oleh masing-masing petugas rawat inap.

		<p>3. Prosedur Pelayanan Pasien IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas IGD menyerahkan formulir permintaan pemeriksaan kepada petugas ATLM atau mengantar formulir permintaan pemeriksaan ke laboratorium. b. Petugas ATLM melakukan pengambilan sampel di ruang IGD. c. Petugas ATLM melakukan registrasi sesuai dengan lembaran formulir permintaan pemeriksaan. d. Petugas ATLM melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan, validasi dan ekspertasi. e. Hasil pemeriksaan dan rincian biaya pemeriksaan diambil oleh petugas IGD di Laboratorium. 																		
3	Jangka Waktu Pelayanan	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="533 787 612 824">No.</th> <th data-bbox="612 787 1142 824">Jenis Pemeriksaan</th> <th data-bbox="1142 787 1426 824">Jangka Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="533 824 612 1131">1</td> <td data-bbox="612 824 1142 1131"> Pemeriksaan Hematologi - Darah lengkap - Diffitel manual - Slide malaria - LED (lanjut endap darah) - MDT (Morfologi Darah Tepi) - Golongan darah - Golongan rhesus </td> <td data-bbox="1142 824 1426 1131">140 menit</td> </tr> <tr> <td data-bbox="533 1131 612 1398">2.</td> <td data-bbox="612 1131 1142 1398"> Pemeriksaan Hemostasis - CT (Closing time) - BT (Bleeding time) - Masa Tromboplastin Parsial (APTT) - PPT/PT (Tromboplastin time) - INR </td> <td data-bbox="1142 1131 1426 1398">140 menit</td> </tr> <tr> <td data-bbox="533 1398 612 1547">3.</td> <td data-bbox="612 1398 1142 1547"> Pemeriksaan Urine - Urine lengkap - Tes Narkoba - Tes Kehamilan </td> <td data-bbox="1142 1398 1426 1547">140 menit</td> </tr> <tr> <td data-bbox="533 1547 612 1584">4.</td> <td data-bbox="612 1547 1142 1584">Pemeriksaan Faeses</td> <td data-bbox="1142 1547 1426 1584">140 menit</td> </tr> <tr> <td data-bbox="533 1584 612 2292">5.</td> <td data-bbox="612 1584 1142 2292"> Pemeriksaan Kimia Darah - Protein total - Albumin - Globulin - SGOT - SGPT - Bilirubin total - Bilirubin direk - Bilirubin indirek - HbA1c - Glukosa darah (rapid test) - Glukosa darah sewaktu (GDS) - Glukosa darah puasa - Glukosa darah 2 jam PP - Analisa gas darah - Asam urat - BUN/ Ureum - Kreatinin </td> <td data-bbox="1142 1584 1426 2292">140 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Jenis Pemeriksaan	Jangka Waktu	1	Pemeriksaan Hematologi - Darah lengkap - Diffitel manual - Slide malaria - LED (lanjut endap darah) - MDT (Morfologi Darah Tepi) - Golongan darah - Golongan rhesus	140 menit	2.	Pemeriksaan Hemostasis - CT (Closing time) - BT (Bleeding time) - Masa Tromboplastin Parsial (APTT) - PPT/PT (Tromboplastin time) - INR	140 menit	3.	Pemeriksaan Urine - Urine lengkap - Tes Narkoba - Tes Kehamilan	140 menit	4.	Pemeriksaan Faeses	140 menit	5.	Pemeriksaan Kimia Darah - Protein total - Albumin - Globulin - SGOT - SGPT - Bilirubin total - Bilirubin direk - Bilirubin indirek - HbA1c - Glukosa darah (rapid test) - Glukosa darah sewaktu (GDS) - Glukosa darah puasa - Glukosa darah 2 jam PP - Analisa gas darah - Asam urat - BUN/ Ureum - Kreatinin	140 menit
No.	Jenis Pemeriksaan	Jangka Waktu																		
1	Pemeriksaan Hematologi - Darah lengkap - Diffitel manual - Slide malaria - LED (lanjut endap darah) - MDT (Morfologi Darah Tepi) - Golongan darah - Golongan rhesus	140 menit																		
2.	Pemeriksaan Hemostasis - CT (Closing time) - BT (Bleeding time) - Masa Tromboplastin Parsial (APTT) - PPT/PT (Tromboplastin time) - INR	140 menit																		
3.	Pemeriksaan Urine - Urine lengkap - Tes Narkoba - Tes Kehamilan	140 menit																		
4.	Pemeriksaan Faeses	140 menit																		
5.	Pemeriksaan Kimia Darah - Protein total - Albumin - Globulin - SGOT - SGPT - Bilirubin total - Bilirubin direk - Bilirubin indirek - HbA1c - Glukosa darah (rapid test) - Glukosa darah sewaktu (GDS) - Glukosa darah puasa - Glukosa darah 2 jam PP - Analisa gas darah - Asam urat - BUN/ Ureum - Kreatinin	140 menit																		

		<ul style="list-style-type: none"> - Kolesterol - Trigliserida - Kolestrol HDL - Kolestrol LDL - Elektrolit (Na, Cl, K) 																
		6. Pemeriksaan Serologi <ul style="list-style-type: none"> - HBSAg - Anti HIV - Anti HBs - <i>hs</i>-CRP - Anti Dengue IgG - Anti Dengue IgM - Anti HCV - Anti Sifilis - TPHA (Treponema palidum H antigen)/ Tubex-TF - Widal test 	140 menit															
		7. Pemeriksaan Hormon <ul style="list-style-type: none"> - TSH - T3 - T4 - Free T3 - Free T4 - Troponin I 	1 hari															
		8. Pemeriksaan Analisa Cairan Tubuh <ul style="list-style-type: none"> - Analisa cairan pleura - Analisa sperma 	140 menit															
		9. Pemeriksaan Mikrobiologi <ul style="list-style-type: none"> - Pewarnaan BTA 1 (satu) kali - Pewarnaan BTA 3 (tiga) kali - Pewarnaan GRAM 																
4	Biaya/Tarif	Info Tarif : <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Jenis Pemeriksaan</th> <th>Tarif (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Darah lengkap</td> <td>55.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Pemeriksaan malaria</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Test narkoba</td> <td>382.000</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Glukosa darah sewaktu (GDS)</td> <td>55.000</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum. - Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya 		No.	Jenis Pemeriksaan	Tarif (Rp)	1.	Darah lengkap	55.000	2.	Pemeriksaan malaria	50.000	3.	Test narkoba	382.000	4.	Glukosa darah sewaktu (GDS)	55.000
No.	Jenis Pemeriksaan	Tarif (Rp)																
1.	Darah lengkap	55.000																
2.	Pemeriksaan malaria	50.000																
3.	Test narkoba	382.000																
4.	Glukosa darah sewaktu (GDS)	55.000																
5	Produk Layanan	Melaksanakan pemeriksaan laboratorium/patologi klinik Kegiatan pemeriksaan laboratorium meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Hematologi <ul style="list-style-type: none"> - Darah lengkap - Difftel manual - Slide malaria - LED (lanjut endap darah) - MDT (Morfologi Darah Tepi) - Golongan darah - Golongan rhesus 2. Pemeriksaan Hemostasis <ul style="list-style-type: none"> - CT (Closing time) 																

		<ul style="list-style-type: none"> - BT (Bleeding time) - Masa Tromboplastin Parsial (APTT) - PPT/PT (Tromboplastin time) - INR <p>3. Pemeriksaan Urine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Urine lengkap - Narkoba - Tes Kehamilan <p>4. Pemeriksaan Faeses</p> <p>5. Pemeriksaan Kimia Darah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protein total - Albumin - Globulin - SGOT - SGPT - Bilirubin total - Bilirubin direk - Bilirubin indirek - HbA1c - Glukosa darah (rapid test) - Glukosa darah sewaktu (GDS) - Glukosa darah puasa - Glukosa darah 2 jam PP - Analisa gas darah - Asam urat - BUN/ Ureum - Kreatinin - Kolesterol - Trigliserida - Kolestrol HDL - Kolestrol LDL - Elektrolit (Na, Cl, K) <p>6. Pemeriksaan Serologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - HBSAg - Anti HIV - Anti HBs - <i>hs</i>-CRP - Anti Dengue IgG - Anti Dengue IgM - Anti HCV - Anti Sifilis - TPHA (Treponema palidum H antigen)/ Tubex-TF - Widal test <p>7. Pemeriksaan Hormon</p> <ul style="list-style-type: none"> - TSH - T3 - T4 - Free T3 - Free T4 - Troponin I <p>8. Pemeriksaan Analisa Cairan Tubuh</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analisa cairan pleura - Analisa sperma <p>9. Pemeriksaan Mikrobiologi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pewarnaan BTA 1 (satu) kali - Pewarnaan BTA 3 (tiga) kali - Pewarnaan GRAM
--	--	--

6	Penanganan, Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien. 5. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/313/2020 tentang Standar Profesi Ahli Teknologi Laboratorium Medik.
8	Sarana dan Prasarana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarana cuci tangan 2. Toilet pasien & keluarga 3. CCTV 4. Kursi tunggu 5. Meja 6. Sofa 7. AC 8. Komputer 9. Printer 10. Jaringan internet/intranet 11. Aplikasi pelayanan 12. Alat pemeriksaan sample
9	Kompetensi Pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Koordinator Pelayanan dan Administrasi : D-III Analis Kesehatan 3. Staf Pelaksana : D-III dan D-IV Analis Kesehatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik

		3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik : 1 orang 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik : 19 orang terbagi dalam 3 shif <ol style="list-style-type: none"> d. Shif Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 setiap shif 9 orang e. Shif Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 setiap shif 4 orang f. Shif Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 setiap shif 3 orang 3. Tenaga Administrasi Ruangan : 1 orang Shif pagi : Pukul 08.00 s.d.15.15 Wib 4. Tenaga Kebersihan/ <i>Cleaning Service</i> 3 orang terbagi dalam 2 shif <ol style="list-style-type: none"> c. Shif pagi 2 orang : Pukul 06.00 s.d. 14.00 Wib d. Shif sore 1 orang : Pukul 14.00 s.d. 21.00 Wib
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik/Ahli Teknologi Laboratorium Medik sesuai dengan kompetensinya. 2. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik/Ahli Teknologi Laboratorium Medik melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap. 3. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjaga 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun

12. STANDAR PELAYANAN INSTALASI REHABILITASI MEDIK RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICEDELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Layanan dengan kunjungan langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Rehabilitasi Medik 2. Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK).
2	Prosedur Pelayanan	<p>1. Prosedur Pelayanan :</p> <p>a. Rawat jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien datang ke loket Pendaftaran Instalasi Rehabilitasi Medik dengan membawa nomor antrian. • Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), harus mendaftar terlebih dahulu di loket pendaftaran IGD. • Petugas administrasi Instalasi Rehabilitasi Medik menerima nomor antrian. • Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek) petugas administrasi Instalasi Rehabilitasi Medik menerima surat pengantar • Petugas menanyakan pasien/keluarga pasien apakah sudah pernah berobat sebelumnya • Petugas mempersilahkan pasien duduk untuk menunggu antrian panggilan. • Petugas mengarahkan pasien menuju ruang pelayanan terapi. • Petugas melakukan assesment pasien. • Petugas melakukan pemeriksaan dan tindakan sesuai assesment atau sesuai permintaan pemeriksaan. • Petugas membuat kuitansi pembayaran dan meyerahkan kepada pasien/keluarga untuk melakukan pembayaran di kasir. • Petugas mengarahkan pasien untuk mengembalikan bukti pembayaran di Ruang Instalasi Rehabilitasi Medik. <p>b. Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas ruangan rawat inap mengantarkan surat pengantar fisioterapi dari DPJP • Pasien bersama Perawat Ruang datang ke loket Pendaftaran Instalasi Rehabilitasi Medik dengan membawa surat pengantar fisioterapi dari DPJP • Petugas administrasi menerima surat pengantar pemeriksaan fisioterapi dan file Rekam Medik. • Petugas administrasi mencocokkan identitas pasien yang meliputi nama, tanggal lahir, alamat, nomor rekam medik, dokter pengirim dan permintaan tindakan pemeriksaan. • Petugas administrasi memasukkan data dan tindakan pasien pada komputer.

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien bersama Perawat Ruang diminta untuk menunggu di ruang tunggu, menunggu panggilan dari ruang periksa. • Petugas melakukan assesment pasien. • Petugas melakukan pemeriksaan dan tindakan sesuai <i>assessment</i> atau sesuai permintaan pemeriksaan • Petugas membuat kuitansi pembayaran dan menyerahkan kepada petugas ruangan untuk dilampirkan di file pasien. • Setelah selesai dilakukan tindakan fisioterapi petugas ruangan dan pasien kembali ke ruangan rawat inap. 																																							
3	Jangka waktu pelayanan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Pelayanan</th> <th>Jangka Waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tindakan fisioterapi</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>a. Penyinaran</td> <td>10-15 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b. Stimulasi saraf</td> <td>10-15 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c. Terapi latihan</td> <td>10- 15 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>d. Massage</td> <td>10- 15 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>e. Edukasi</td> <td>10-15 menit</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Terapi wicara</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Assesment dan observasi</td> <td>10 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Latihan bahasa</td> <td>10 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Oral motor excersise</td> <td>10 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Oral motor Massage</td> <td>10 menit</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Edukasi</td> <td>10 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu	1.	Tindakan fisioterapi			a. Penyinaran	10-15 menit		b. Stimulasi saraf	10-15 menit		c. Terapi latihan	10- 15 menit		d. Massage	10- 15 menit		e. Edukasi	10-15 menit	2.	Terapi wicara			Assesment dan observasi	10 menit		Latihan bahasa	10 menit		Oral motor excersise	10 menit		Oral motor Massage	10 menit		Edukasi	10 menit
No	Jenis Pelayanan	Jangka Waktu																																							
1.	Tindakan fisioterapi																																								
	a. Penyinaran	10-15 menit																																							
	b. Stimulasi saraf	10-15 menit																																							
	c. Terapi latihan	10- 15 menit																																							
	d. Massage	10- 15 menit																																							
	e. Edukasi	10-15 menit																																							
2.	Terapi wicara																																								
	Assesment dan observasi	10 menit																																							
	Latihan bahasa	10 menit																																							
	Oral motor excersise	10 menit																																							
	Oral motor Massage	10 menit																																							
	Edukasi	10 menit																																							
4	Biaya/Tarif	<p style="text-align: center;">Info Tarif</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Pelayanan</th> <th>Tarif (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tindakan fisioterapi</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>a. Penyinaran</td> <td>20.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b. Stimulasi saraf</td> <td>30.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c. Terapi latihan</td> <td>40.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>d. Massage</td> <td>30.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>e. Edukasi</td> <td>10.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Terapi wicara</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>a. Assesment dan observasi</td> <td rowspan="5" style="text-align: center;">100.000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>b. Latihan bahasa</td> </tr> <tr> <td></td> <td>c. Oral motor excersise</td> </tr> <tr> <td></td> <td>d. Oral motor Massage</td> </tr> <tr> <td></td> <td>e. Edukasi</td> </tr> </tbody> </table> <p>- Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>	No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)	1.	Tindakan fisioterapi			a. Penyinaran	20.000		b. Stimulasi saraf	30.000		c. Terapi latihan	40.000		d. Massage	30.000		e. Edukasi	10.000	2.	Terapi wicara			a. Assesment dan observasi	100.000		b. Latihan bahasa		c. Oral motor excersise		d. Oral motor Massage		e. Edukasi				
No	Jenis Pelayanan	Tarif (Rp)																																							
1.	Tindakan fisioterapi																																								
	a. Penyinaran	20.000																																							
	b. Stimulasi saraf	30.000																																							
	c. Terapi latihan	40.000																																							
	d. Massage	30.000																																							
	e. Edukasi	10.000																																							
2.	Terapi wicara																																								
	a. Assesment dan observasi	100.000																																							
	b. Latihan bahasa																																								
	c. Oral motor excersise																																								
	d. Oral motor Massage																																								
	e. Edukasi																																								
5	Produk layanan	Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik : <ol style="list-style-type: none"> 1. Terapi sinar (<i>infra red</i>) 2. <i>Short Wave Diatermy (SWD)</i> 3. <i>Micro Wave Diatermy (MWD)</i> 4. Stimulasi otot (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation/TENS</i>) 5. Gelombang suara (<i>Ultra Sound/US</i>) 6. Tarikan (<i>traksi</i>) 																																							

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Pijat (<i>massage</i>) 8. Terapi latihan (<i>exercise therapy</i>) 9. Terapi dada (<i>chest therapy</i>) 10. Terapi wicara (<i>speech therapy</i>)
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitas Medik di Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tempat pendaftaran 2. Ruang tunggu pasien 3. Ruang tindakan 4. Ruang Koordinator 5. Toilet 6. Sarana cuci tangan 7. Alat kesehatan 8. Komputer 9. Internet/intranet 10. Meja 11. Kursi 12. Cermin sikap
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan kualifikasi minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Saraf 2. Koordinator Pelayanan dan Administrasi : D-III Fisioterapi 3. Staf pelaksana : D-IV Fisioterapi, D-IV Fisioterapi dan D-III Terapi Wicara.

10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Fisioterapi 5 orang dan hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Petugas Terapi Wicara 1 orang hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB. 3. Tenaga kebersihan 4 orang terbagi dalam dua shift, setiap shift 2 orang <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilayani oleh petugas fisioterapis 2. Petugas fisioterapis melakukan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap. 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke Rumah Sakit rujukan tingkat lanjut 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap.
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan. 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan. 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun

**13. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI RSUD dr. M. THOMSEN
NIAS**

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Layanan dengan cara kunjungan langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Farmasi 2. Pengguna layanan membawa : <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> • Nomor Antrian dari Instalasi Rawat Jalan (nama dan nomor RM) • Bukti pembayaran (Kuitansi) 2) Pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> • Nomor Antrian dari Instalasi Rawat Jalan (nama dan nomor RM) b. Pasien Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> • Lembar resep dari dokter (Lengkap Nomor Rekam Medik) 2) Pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> • Lembar resep obat dari dokter • Fotokopi hasil pemeriksaan misalnya hasil pemeriksaan laboratorium, dan protokol terapi (bila diperlukan sesuai ketentuan).
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alur Pelayanan Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien menyerahkan Nomor Antrian dari Instalasi Rawat Jalan (nama dan nomor RM) ke Ruang Farmasi Klinis b. Apoteker menerima Nomor Antrian dari Instalasi Rawat Jalan (nama dan nomor RM) dan melakukan skrining resep di aplikasi e-resep apakah memenuhi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis. c. Apoteker menulis kuitansi pembayaran sesuai resep apabila resep yang masuk adalah pasien umum. d. Pasien umum melakukan pembayaran di kasir. e. Apoteker mencetak resep yang telah di skrining di aplikasi e-resep dan menuliskan nomor urut resep. f. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian menyiapkan dan mengemas perbekalan farmasi sesuai dengan permintaan dalam e-resep. g. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian memberi etiket secara tepat ke tiap-tiap obat. h. Apoteker/Tenaga Teknis Kefarmasian memeriksa kembali antara permintaan dalam resep dengan obat yang disiapkan dengan tetap memperhatikan prinsip 5 Benar : <ul style="list-style-type: none"> - Benar Pasien - Benar Obat - Benar Dosis

		<ul style="list-style-type: none"> - Benar Rute Pemberian - Benar Waktu <ol style="list-style-type: none"> i. Apoteker memanggil nama pasien berdasarkan nomor urut resep. j. Pasien umum menyerahkan bukti pembayaran obat kepada petugas. k. Apoteker menyerahkan obat kepada pasien disertai pemberian edukasi dan informasi obat yang jelas kepada pasien. <p>2. Alur Pelayanan Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat ruangan rawat inap mengantar resep untuk 3 (tiga) hari ke Ruang Farmasi Klinis. b. Apoteker menerima dan melakukan skrining resep apakah memenuhi persyaratan administrasi, persyaratan farmasetik dan persyaratan klinis. c. Apoteker/tenaga teknis kefarmasian mencatat daftar permintaan obat yang sudah ditelaah dalam kartu obat pasien. d. Tenaga teknis kefarmasian menyiapkan dan mengemas sediaan farmasi untuk pemakaian pagi/siang/sore/malam per pasien disertai pemberian etiket tiap-tiap obat. e. Petugas Farmasi menyerahkan obat: <ol style="list-style-type: none"> a) Obat pasien pulang diserahkan kepada keluarga pasien pulang disertai pemberian informasi oleh Petugas Farmasi. b) Obat pasien rawat inap <ul style="list-style-type: none"> • Obat diantar ke ruang perawatan oleh tenaga teknis kefarmasian dan melakukan serah terima obat dengan perawat. • Perawat memeriksa kembali kesesuaian permintaan resep dan obat, dengan tetap memperhatikan prinsip 5 Benar : <ul style="list-style-type: none"> - Benar Pasien - Benar Obat - Benar Dosis - Benar Rute Pemberian - Benar Waktu f. Perawat ruangan memberikan paraf di kartu obat pasien kemudian bersama dengan Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) meletakkan obat dalam kotak obat pasien.
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan obat jadi : ≤ 30 menit 2. Waktu tunggu pelayanan obat racikan : ≤ 60 menit
4	Biaya / Tarif	<p>Info Tarif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya obat dan BMHP mempedomani biaya perolehan dari penyedia. 2. Pasien BPJS : Tidak dipungut biaya.
5	Produk layanan	Pelayanan Resep

6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian 4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit 6. Permenkes Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Kursi 3. Peralatan kefarmasian 4. Lemari penyimpanan obat 5. <i>Laminar air flow</i> 6. Alat elektronik 7. Jaringan intranet/internet 8. Aplikasi pelayanan 9. Buku/pustaka <i>hardcopy</i>
9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> A. Uraian Kompetensi Pelaksana <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik. 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa; dan 8. Bersikap ramah dan sopan. B. Kualifikasi Tenaga Kesehatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis meliputi : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Apoteker 2. Koordinator Pelayanan Farmasi Klinik : Apoteker 3. Koordinator Pengelolaan Perbekalan Farmasi : Apoteker 4. Staf pelaksana : Apoteker, S-1 Farmasi, D-III Farmasi. 5. Administrasi : D-III Farmasi, S-1 Farmasi

		<p>2. Kualifikasi tenaga lainnya minimum pendidikan SLTA sederajat dan bekerja di bawah Supervisi Tenaga Kesehatan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Petugas oksigen : SLTA sederajat
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker : 15 orang terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 10-12 orang • Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB setiap shift 1-2 orang • Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB setiap shift 1 orang 2. Asisten Apoteker : 17 orang terbagi dalam 3 shift <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB setiap shift 12-15 orang • Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB setiap shift 1-2 orang • Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB setiap shift 2 orang 3. Petugas Administrasi : 4 orang di shift pagi pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Tenaga Kebersihan : 4 orang terbagi dalam 2 shift setiap shift 2 orang <ul style="list-style-type: none"> • Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB • Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dilayani oleh apoteker. 2. Obat disiapkan oleh apoteker/asisten apoteker. 3. Obat diserahkan kepada pasien oleh apoteker dengan prinsip 7 benar. 4. Apoteker/asisten apoteker melakukan pelayanan kefarmasian sesuai dengan standar pelayanan dan prosedur tetap. 5. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap

14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none">1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.
----	----------------------------	---

14. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<p>Layanan dengan kunjungan langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Radiologi 2. Pengguna layanan memiliki kartu identitas yang masih berlaku (KTP/KK) 3. Pengguna layanan membawa nomor antrian yang dilengkapi nama dan nomor rekam medis 4. Untuk pasien control membawa foto rontgen yang sebelumnya 5. Untuk pengguna layanan dari rumah sakit lain/praktek/klinik membawa surat pengantar pemeriksaan.
2	Prosedur Pelayanan	<p>PASIENT RAWAT JALAN</p> <p>1. Pemeriksaan X-Ray/CT-Scan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang ke loket Pendaftaran Instalasi Radiologi dengan nomor antrian. b. Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), harus mendaftar terlebih dahulu di loket pendaftaran IGD. c. Petugas administrasi Radiologi menerima nomor antrian. d. Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), Petugas administrasi Radiologi menerima surat pengantar dari praktek dokter/klinik. e. Petugas administrasi Radiologi mencocokkan nama dan nomor rekam medis pasien yang tertera di nomor antrian ke Aplikasi SIMRS. f. Untuk pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), petugas administrasi Radiologi mencocokkan identitas pasien yang meliputi nama, tanggal lahir, alamat, no RM, dokter pengirim dan permintaan tindakan pemeriksaan. g. Petugas administrasi mengisi data pasien pada amplop. h. Pasien diminta untuk menunggu di ruang tunggu, menunggu panggilan dari ruang pemeriksaan. i. Petugas administrasi menyerahkan lembar pengantar pemeriksaan Radiologi dan amplop kepada radiografer. j. Radiografer melakukan pemanggilan kepada pasien dan mempersilahkan masuk ke ruang periksa : <ul style="list-style-type: none"> - Menjelaskan kepada pasien mengenai hal-hal yang akan dilakukan selama pemeriksaan. - Mengarahkan pasien ke ruang ganti jika pakaian atau asesoris lain yang dikenakan pasien dapat mengganggu pemeriksaan dan mengenakan pakaian khusus pasien. - Melaksanakan prosedur pemeriksaan radiografi sesuai dengan permintaan dokter/dokter

spesialis/dokter gigi dan indikasi klinis.

- Mencetak film

- k. Hasil pemeriksaan X-Ray/CT-scan di *expertise* oleh Dokter Spesialis Radiologi.
- l. Setelah selesai pemeriksaan Radiologi, petugas administrasi memberi penjelasan kapan hasil pemeriksaan Radiologi bisa diambil.
- m. Khusus pasien umum, petugas administrasi membuat rincian biaya tindakan pemeriksaan Radiologi sesuai yang tertulis pada lembar pemeriksaan Radiologi dan diserahkan kepada pasien untuk menyelesaikan administrasi pembayaran ke kasir.

2. Pemeriksaan USG

- a. Pasien datang ke loket Pendaftaran Instalasi Radiologi dengan membawa nomor antrian.
- b. Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), harus mendaftar terlebih dahulu di loket pendaftaran IGD.
- c. Petugas administrasi Radiologi menerima nomor antrian.
- d. Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek), Petugas administrasi Radiologi menerima surat pengantar dari praktek dokter/klinik.
- e. Petugas administrasi Radiologi mencocokkan nama dan nomor rekam medis pasien yang tertera di nomor antrian ke Aplikasi SIMRS.
- f. Khusus pasien kiriman dari luar rumah sakit (Pasien RS swasta/klinik/praktek) Petugas administrasi mencocokkan identitas pasien yang meliputi nama, tanggal lahir, alamat, no RM, dokter pengirim dan permintaan tindakan pemeriksaan.
- g. Petugas administrasi memasukkan data dan tindakan pasien pada komputer serta menjadwalkan pemeriksaan USG dilakukan.
- h. Khusus pasien dengan pemeriksaan USG Abdomen (*Upper* dan *Lower*) membutuhkan persiapan sebelumnya seperti puasa selama 6-8 jam sebelum pemeriksaan dan tahan buang air kecil 1 jam sebelum pemeriksaan.
- i. Untuk pasien yang sudah terjadwal, melapor kepada petugas administrasi di hari pelaksanaan pemeriksaannya.
- j. Pasien diminta untuk menunggu di ruang tunggu, menunggu panggilan dari ruang periksa.
- k. Petugas Radiologi melakukan pemanggilan kepada pasien dan mempersilahkan masuk ke ruang periksa.
- l. Hasil pemeriksaan USG di *expertise* oleh Dokter Spesialis Radiologi.
- m. Setelah selesai pemeriksaan USG, petugas radiologi memberi penjelasan kapan hasil pemeriksaan USG bisa diambil.

- n. Khusus pasien umum, petugas administrasi membuat rincian biaya tindakan pemeriksaan Radiologi sesuai yang tertulis pada lembar pemeriksaan Radiologi dan diserahkan kepada pasien untuk menyelesaikan administrasi pembayaran ke kasir.

PASIEN RAWAT INAP

1. Pemeriksaan X-Ray/CT-Scan

- a. Pasien bersama Perawat Ruang datang ke loket Pendaftaran Instalasi Radiologi dengan membawa pengantar pemeriksaan Radiologi.
- b. Petugas administrasi menerima surat pengantar pemeriksaan Radiologi dan file Rekam Medik.
- c. Petugas administrasi mencocokkan identitas pasien yang meliputi nama, tanggal lahir, alamat, no RM, dokter pengirim dan permintaan tindakan pemeriksaan.
- d. Petugas administrasi memasukkan data dan tindakan pasien pada komputer.
- e. Petugas administrasi mengisi data pasien pada amplop.
- f. Pasien bersama Perawat Ruang diminta untuk menunggu di ruang tunggu, menunggu panggilan dari ruang periksa.
- g. Petugas administrasi menyerahkan lembar pengantar pemeriksaan Radiologi dan amplop kepada radiografer.
- h. Radiografer melakukan pemanggilan kepada pasien dan mempersilahkan masuk ke ruang pemeriksaan :
 - Menjelaskan kepada pasien mengenai hal-hal yang akan dilakukan selama pemeriksaan.
 - Mengarahkan pasien ke ruang ganti jika pakaian atau asesoris lain yang dikenakan pasien dapat mengganggu pemeriksaan dan mengenakan pakaian khusus.
 - Melaksanakan prosedur pemeriksaan radiografi sesuai dengan permintaan dokter/dokter spesialis/dokter gigi dan indikasi klinis.
 - Mencetak film.
- i. Hasil pemeriksaan X-Ray/CT-scan di *expertise* oleh Dokter Spesialis Radiologi.
- j. Setelah selesai pemeriksaan Radiologi, petugas administrasi memberi penjelasan kapan hasil pemeriksaan X-Ray/CT-scan bisa diambil.

2. Pemeriksaan USG

- a. Pasien bersama Perawat Ruang datang ke loket Pendaftaran Instalasi Radiologi dengan membawa pengantar pemeriksaan Radiologi.
- b. Petugas administrasi menerima surat pengantar pemeriksaan Radiologi dan file Rekam Medik.
- c. Petugas administrasi mencocokkan identitas pasien yang meliputi nama, tanggal lahir, alamat, no RM, dokter pengirim dan permintaan tindakan pemeriksaan.

		<p>d. Petugas administrasi memasukkan data dan tindakan pasien pada komputer serta menginformasikan kepada perawat ruangan terkait jadwal pemeriksaan USG dilakukan.</p> <p>e. Khusus pasien dengan pemeriksaan USG Abdomen (<i>Upper</i> dan <i>Lower</i>) membutuhkan persiapan sebelumnya seperti puasa selama 6-8 jam sebelum pemeriksaan dan tahan buang air kecil 1 jam sebelum pemeriksaan. Jika pasien menggunakan kateter, kateter harus di klem 1 jam sebelum pemeriksaan.</p> <p>f. Untuk pasien yang sudah terjadwal, perawat ruangan melaporkan kepada petugas administrasi di hari pelaksanaan pemeriksaan USG.</p> <p>g. Pasien diminta untuk menunggu di ruang tunggu, menunggu panggilan dari ruang periksa.</p> <p>h. Petugas Radiologi melakukan pemanggilan kepada pasien dan mempersilahkan masuk ke ruang periksa.</p> <p>i. Hasil pemeriksaan USG di <i>expertise</i> oleh Dokter Spesialis Radiologi.</p> <p>j. Setelah selesai pemeriksaan USG, petugas radiologi memberi penjelasan kapan hasil pemeriksaan USG bisa diambil.</p>																					
3	Jangka waktu pelayanan	<p>Pengguna layanan akan dilayani maksimal 10 menit sejak pengguna layanan pada antrian sebelumnya selesai</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis pelayanan</th> <th>Jangka waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>USG</td> <td>15- 20 menit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Rontgen/panoramic</td> <td>5- 10 menit</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>CT Scan</td> <td>10-15 menit</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>CT Scan Contras</td> <td>45 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis pelayanan	Jangka waktu	1	USG	15- 20 menit	2	Rontgen/panoramic	5- 10 menit	3	CT Scan	10-15 menit	4	CT Scan Contras	45 menit						
No	Jenis pelayanan	Jangka waktu																					
1	USG	15- 20 menit																					
2	Rontgen/panoramic	5- 10 menit																					
3	CT Scan	10-15 menit																					
4	CT Scan Contras	45 menit																					
4	Biaya/Tarif	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Info Tarif</th> </tr> <tr> <th>No</th> <th>Uraian</th> <th>Tarif (Rp)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>USG</td> <td>200.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>USG Upper Lower</td> <td>400.000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Rontgen/panoramic</td> <td>90.000</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>CT Scan</td> <td>600.000</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>CT Scan Contras (diluar biaya zat kontras)</td> <td>700.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>1. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias No. 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>2. Pasien BPJS dan Non register : Tidak dipungut biaya</p>	Info Tarif			No	Uraian	Tarif (Rp)	1	USG	200.000	2	USG Upper Lower	400.000	3	Rontgen/panoramic	90.000	4	CT Scan	600.000	5	CT Scan Contras (diluar biaya zat kontras)	700.000
Info Tarif																							
No	Uraian	Tarif (Rp)																					
1	USG	200.000																					
2	USG Upper Lower	400.000																					
3	Rontgen/panoramic	90.000																					
4	CT Scan	600.000																					
5	CT Scan Contras (diluar biaya zat kontras)	700.000																					
5	Produk layanan	<p>1. Jenis Pelayanan Radiologi Konvensional</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abdomen 3 Posisi - Abdomen 2 Posisi - Abdomen polos - Antebrachii AP/Lat - Ankle Joint AP/Lat - Artic Cubiti - Basic Crani - Babygram - BNO - Clavicula 																					

		<ul style="list-style-type: none"> - Cruris AP/Lat - Femur AP/Lat - Genu AP/Lat - Hip Joint - Humerus AP/Lat - Kepala AP/Lat - Kepala 3 Posisi - Manus AP/Lat - Mastoid - Mandibula - Orbita - Os Nasal - Patella Skyline - Pedis - Scapula - Shoulder Joint 2 posisi - Sinus paranasal - Thorax PA/AP - Thorax Lateral - Thorax RLD - Thorax Oblique - Vertebra Cervical AP/Lat/Oblique - Vertebra Thoracal AP/Lat/Oblique - Vertebra Lumbosacral AP/Lat/Oblique - Vertebra Lumbosacral AP/Lat/Oblique - Wrist Joint - Panoramic <p>2. CT SCAN kontras/non kontras</p> <ul style="list-style-type: none"> - CT Scan Kepala - CT Scan SPN - CT Scan Nasofaring - CT Scan Thorax - CT Scan Vertebra Cervical - CT Scan Vertebra Lumbalis - CT Scan Vertebra Thoracalis - CT Scan Abdomen - CT Scan Extremitas Atas - CT Scan Extremitas Bawah - CT Scan Pelvis dan Saccrococcygeal <p>3. Pemeriksaan USG</p> <ul style="list-style-type: none"> - USG abdomen <i>Upper dan Lower</i> - USG Thyroid - USG Colli - USG Payudara - USG Scrotum - USG Transcranial - USG Doppler - USG Musculoskeletal
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias

		6. Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 780/Menkes/Per/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi. 4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1014/MENKES/SK/XI/2008 tentang Standar Pelayanan Radiologi Diagnostik Di Sarana Pelayanan Kesehatan.
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pendaftaran 2. Ruang tunggu pasien 3. Ruang pemeriksaan 4. Ruang Kepala Instalasi dan Dokter Radiologi 5. Ruang Koordinator 6. Ruang petugas 7. Toilet 8. Sarana cuci tangan 9. Alat kesehatan 10. Komputer 11. Meja 12. Kursi tunggu
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : Dokter Spesialis Radiologi 2. Koordinator Pelayanan dan Administrasi : D-III Radiologi 3. Staf Pelaksana : D-III Radiologi dan D-III Keperawatan. 4. Administrasi : D-III Keperawatan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan

		<p>evaluasi secara periodik</p> <p>3. Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.</p>
11	Jumlah pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Radiologi 2 orang dan hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB.</p> <p>2. Radiografer 12 orang terbagi 3 shift</p> <p>a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB (4 orang)</p> <p>b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB (2 orang)</p> <p>c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB (2 orang)</p> <p>3. Petugas Administrasi 2 orang dan hanya satu shift dengan jam pelayanan pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB.</p> <p>4. Tenaga Kebersihan 4 orang, terbagi dalam 2 shift, setiap shift 2 orang</p> <p>a. Shift pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB</p> <p>b. Shift sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB</p>
12	Jaminan Pelayanan	<p>1. Pasien diperiksa oleh Dokter Spesialis Radiologi sesuai dengan kompetensinya</p> <p>2. Dokter Spesialis Radiologi melakukan pemeriksaan medis sesuai dengan standar pelayanan medis dan prosedur tetap</p> <p>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke Rumah Sakit rujukan tingkat lanjut</p> <p>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun.</p> <p>Maklumat Pelayanan</p> <p>1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan.</p> <p>2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus.</p> <p>3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Kerahasiaan terjamin</p> <p>2. Personil yang kompeten</p> <p>3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala</p> <p>4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap</p>
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan.</p> <p>2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan.</p> <p>3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan</p> <p>4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali.</p> <p>5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.</p>

15. STANDAR PELAYANAN INSTALASI REKAM MEDIK RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan dengan cara kunjungan langsung <ol style="list-style-type: none"> a. Pengguna layanan berkunjung ke Instalasi Gawat Darurat atau Instalasi rawat jalan b. Pengguna layanan membawa : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran di Instalasi Gawat Darurat <ul style="list-style-type: none"> • KTP/Kartu Keluarga. • Kartu BPJS (bila ada). • Surat Rujukan dari FKTP atau dari rumah sakit lain (bagi pasien BPJS), bila ada. 2. Pendaftaran di Instalasi Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Baru <ul style="list-style-type: none"> • KTP/Kartu Keluarga. • Kartu BPJS (bila ada). • Surat Rujukan dari FKTP atau dari rumah sakit lain (bagi pasien BPJS). b. Pasien Lama <ul style="list-style-type: none"> • KTP/Kartu Keluarga. • Surat Rujukan dari FKTP atau dari rumah sakit lain (bagi pasien BPJS). • Surat Kontrol Ulang Dokter Spesialis, bagi pasien BPJS untuk kunjungan berulang. 2. Layanan dengan cara online <ol style="list-style-type: none"> a. Pengguna layanan memiliki dan mendaftar melalui aplikasi Mobile JKN.
2	Prosedur pelayanan	<p>A. Pasien Instalasi Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Baru <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien/keluarga mengambil nomor antrian sekaligus menerima informasi dan edukasi dari petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan yang ada di Instalasi Rawat Jalan dan menandatangani persetujuan umum (<i>general consent</i>). b. Bagi pasien prioritas (lansia, disabilitas, orang cedera, ibu hamil dan anak balita) diarahkan ke loket khusus prioritas. c. Pasien ke ruang tunggu, menunggu dipanggil ke pendaftaran. d. Pasien menunjukkan berkas yang terdiri dari identitas dan rujukan (bila ada). e. Petugas memastikan pasien sudah pernah berobat atau belum, lalu daftarkan sidik jari (untuk pasien BPJS, kecuali anak di bawah 17 tahun). f. Khusus pasien yang sudah mendaftar secara online di aplikasi mobile JKN, langsung menuju ke Pendaftaran dengan menunjukkan bukti pendaftaran secara online di aplikasi mobile JKN dan dilakukan sidik jari. g. Petugas menyerahkan antrian dan mengarahkan pasien menunggu di ruang tunggu depan Poliklinik yang dituju.

		<p>2. Pasien Lama</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien/keluarga mengambil nomor antrian sekaligus menerima informasi dan edukasi dari petugas Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan yang ada di Instalasi Rawat Jalan. b. Bagi pasien prioritas (lansia, disabilitas, orang cedera, ibu hamil dan anak balita) diarahkan ke loket khusus prioritas. c. Pasien ke ruang tunggu, menunggu dipanggil ke pendaftaran. d. Pasien menunjukkan berkas yang terdiri dari identitas dan rujukan (bila ada) atau Surat Kontrol Ulang Dokter Spesialis, bagi pasien BPJS untuk kunjungan berulang. e. Petugas melakukan sidik jari untuk pasien BPJS (kecuali anak di bawah 17 tahun). f. Khusus pasien yang sudah mendaftar secara online di aplikasi mobile JKN, langsung menuju ke Pendaftaran dengan menunjukkan bukti pendaftaran secara online di aplikasi mobile JKN dan dilakukan sidik jari. g. Petugas menyerahkan antrian dan mengarahkan pasien menunggu di ruang tunggu depan Poliklinik yang dituju. <p>B. Pasien Instalasi Gawat Darurat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang dengan membawa memo dari IGD dan identitas pasien (bagi pasien yang tidak membawa identitas mengisi Formulir Pendaftaran Sementara). 2. Petugas mendaftarkan pasien dan menyiapkan berkas rekam medik. 3. Petugas menyerahkan berkas rekam medik kepada pasien dan mengarahkan pasien ke Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan Rumah Sakit. 																								
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu pelayanan di Instalasi Gawat Darurat ±15 menit, terhitung mulai saat pasien dilayani dipendaftaran. 2. Waktu pelayanan di Instalasi Rawat Jalan ±10 menit, terhitung mulai saat pasien dilayani sesuai antrian yang dipanggil dipendaftaran. 																								
4	Biaya/Tarif	<p>Info tarif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biaya tarif pelayanan : <table border="1" data-bbox="603 1764 1437 2297"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Layanan</th> <th>Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Surat Keterangan Sehat dan Surat Keterangan Bebas Narkoba</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Surat Keterangan Disabilitas</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Surat Keterangan Spesialis Mata</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Surat Keterangan Spesialis THT</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Surat Keterangan Lahir</td> <td>Tidak dipungut biaya</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Surat Keterangan Berobat/Opname</td> <td>20.000</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Surat Keterangan Kematian</td> <td>Tidak dipungut biaya</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis Layanan	Tarif	1.	Surat Keterangan Sehat dan Surat Keterangan Bebas Narkoba	50.000	2.	Surat Keterangan Disabilitas	50.000	3.	Surat Keterangan Spesialis Mata	50.000	4.	Surat Keterangan Spesialis THT	50.000	5.	Surat Keterangan Lahir	Tidak dipungut biaya	6.	Surat Keterangan Berobat/Opname	20.000	7.	Surat Keterangan Kematian	Tidak dipungut biaya
No	Jenis Layanan	Tarif																								
1.	Surat Keterangan Sehat dan Surat Keterangan Bebas Narkoba	50.000																								
2.	Surat Keterangan Disabilitas	50.000																								
3.	Surat Keterangan Spesialis Mata	50.000																								
4.	Surat Keterangan Spesialis THT	50.000																								
5.	Surat Keterangan Lahir	Tidak dipungut biaya																								
6.	Surat Keterangan Berobat/Opname	20.000																								
7.	Surat Keterangan Kematian	Tidak dipungut biaya																								

		<table border="1"> <tr> <td>8.</td> <td><i>Visum Et Repertum (VER)</i></td> <td>20.000</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Asuransi lainnya</td> <td>100.000</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Surat rujukan</td> <td>Tidak dipungut biaya</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Surat layak terbang</td> <td>Tidak dipungut biaya</td> </tr> </table>	8.	<i>Visum Et Repertum (VER)</i>	20.000	9.	Asuransi lainnya	100.000	10.	Surat rujukan	Tidak dipungut biaya	11.	Surat layak terbang	Tidak dipungut biaya
8.	<i>Visum Et Repertum (VER)</i>	20.000												
9.	Asuransi lainnya	100.000												
10.	Surat rujukan	Tidak dipungut biaya												
11.	Surat layak terbang	Tidak dipungut biaya												
		2. Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.												
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran Pasien dari Instalasi Gawat Darurat dan Instalasi Rawat Jalan 2. Pembuatan Surat sesuai dengan kebutuhan pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Surat Keterangan Sehat b. Surat Keterangan Bebas Narkoba c. Surat Keterangan Disabilitas d. Surat Keterangan Spesialis Mata e. Surat Keterangan Spesialis THT f. Surat Keterangan Lahir g. Surat Keterangan Berobat/Opname h. Surat Keterangan Kematian i. <i>Visum Et Repertum (VER)</i> j. Asuransi lainnya k. Surat rujukan l. Surat layak terbang 												
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran 												
MANUFACTURING														
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 30 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. 												
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. <i>Scanner</i> 4. Alat tulis kantor (ATK) 5. Mesin cetak antrian dan monitor antrian 6. Pengeras suara 7. Alat sidik jari 8. AC 9. TV 												

		<p>10.Meja 11.Kursi 12.Rak file 13.Trolly berkas 14.Jaringan internet 15.Aplikasi pelayanan</p>
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik. 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa; dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi tenaga kesehatan minimum D-III kecuali tenaga medis meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi : S-1/D-III Rekam Medik 2. Staf rekam medik : S-1 Kesehatan Masyarakat, S-1 Keperawatan, D-IV Rekam Medik, D-III Rekam Medik, D-III Keperawatan dan D-III Kebidanan.
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas pendaftaran Instalasi Gawat Darurat : 8 orang, terbagi dalam 3 shift setiap shift masing-masing 2 orang. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 2.15 WIB Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB 2. Petugas pendaftaran Instalasi Rawat Jalan : 5 orang di shift pagi <ol style="list-style-type: none"> a. Pukul 08.00 s.d.12.45 WIB (untuk pengambilan nomor antrian ke Pendaftaran) b. Pukul 08.00 s.d.15.15 WIB (untuk pelayanan pasien). 3. Petugas administrasi di Instalasi Rekam Medik : 4 orang di shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 4. Petugas assembling di Instalasi Rekam Medik : 6 orang di shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 5. Petugas coder di Instalasi Rekam Medik : 8 orang di shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 6. Petugas pelaporan di Instalasi Rekam Medik : 3 orang di shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 7. Petugas penyimpanan di Instalasi Rekam Medik : 2 orang di shift pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB.
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilayani oleh perekam medis sesuai dengan kompetensinya.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Perekam medis melakukan pelayanan rekam medik sesuai dengan standar pelayanan dan prosedur tetap. 3. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan dan santun <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai dengan standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

**16. STANDAR PELAYANAN UNIT PELAYANAN PENGADUAN MASYARAKAT
RSUD dr. M. THOMSEN NIAS**

SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan Pelayanan	<p>Layanan dengan cara kunjungan langsung</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 2. Pengguna layanan membawa Kartu Identitas Pelapor 3. Pengguna layanan mengisi formulir pengaduan/komplain
2.	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Di Ruang <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas ruangan menerima keluhan, konflik atau perbedaan pendapat dari pasien/keluarga pasien. b. Petugas ruangan melaporkan, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat pasien/keluarga pasien dimaksud kepada kepala ruangan/kepala instalasi untuk diselesaikan. c. Apabila tingkat kepala ruangan/kepala instalasi tidak selesai, petugas ruangan mengarahkan pasien/keluarga pasien ke Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM). 2. Di Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas UPPM menerima, keluhan, konflik atau perbedaan pendapat dari pasien/ keluarga pasien b. Petugas UPPM mengarahkan pasien/keluarga pasien untuk mengisi formulir penanganan pengaduan pasien/keluarga. c. Petugas UPPM mengidentifikasi masalah. untuk keluhan, konflik atau perbedaan pendapat dari pasien/keluarga pasien dan atau masyarakat yang dapat dijawab oleh petugas, dapat langsung diselesaikan. dokumentasikan hasil penyelesaian keluhan, konflik atau perbedaan pendapat pada formulir penanganan pengaduan pasien/keluarga d. Untuk masalah yang tidak dapat dijawab/diselesaikan oleh petugas, lakukan koordinasi dengan kepala ruangan/kepala instalasi terkait. e. Tentukan kontrak waktu penyelesaian masalah. apabila dapat terselesaikan, dokumentasikan hasil pada formulir penanganan pengaduan pasien/keluarga f. Apabila tingkat kepala ruangan/kepala instalasi tidak selesai, lanjutkan kepada bagian/bidang terkait. g. Apabila tingkat kepala bagian/bidang belum dapat terselesaikan, lanjutkan kepada Direktur RSUD dr. M. Thomsen Nias dan dokumentasikan hasil dalam formulir penanganan pengaduan pasien/keluarga.

3	Jangka waktu pelayanan	1. Pengguna layanan akan dilayani dalam waktu \leq 10 menit untuk mengisi formulir komplain. 2. Proses penyelesaian waktu komplain pasien \leq 1 jam.
4	Biaya/Tarif	Tidak dipungut biaya
5	Produk layanan	Pelayanan pengaduan/komplain masyarakat
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Nomor <i>Handphone</i> : 082163524846 2. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 3. Website : rsud.niaskab.go.id 4. Instagram: @thomsennias 5. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 6. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan. 4. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik. 6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor Per/05/M.PAN/4/2009 tentang Pedoman Umum Penanganan Pengaduan Masyarakat Bagi Instansi pemerintah. 7. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8	Sarana prasarana/fasilitas	1. Komputer 2. Printer 3. Meja dan kursi 4. Alat Tulis 5. AC 6. Dispenser
9	Kompetensi pelaksana	1. Memahami perundang- rundangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan system pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bagian Tata Usaha melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Sub Bagian Akreditasi, Hubungan Masyarakat, Hukum dan Kemitraan melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bagian Tata Usaha.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Unit : 1 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Staf pelaksana : 2 orang, hanya satu shift. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman kepada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

17. STANDAR PELAYANAN UNIT AMBULANS RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> a. Formulir permintaan pembayaran mobil ambulans (yang diisi oleh supir dan disetujui oleh pengguna mobil ambulans) b. Surat permintaan pelayanan ambulans
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan mobil ambulans mengantar pasien/jenazah sesuai lokasi tujuan. <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas ambulans menerima permintaan pelayanan mobil ambulans dari ruang Rawat Inap/ Instalasi Perawatan Intensif/Instalasi Gawat Darurat/ Instalasi Kamar Jenazah dan masyarakat umum b. Petugas ambulans menjelaskan kepada pengguna tentang biaya pelayanan mobil ambulans sesuai lokasi tujuan. c. Petugas ambulans mengisi Formulir permintaan pembayaran mobil ambulans (telah disetujui oleh pengguna mobil ambulans) d. Pengguna mobil ambulans melakukan pembayaran biaya pelayanan mobil ambulans di kasir e. Petugas ambulans mengantar pasien/jenazah sesuai dengan lokasi tujuan f. Petugas ambulans setelah selesai mengantar sampai lokasi tujuan langsung kembali ke Rumah Sakit g. Petugas ambulans melakukan pencatatan dan pelaporan di buku administrasi penggunaan mobil ambulans h. Petugas ambulans melakukan pengecekan kondisi mesin dan membersihkan/mencuci mobil ambulans. 2. Pelayanan mobil ambulans menjemput pasien dari rumah ke RSUD dr. M. Thomsen Nias <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas ambulans menerima permintaan pelayanan mobil ambulans dari masyarakat umum b. Petugas ambulans menjelaskan kepada pengguna biaya pelayanan mobil ambulans sesuai lokasi penjemputan pasien (secara langsung/via telepon) c. Petugas ambulans menjemput pasien sesuai dengan lokasi tujuan penjemputan pasien d. Setelah tiba di Rumah Sakit, Petugas ambulans mengisi Formulir permintaan pembayaran mobil ambulans (telah disetujui oleh pengguna mobil ambulans) e. Pengguna mobil ambulans melakukan pembayaran biaya pelayanan mobil ambulans di kasir f. Petugas ambulans melakukan pencatatan dan pelaporan di buku administrasi penggunaan mobil ambulans

		<p>g. Petugas ambulans melakukan pengecekan kondisi mesin dan membersihkan/mencuci mobil ambulans.</p> <p>3. Pelayanan mobil ambulans untuk mengantar jenazah dari rumah duka ke lokasi pemakaman</p> <ol style="list-style-type: none"> Petugas ambulans menerima permintaan pelayanan mobil ambulans dari masyarakat umum Petugas ambulans menjelaskan kepada pengguna terkait biaya pelayanan mobil ambulans sesuai dengan lokasi rumah duka (secara langsung/via telepon) Petugas ambulans mengantar jenazah ke lokasi pemakaman Pengguna mobil ambulans melakukan pembayaran biaya pelayanan mobil ambulans di lokasi pemakaman kepada petugas ambulans. Setelah selesai mengantar jenazah sampai lokasi pemakaman, petugas ambulans langsung kembali ke Rumah Sakit Setelah kembali ke Rumah Sakit Petugas ambulance melakukan pembayaran di Unit Kasir Petugas ambulans melakukan pencatatan dan pelaporan di buku administrasi penggunaan mobil ambulans Petugas ambulans melakukan pengecekan kondisi mesin dan membersihkan/mencuci mobil ambulans. 									
3	Jangka waktu pelayanan	Unit Ambulans memberikan pelayanan selama 24 jam. Jangka waktu pelaksanaannya sesuai jarak lokasi tujuan.									
4	Biaya/Tarif	<p>Info tarif :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis Pelayanan</th> <th>Total Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dalam kota (radius 7 km)</td> <td>50.000</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Luar kota ditambah setiap 1 km</td> <td>4.250</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> Biaya layanan lainnya mempedomani Peraturan Daerah Kabuten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum. 	No	Jenis Pelayanan	Total Tarif	1.	Dalam kota (radius 7 km)	50.000	2.	Luar kota ditambah setiap 1 km	4.250
No	Jenis Pelayanan	Total Tarif									
1.	Dalam kota (radius 7 km)	50.000									
2.	Luar kota ditambah setiap 1 km	4.250									
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> Pelayanan mobil ambulans mengantar pasien/jenazah sesuai lokasi tujuan Pelayanan mobil ambulans menjemput pasien dari rumah ke RSUD dr. M. Thomsen Nias Pelayanan mobil ambulans untuk mengantar jenazah dari rumah duka ke lokasi pemakaman 									
6	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) Supervisor keperawatan Email : rsudgusit@yahoo.co.id Website : rsud.niaskab.go.id Instagram: @thomsennias Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias Kotak saran 									
MANUFACTURING											
7	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.									

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat parkir ambulans 2. Mobil ambulans 3. Mobil jenazah 4. Meja 5. Kursi 6. Lemari
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki ketrampilan bahasa, dan 8. Bersikap ramah dan sopan. <p>B. Kualifikasi Tenaga Supir Kualifikasi Minimum SLTA sederajat dan memiliki SIM A.</p>
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<p>Jumlah Supir : 6 orang terbagi dalam 3 shift</p> <ul style="list-style-type: none"> • Shif pagi sebanyak 2 orang : Pukul 07.45 s.d. 15.15 WIB • Shif sore sebanyak 2 orang : Pukul 15.00 s.d. 22.15 WIB • Shif malam sebanyak 2 orang : Pukul 22.00 s.d. 08.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman pada prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun

18. STANDAR PELAYANAN UNIT KASIR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS

SERVICE DELIVERY		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan dengan kunjungan langsung pasien Rawat Jalan Umum : Pengguna layanan datang ke kasir membawa Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Poliklinik/IGD 2. Layanan dengan kunjungan langsung pasien Rawat Inap Umum datang ke kasir membawa : <ol style="list-style-type: none"> a. Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Rawat Inap b. Formulir Permintaan Pembayaran Pemeriksaan Penunjang c. Formulir Permintaan Pembayaran Resep/BHP d. Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Poliklinik/IGD 3. Pasien Rawat Inap BPJS (selisih biaya) datang ke kasir membawa : <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar Klaim INA-CBG b. Formulir Rekapitulasi Perhitungan Biaya pasien BPJS Rawat Inap c. Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Rawat Inap 4. Pelayanan Retribusi Parkir <ol style="list-style-type: none"> a. Kendaraan Roda 2, 3, 4, atau lebih b. Karcis Masuk
2	Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Administrasi dari Instalasi Rawat Jalan/IGD menghitung rincian pengobatan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien. b. Petugas administrasi Instalasi Rawat Jalan/IGD menyerahkan tagihan pembayaran kepada pasien/keluarga. c. Pasien/keluarga pasien datang ke Kasir dengan menunjukkan Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Poliklinik/IGD yang diberikan oleh petugas administrasi Instalasi Rawat Jalan/IGD. d. Petugas Kasir memverifikasi dan menginput rincian perawatan di aplikasi billing kasir e. Pasien dan keluarga membayar jumlah biaya perawatan sesuai dengan jumlah di aplikasi billing kasir f. Setelah pasien/keluarga pasien melunasi pembayaran, petugas kasir menerbitkan Surat Tanda Bukti Pembayaran (STBP) sebanyak 3 rangkap. Lembar 1 untuk pasien, lembar 2 untuk Ruangan Rawat Jalan/IGD, lembar 3 untuk arsip Kasir/Keuangan 2. Pasien Rawat Inap Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Administrasi dari Ruangan Rawat Inap menghitung semua hari rawatan, rincian pengobatan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

		<ul style="list-style-type: none"> b. Petugas administrasi Ruang Rawat Inap menyerahkan tagihan pembayaran kepada pasien/keluarga. c. Pasien/keluarga pasien datang ke Kasir dengan menunjukkan Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Rawat Inap yang diberikan oleh petugas Administrasi Ruang Rawat Inap. d. Petugas Kasir memverifikasi dan menginput rincian perawatan di aplikasi billing kasir e. Pasien dan keluarga pasien membayar jumlah biaya perawatan sesuai dengan jumlah di aplikasi billing kasir f. Setelah pasien/keluarga pasien melunasi pembayaran, petugas kasir menerbitkan Surat Tanda Bukti Pembayaran (STBP) sebanyak 3 rangkap. Lembar 1 untuk pasien, lembar 2 untuk Ruang Rawat Inap, lembar 3 untuk arsip Kasir/Keuangan. <p>3. Pasien Rawat Inap BPJS (Selisih Biaya)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas Administrasi dari Ruang Rawat Inap menghitung semua hari rawatan, rincian pengobatan dan tindakan yang dilakukan terhadap pasien. b. Petugas administrasi Ruang Rawat Inap menyerahkan tagihan pembayaran kepada pasien/keluarga. c. Pasien/keluarga pasien datang ke Kasir dengan menunjukkan Formulir Permintaan Pembayaran Biaya Pengobatan Rawat Inap, Formulir Rekapitulasi Perhitungan Biaya pasien BPJS, Lembar Klaim INA-CBG yang diberikan oleh petugas Administrasi Rawat Inap d. Petugas Kasir memverifikasi dan menginput rincian perawatan di aplikasi billing kasir e. Pasien dan keluarga pasien membayar jumlah biaya perawatan sesuai dengan jumlah di aplikasi billing kasir f. Setelah pasien/keluarga pasien melunasi pembayaran, petugas kasir menerbitkan Surat Tanda Bukti Pembayaran (STBP) sebanyak 3 rangkap. Lembar 1 untuk pasien, lembar 2 untuk Ruang Rawat Inap, lembar 3 untuk arsip Kasir/Keuangan <p>4. Retribusi pelayanan parkir</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kendaraan masuk area RS melalui pintu masuk RS dan mengambil karcis pada pintu masuk b. Petugas Security mengarahkan kendaraan pada area parkir yang tersedia c. Pengendara memastikan kendaraannya dalam keadaan aman dan terkunci d. Petugas Security mengarahkan Kendaraan yang akan keluar RS sesuai dengan marka yang ada e. Kendaraan keluar area RS melalui portal pintu keluar RS dengan menunjukkan karcis kendaraan dan membayar sesuai tarif kendaraan :
--	--	---

		<p>Roda 2 : Rp. 1.000,- Roda 3 : Rp. 1.000,- Roda 4 : Rp. 2.000,- f. Petugas Kasir yang berada di pintu keluar (Portal Parkir) memberikan bukti pembayaran retribusi parkir kepada pengendara</p>																		
3	Jangka waktu pelayanan	<p>Pengguna layanan akan dilayani maksimal 5 Menit sejak pengguna layanan pada antrian sebelumnya selesai.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Jenis pelayanan</th> <th>Jangka waktu</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Pembayaran pasien umum</td> <td>5 menit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Pembayaran retribusi parkir</td> <td>30 detik – 1 menit</td> </tr> </tbody> </table>	No	Jenis pelayanan	Jangka waktu	1	Pembayaran pasien umum	5 menit	2	Pembayaran retribusi parkir	30 detik – 1 menit									
No	Jenis pelayanan	Jangka waktu																		
1	Pembayaran pasien umum	5 menit																		
2	Pembayaran retribusi parkir	30 detik – 1 menit																		
4	Biaya/Tarif	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Tarif</th> </tr> <tr> <th>No</th> <th>Uraian</th> <th>Tarif</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Tarif karcis kendaraan</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Roda 2</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Roda 3</td> <td>1.000</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Roda 4</td> <td>2.000</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sesuai Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>	Tarif			No	Uraian	Tarif	Tarif karcis kendaraan			1	Roda 2	1.000	2	Roda 3	1.000	3	Roda 4	2.000
Tarif																				
No	Uraian	Tarif																		
Tarif karcis kendaraan																				
1	Roda 2	1.000																		
2	Roda 3	1.000																		
3	Roda 4	2.000																		
5	Produk layanan	Pasien Mendapatkan Kuitansi Surat Tanda Bukti Pembayaran																		
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram: @thomsennias 6. Facebook : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran 																		
MANUFACTURING																				
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 4. Peraturan Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan 5. Peraturan Daerah Kabupaten Nias Nomor 10 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum 6. Keputusan Bupati Nias Nomor 445/469/2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Gunungsitoli Kabupaten Nias 																		
8	Sarana prasarana/ fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Kerja 2. Kursi 3. komputer 4. <i>Iphone</i> 5. Alat Tulis 6. Printer 7. Portal parkir 																		

9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kompetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami peraturan perundang-undangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistik yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan sistem pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi dan Pengelompokan Tenaga Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kualifikasi tenaga Administrasi minimum D-III <ul style="list-style-type: none"> • Kepala Unit : D-III Keperawatan • Staf pelaksana : D-III Manajemen Informatika 2. Kualifikasi tenaga lainnya minimum pendidikan SLTA sederajat dan bekerja di bawah supervisi tenaga kesehatan : <ul style="list-style-type: none"> • Staf pelaksana : SLTA sederajat
10	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik 3. Kepala Seksi Perbendaharaan, Mobilisasi Dana dan Akuntansi melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Keuangan dan Perencanaan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Administrasi 13 orang terbagi tiga shift <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB (7 orang) b. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.15 WIB (3 orang) c. Shift Malam : Pukul 22.15 s.d. 08.00 WIB (2 orang) 2. Petugas Kebersihan 4 orang terbagi dua shift, setiap shift masing-masing 2 orang. <ol style="list-style-type: none"> a. Shift Pagi : Pukul 06.00 s.d. 13.30 WIB b. Shift Sore : Pukul 13.30 s.d. 21.00 WIB
12	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilayani petugas administrasi 2. Petugas administrasi melakukan pelayanan sesuai standar yang telah ditetapkan 3. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cektaan/responsif, komunikatif, sopan dan santun. 4. Pasien mendapatkan STBP (Surat Tanda Bukti Pembayaran) <p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personil yang kompeten 2. Berpedoman pada prosedur yang berlaku
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan. 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan. 3. Pelaksanaan survei kepuasan masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan. 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali. 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

**19. STANDAR PELAYANAN UNIT EDUKASI DAN PROMOSI KESEHATAN
RSUD dr. M. THOMSEN NIAS**

SERVICE DELIVERY		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengguna layanan berkunjung ke Unit Edukasi dan Promosi Kesehatan. 2. Pengguna layanan mengisi File Rekam Medis Pasien (RM 1 dan RM 2) 3. Bagi pengguna layanan yang ingin mendapatkan informasi tentang pelayanan rumah sakit : tidak ada persyaratan.
2.	Prosedur pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Rawat Jalan (Poliklinik) <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas menerima pasien atau keluarga pasien dan pengunjung yang datang dengan ramah, senyum dan sopan. b. Ucapkan salam (Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu) dan mempersilahkan duduk. c. Petugas menanyakan kepada pasien atau keluarga pasien dan pengunjung “Ada yang bisa kami bantu Bapak/Ibu?”. d. Petugas mengisi identitas pasien pada formulir RM 2 (Persetujuan Umum – <i>General Consent</i>) dilanjutkan dengan pemberian edukasi antara lain: <ul style="list-style-type: none"> • Persetujuan untuk perawatan dan pengobatan; • Persetujuan pelepasan informasi; • Hak dan tanggung jawab pasien; dan • Informasi perkiraan biaya. e. Petugas menanyakan kepada pasien atau keluarga: “Apakah ada yang perlu ditanyakan Bapak/Ibu?” f. Jika tidak, petugas meminta pasien atau keluarga untuk tanda tangan formulir RM 2. g. Petugas mengucapkan terimakasih dan mengarahkan pasien atau keluarga ke pendaftaran rekam medik. 2. Instalasi Gawat Darurat (IGD) <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas menerima pasien/keluarga/ penanggung jawab pasien/pengunjung yang datang dengan ramah, senyum dan sopan. b. Ucapkan salam (Selamat pagi/siang/sore Bapak/Ibu) dan mempersilahkan duduk. c. Petugas menanyakan kepada pasien/keluarga/penanggung jawab pasien/pengunjung: “Ada yang bisa kami bantu Bapak/Ibu?”. d. Petugas mengisi identitas pasien pada formulir RM 2 (Persetujuan Umum – <i>General Consent</i>) kecuali pengunjung yang hanya meminta informasi tentang pelayanan rumah sakit dilanjutkan dengan pemberian edukasi antara lain: <ul style="list-style-type: none"> • Persetujuan untuk perawatan dan pengobatan; • Persetujuan pelepasan informasi;

		<ul style="list-style-type: none"> • Hak dan tanggung jawab pasien; • Informasi rawat inap; • Privasi; dan • Informasi perkiraan biaya. <p>e. Petugas menanyakan kepada pasien atau keluarga: “Apakah ada yang perlu ditanyakan Bapak/Ibu?”</p> <p>f. Jika tidak, petugas meminta pasien/keluarga/penanggung jawab pasien untuk tanda tangan formulir RM 2.</p> <p>g. Petugas mengucapkan terima kasih dan file rawat inap pasien diantar ke Dokter Jaga IGD.</p>
3	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi formulir RM 2 (Persetujuan Umum – <i>General Consent</i>) : ≤ 5 menit 2. Menyampaikan edukasi dan informasi kepada pasien/keluarga : ≤ 5 menit
4	Biaya/ tarif	Tidak dipungut biaya
5	Produk layanan	File Rekam Medis pasien RM 2
6	Penanganan pengaduan, saran masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Secara langsung : Unit Pelayanan Pengaduan Masyarakat (UPPM) 082163524846 (<i>WhatsApp</i>) 2. Supervisor keperawatan 3. Email : rsudgusit@yahoo.co.id 4. Website : rsud.niaskab.go.id 5. Instagram : @thomsennias 6. <i>Facebook</i> : RSUD dr. M. Thomsen Nias 7. Kotak saran
MANUFACTURING		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Pemerintah Nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitian 4. Peraturan Presiden Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 28 Tahun 2004 tentang Akuntabilitas Pelayanan Publik 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien 8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2017 Tentang Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik

		10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. SIM-RS 2. Alat tulis 3. Alat elektronik dan peralatan rumah tangga
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Uraian Kopetensi Pelaksana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memahami perundang- rundangan 2. Mampu berkomunikasi secara lisan dengan baik 3. Menguasai prosedur pelayanan 4. Memiliki pengetahuan tentang statistic yang memadai 5. Memiliki keterampilan pemanfaatan teknologi informasi 6. Mampu mengoperasikan system pelayanan 7. Memiliki keterampilan bahasa dan 8. Bersikap ramah dan sopan <p>B. Kualifikasi pendidikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala Unit : D-III Keperawatan • Staf Pelaksana : S-1 Kesehatan Masyarakat, D-III Analis Kesehatan, D-III Administrasi, D-III Keperawatan dan SLTA Sederajat.
10	Pengawasan internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur RSUD melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi pelayanan (setiap 3 bulan) dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Kepala Bidang Pelayanan melakukan monitoring dan evaluasi secara periodik. 3. Kepala Seksi Keperawatan dan Kepala Seksi Medis dan Penunjang Medis melakukan pengawasan secara langsung dan melaporkan kepada Kepala Bidang Pelayanan.
11	Jumlah pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Unit: 1 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB 2. Staf pelaksana : 6 orang Shift Pagi : Pukul 08.00 s.d. 15.15 WIB, 2 orang di Instalasi Rawat Jalan dan 2 orang di Instalasi Gawat Darurat. Shift Sore : Pukul 15.15 s.d. 22.45 WIB, 2 orang di Instalasi Gawat Darurat.
12	Jaminan pelayanan	<p>Maklumat Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan. 2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus menerus. 3. Kami bersedia untuk menerima sanksi dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kerahasiaan terjamin 2. Personil yang kompeten 3. Peralatan standar dan terkalibrasi secara berkala 4. Berpedoman kepada medis dan prosedur tetap
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi standar pelayanan minimal dilaksanakan setiap bulan 2. Monitoring dan evaluasi pelayanan dilaksanakan setiap bulan 3. Pelaksanaan survei kepuasan Masyarakat dilaksanakan setiap bulan dan dilakukan rekapitulasi setiap triwulan. 4. Penilaian kinerja staf dilaksanakan setiap 3 bulan sekali 5. Laporan hasil pelayanan dilaksanakan setiap tahun.

DIREKTUR RSUD dr. M. THOMSEN NIAS,



dr. NOFERLINA ZEBUA

Pembina Tingkat I

NIP. 198211142009042006