



**BUPATI TOJO UNA-UNA
PROVINSI SULAWESI TENGAH**

KEPUTUSAN BUPATI TOJO UNA-UNA
NOMOR : 100.3.3.2/188/BAG.ORG/2023

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMPANA

BUPATI TOJO UNA-UNA,

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan Standar Pelayanan;
- b. bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 1 ayat (1) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan dan menerapkan standar pelayanan publik untuk setiap jenis pelayanan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Bupati tentang Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Ampana;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2003 tentang Pembentukan Kabupaten Tojo Una-Una di Provinsi Sulawesi Tengah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 147, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4342);
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
3. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5353);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 17 Tahun 2018 tentang Kecamatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 73, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6206);
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman

Standar Pelayanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 26);

MEMUTUSKAN :

- Menetapkan : KEPUTUSAN BUPATI TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMPANA.
- KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Ampana sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Keputusan Bupati ini.
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU dijadikan pedoman dalam rangka memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan kepada masyarakat.
- KETIGA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU merupakan komponen terdiri atas:
a. terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*); dan
b. terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*).
- KEEMPAT : Keputusan Bupati ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Ampana
pada tanggal 12 April 2023



BUPATI TOJO UNA-UNA,

MOHAMMAD LAHAY

LAMPIRAN
 KEPUTUSAN BUPATI TOJO UNA-UNA
 NOMOR:100.3.3.2/188/BAG.ORG/2023
 TENTANG
 STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT
 UMUM DAERAH AMPANA

STANDAR PELAYANAN PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AMPANA

A. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN POLIKLINIK RAWAT JALAN

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	A. Pasien Peserta BPJS 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / KK/ SIM / Pasport) 3. Kartu BPJS 4. Rujukan dari FKTP / FKTRL / SKDP/RESUME MEDIS 5. Rujukan online B. Pasien Umum 1. Kartu Identitas Berobat 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) C. Pasien Jaminan Perusahaan 1. Kartu Identitas Berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu/Surat Pengantar jaminan dari Perusahaan 3. Rujukan dari klinik perusahaan/dokter setempat
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pengambilan nomor antrian dilakukan melalui mesin Anjungan Pasien Mandiri (APM) yang tersedia di rumah sakit. 2. Antrian terdiri atas 4 jenis, a. antrian BPJS untuk pasien BPJS b. antrian Umum untuk pasien Umum atau asuransi lainnya c. antrian KIR untuk pasien yang ini melakukan General Chek up/Pemeriksaan status Kesehatan d. antrian Geriatri yang merupakan antrian Prioritas untuk pasien Lanjut Usia. 3. Pengambilan antrian dapat diakses mulai jam 07.00 WITA. 4. Petugas Loker/Admisi melakukan pemanggilan kepada pasien untuk melakukan Proses Pendaftaran pada pukul 08.00 WITA. 5. Pasien menunjukkan nomor antrian dan Identitas kepada petugas untuk proses penjaminan dan penyiapan Dokumen Rekam Medis. 6. Petugas pendaftaran melakukan verifikasi berkas pasien

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Petugas pendaftaran memberikan Surat Eligibilitas Pasien kepada petugas poli, kartu untuk retrieval berkas rekam medis 8. Pasien menunggu di Klinik Spesialis yang dituju
3.	Jangka waktu pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan Antrian : Pukul 07.00 s.d 11.00 WITA 2. Pendaftaran Pelayanan Loker : 08.00 s.d 14.00 WITA
4.	Biaya/tarif	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan 2. Pasien Umum/ Perusahaan/ Asuransi Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 Tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pendaftaran pasien Rawat Jalan
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS; 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/ PER/ III /2008 tentang Rekam Medik; 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit; 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kios-K 2. Counter Pendaftaran 3. Ruang tunggu dilengkapi dengan televisi, media edukasi 4. Komputer 5. Layar Monitor 6. Printer 7. Sound System 8. Meja 9. Kursi 10. Jaringan line internet

		11. Printer ID Card
9.	Kompetensi pelaksana	1. Profesi Perkam Medik 2. Pengadministrasi yang sudah terlatih
10	Pengawasan Internal	1. Monitoring & Evaluasi 2. Penanggung jawab Kepala Ruangan Rekam Medik 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program dan Kemitraan
11.	Jumlah pelaksana	Jumlah Tenaga 6 Orang
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun . 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

B. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN RAWAT INAP

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Pasien Peserta BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat pengantar masuk rawat inap dari poliklinik. 2. Kartu identitas (KTP / KK/ SIM / Pasport). 3. Kartu BPJS. 4. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama). <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat pengantar masuk rumah sakit dari poliklinik. 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) 3. Kartu Identitas Berobat (bagi pasien lama). <p>C. Pasien Jaminan Perusahaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat pengantar masuk rumah sakit dari poliklinik. 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) 3. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama). 4. Surat pengantar/rujukan online perusahaan.
2.	Sistem, mekanisme	1. Menerima surat pengantar dari poliklinik

	dan prosedur	<p>yang dibawa petugas atau pasien/keluarga pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan wawancara untuk menentukan kelas ruang perawatan. 3. Memperhatikan surat jaminan seperti BPJS, Jamsostek, jaminan perusahaan, jaminan kesehatan masyarakat miskin, dll. 4. Menjelaskan tarif ruangan kepada pasien/keluarganya yang memerlukan. 5. Konfirmasi pertelepon ke petugas di ruang rawat inap yang bersangkutan untuk memastikan tempat pasien dirawat. 6. Pasien lama/pasien yang sudah pernah berobat dilihat KIB pasien tersebut, apabila tidak dibawa dapat dicari di komputer untuk memastikan nomor rekam medis lama. 7. Pasien baru dibuatkan KIB untuk menentukan nomor rekam medis pasien tersebut. 8. Data pasien di input berdasarkan kartu identitas (KTP, SIM, atau pasport). 9. Entry data ke simrs dilakukan berdasarkan surat pengantar rawat inap, kemudian pencetakan lembar masuk dan surat eligibilitas pasien. 10. Surat jaminan dirawat di kelas ditandatangani oleh pasien/walinya atau yang menjamin. 11. Membuat berkas rekam medis pasien. 12. Menyerahkan berkas rekam medis pasien. 13. Memberikan informasi kepada keluarga pasien yang bertanya dimana ruang pasien dirawat. 14. Melakukan konfirmasi dengan piket keperawatan bila ruangan penuh untuk mendapatkan kamar inap.
3.	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran pasien rawat inap Input data 1 menit b. Pencetakan SEP rawat inap 1 menit c. Penjelasan general consent, tarif ruangan, tindakan, hak dan kewajiban pasien 3-5 menit d. Mencari kamar 3-5 menit e. Pembuatan berkas rekam medis 5 menit <p>Catatan : waktu ini tidak termasuk apabila ruangan penuh:</p> <p>Jam Layanan 24 Jam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Admission <ol style="list-style-type: none"> a. Dinas Pagi : pukul 07.30 - 14.00 WITA. b. Dinas Sore : Pukul 14.00 - 21.00 WITA. c. Dinas Malam : Pukul 21.00 - 07.30 WITA.

		<p>2. Tempat Penerimaan dan Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)</p> <p>a. Dinas Pagi : pukul 07.30 - 14.00 WITA.</p> <p>b. Dinas siang : Pukul 14.00 - 21.00 WITA.</p> <p>c. Dinas Malam : Pukul 21.00 - 07.30 WITA.</p>
4.	Biaya/tarif	<p>1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan</p> <p>2. Pasien Umum/ Perusahaan/Asuransi Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 Tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana</p>
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pendaftaran pasien Rawat Inap
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<p>1. Email: layananpengaduanrsudampana@gmail.com</p> <p>2. WA/SMS : 085298702006</p> <p>3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id</p>
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<p>1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.</p> <p>2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.</p> <p>3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.</p> <p>4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik.</p> <p>7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.</p> <p>8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis</p> <p>9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.</p>
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>1. Counter Pendaftaran.</p> <p>2. Ruang tunggu dilengkapi dengan televisi, media edukasi</p> <p>3. Komputer.</p> <p>4. Layar Monitor.</p> <p>5. Printer.</p> <p>6. Gelang dan Barcode.</p> <p>7. Sound System.</p> <p>8. Meja.</p> <p>9. Kursi.</p> <p>10. Jaringan line internet.</p> <p>11. Printer ID Card.</p>
9.	Kompetensi pelaksana	1. Profesi Perkam Medik.

		2. Pengadministrasi yang sudah terlatih.
10.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & Evaluasi. 2. Penanggung jawab Kepala Ruangan Rekam Medik. 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan. 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program dan Kemitraan.
11.	Jumlah pelaksana	Jumlah Tenaga 7 Orang
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

C. STANDAR PELAYANAN PENDAFTARAN PASIEN GAWAT DARURAT

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	A. Pasien Peserta BPJS 1. Kartu identitas (KTP / KK/ SIM / Pasport) 2. Kartu BPJS 3. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) B. Pasien Umum 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) 2. Kartu Identitas Berobat (bagi pasien lama) C. Pasien Jaminan Perusahaan 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) 2. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) 3. Surat pengantar/rujukan online perusahaan
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pasien IGD diterima oleh tenaga medis di ruang triase. 2. Pasien/keluarga pasien mendaftar di admission dengan membawa persyaratan. 3. Petugas mewawancarai pasien/keluarga yang mengantar guna mendapatkan identitas sosial pasien dan jaminan kesehatan yang dimiliki. 4. Bagi pasien tanpa identitas akan diberikan

		<p>Mr. X (laki-laki) atau Ms. Y (perempuan) dan dilaporkan ke bagian Satpam untuk pencarian identitas sebenarnya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Bagi pasien bayi akan dituliskan dengan By. Ny. Nama ibunya. 6. Membuat dan memberikan kartu identitas berobat bagi pasien baru dan menanyakan kartu identitas berobat kepada pasien/keluarganya bagi pasien yang sudah pernah berobat ke RS AWS. 7. Pasien lama yang tidak membawa kartu identitas berobat perlu dicari melalui komputer guna memperoleh nomor rekam medis pasien yang bersangkutan. 8. Entry data identitas dan data sosial pasien berdasarkan KTP, SIM, atau passport. 9. Mencetak barcode dan gelang pasien 10. Bagi pengguna jaminan kesehatan BPJS, petugas akan melakukan verifikasi dan pencetakan Surat Eligibilitas Pasien (SEP). 11. Bagi pengguna jaminan perusahaan, petugas akan meminta kartu tanda peserta untuk memastikan bahwa perusahaan penjamin pasien memiliki kerjasama dengan RS AWS. 12. Bagi pasien yang tidak memiliki keduanya, petugas akan melakukan edukasi untuk pelayanan pasien umum. 13. Bila ada gangguan pada komputer maka data pasien ditulis manual. 14. Menyerahkan formulir IGD.
3.	Jangka waktu pelayanan	<p>Admission IGD :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dinas Pagi : pukul 07.30 - 14.00 WITA 2. Dinas Sore : Pukul 14.00 - 21.00 WITA 3. Dinas Malam : Pukul 21.00 - 07.30 WITA
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan 2. Pasien Umum/Perusahaan/Asuransi Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 Tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampa
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pendaftaran pasien Gawat Darurat
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS.

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis. 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Counter Pendaftaran. 2. Ruang tunggu dilengkapi dengan televisi, media edukasi. 3. Komputer. 4. Layar Monitor. 5. Printer. 6. Gelang dan Barcode. 7. Sound System. 8. Meja. 9. Kursi. 10. Jaringan line internet. 11. Printer ID Card.
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesi Perekam Medik. 2. Pengadministrasi yang sudah terlatih.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi. 2. Penanggung jawab Kepala Ruangan Rekam Medik . 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan. 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program dan Kemitraan.
11.	Jumlah pelaksana	Jumlah Tenaga 3 Orang.
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

D. STANDAR PELAYANAN PEMBUATAN SURAT KETERANGAN MEDIS /

RESUME MEDIS

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Persyaratan Pembuatan Resume Medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama). 2. Kartu identitas pasien (KTP/KK/SIM/pasport). 3. Surat kuasa permohonan resume medis apabila diwakilkan selain pasien. <p>B. Persyaratan pembuatan Surat Keterangan Medis untuk klaim asuransi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama). 2. Kartu identitas pasien (KTP/KK/SIM/pasport). 3. Surat kuasa permohonan resume medis apabila diwakilkan selain pasien. 4. Surat Permintaan resmi dari perusahaan atau asuransi. 5. Formulir asuransi bila ada.
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menjelaskan alur pembuatan surat keterangan resume medis dan/atau klaim asuransi. 2. Setelah pasien menerima penjelasan tentang alur pembuatan surat keterangan medis, pasien menyerahkan persyaratan-persyaratan kepada petugas rekam medis. 3. Petugas rekam medis mengecek data riwayat pelayanan pasien di dalam data billing dan petugas menyiapkan formulir resume medis yang diterima dan pasien serta mencarikan berkas rekam medis pasien. 4. Petugas rekam medis memintakan isian dan tanda tangan resume medis kepada dokter penanggung jawab pasien. 5. Pasien melakukan proses pembayaran biaya administrasi pembuatan surat keterangan medis. 6. Petugas menyerahkan Surat Keterangan Medis yang lengkap dan sudah ditandatangani oleh DPJP. 7. Petugas membubuhkan cap/stempel RSUD Ampana pada surat keterangan medis.
3.	Jangka waktu pelayanan	Senin s.d Sabtu (Pukul 07.30 - 14.00 WITA)
4.	Biaya/tarif	Sesuai dengan Perbup Nomor 1 Tahun 2020 tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana.
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pembuatan Surat Keterangan Medis.
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006

		3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis. 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu dilengkapi dengan kursi tunggu. 2. Komputer. 3. Printer. 4. Layar Monitor. 5. Meja. 6. Kursi. 7. Jaringan line internet.
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesi Perekam Medik. 2. Pengadministrasi yang sudah terlatih.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi. 2. Penanggung jawab Kepala Ruangan Rekam Medik. 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan. 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program dan Kemitraan.
11.	Jumlah pelaksana	2 Orang
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

E. STANDAR PELAYANAN PENYEDIAAN BERKAS REKAM MEDIS PASIEN POLIKLINIK

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Pasien BPJS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Eligibilitas Pasien (SEP). 2. Surat Kontrol bagi pasien yang kontrol dari rawat inap. 3. Fotokopi surat rujukan dari fasilitas kesehatan perujuk. <p>B. Pasien Umum.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotokopi kartu identitas berobat. 2. Surat Kontrol bagi pasien yang kontrol dari rawat inap. <p>c. Pasien Jaminan Perusahaan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fotokopi kartu identitas berobat. 2. Fotokopi tanda peserta jaminan perusahaan/asuransi 3. Fotokopi surat pengantar perusahaan. 4. Fotokopi rujukan perusahaan bila ada.
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas filing mengambil SEP dari petugas TP2RJ poliklinik. 2. SEP di sortir berdasarkan pasien baru atau lama. 3. Bagi pasien baru akan dibuatkan berkas rekam medis baru sesuai dengan format berkas klinik yang dituju. 4. Bagi pasien lama, SEP akan disortir berdasarkan terminal digit no rekam medis pasien. 5. Petugas filing akan mencari berkas di rak yang menjadi tanggung jawabnya. 6. Berkas rekam medis yang telah ditemukan dicatat didalam buku ekspedisi sesuai klinik yang dituju. 7. Petugas distribusi mengantar berkas ke klinik yang dituju dan melakukan serah terima. 8. Setelah pelayanan berakhir, petugas poliklinik mengantarkan berkas rekam medis ke gudang berkas rekam medis. 9. Serah terima dilakukan petugas poliklinik kepada petugas filing. 10. Petugas filing melakukan sortir berkas rekam medis sesuai terminal digit. 11. Berkas rekam medis disimpan sesuai rak.
3.	Jangka waktu pelayanan	Senin s.d Sabtu (Pukul 08.00 - 14.00 WITA)
4.	Biaya/tarif	Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana.
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Penyediaan Berkas Rekam Medis Pasien Poliklinik
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id

Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis. 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Layar Monitor 3. Printer 4. Meja kerja 5. Kursi kerja 6. Pesawat Telepon 7. Lemari penyimpanan berkas 8. Lemari sortir 9. Jaringan line internet
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesi Perekam Medik 2. Pengadministrasi yang sudah terlatih
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi 2. Penanggung jawab Kepala Ruangan Rekam Medik 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program dan Kemitraan
11.	Jumlah pelaksana	Jumlah Tenaga 3 Orang
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

F. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Pasien Umum (Bayar Tunai).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama). 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport). 3. Kartu keluarga (bagi bayi / anak yang belum memiliki kartu identitas). 4. Surat rujukan / hasil skrinning pasien. <p>B. Pasien Peserta BPJS.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama). 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport). 3. Kartu BPJS 4. Rujukan dari FKTP / FKTRL / SKDP. 5. Surat Eligibilitas Pelayanan. <p>C. Pasien Perusahaan / Asuransi (yang bekerjasama dengan RSUD Ampana).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama). 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport). 3. Kartu Asuransi. 4. Surat jaminan perusahaan. 5. Surat rujukan.
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan nomor antrian 2. Pendaftaran di loket TP2RJ bagi pasien umum/ di Counter BPJS bagi pasien BPJS 3. Pasien menunggu di Klinik Spesialis yang dituju 4. Perawat/bidan melakukan pemeriksaan tanda vital dan pengkajian awal keperawatan 5. Pemeriksaan dilakukan oleh Dokter Spesialis, Dokter Subspesialis atau Dokter Gigi Spesialis 6. Pasien yang memerlukan pemeriksaan penunjang akan diarahkan ke fasilitas pemeriksaan penunjang (disertai surat pengantar) 7. Setelah pemeriksaan selesai pasien mengambil obat di Apotek Rawat Jalan 8. Pasien Tunai menyelesaikan seluruh biaya pengobatan di Kasir Rawat Jalan 9. Pasien pulang / rawat inap / rujuk
3.	Jangka waktu pelayanan	20 Menit : sejak pasien bertemu dokter dan mendapatkan tindakan serta resep obat Waktu Pelayanan Senin – Sabtu Pukul 08.00 – 14.00 WITA
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan 2. Pasien Umum/Perusahaan/Asuransi Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 Tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana
5.	Produk pelayanan	<p>Pelayanan Rawat Jalan oleh Dokter Spesialis, Dokter Umum, Dokter Gigi di semua klinik yang tersedia, yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik Bedah 2. Klinik Penyakit Dalam 3. Klinik Obgin

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Klinik Anak 5. Klinik Saraf 6. Klinik Jiwa 7. Klinik Kulit dan Kelamin 8. Klinik Mata 9. Klinik Gigi dan Mulut 10. Klinik Umum
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layananpengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik; 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis. 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loker Pendaftaran 2. Ruang tunggu dilengkapi dengan televisi, media edukasi 3. Ruang pemeriksaan 4. Toilet 5. Ruang laktasi 6. Apotek 7. Kursi roda dan brankar 8. Laboratorium 9. Kasir
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis, Dokter Umum dan Dokter Gigi 2. Perawat/ bidan dengan pendidikan minimal D III Keperawatan / D III Kebidanan 3. Laboran
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi oleh Kepala Instalasi, Koordinator dan Kepala Ruangan Rawat Jalan 2. Supervisi oleh Kepala Bidang dan Seksi Pelayanan Medik.
11.	Jumlah pelaksana	Jumlah Tenaga 32 Orang.
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan

		Standar Akreditasi Rumah Sakit.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Evaluasi penerapan SPM RS dilakukan setiap bulan oleh Instalasi terkait. 3. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

G. STANDAR PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP DI INSTALASI RAWAT INAP

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> A. Pasien Umum (Bayar Tunai) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport) 3. Kartu keluarga (bagi bayi / anak yang belum memiliki kartu identitas) 4. Surat rujukan (jika ada) 5. Surat Pengantar Rawat Inap 6. General Concent B. Pasien Peserta BPJS <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport) 3. Kartu BPJS 4. Rujukan dari FKTP / FKTRL / SKDP 5. Surat Pengantar Rawat Inap 6. General Concent C. Pasien Perusahaan / Asuransi (yang bekerjasama dengan RSUD Ampana) <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport) 3. Kartu Asuransi 4. Surat jaminan perusahaan 5. Surat rujukan 6. Surat Pengantar Rawat Inap 7. General Concent
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/ Keluarga Melakukan pendaftaran rawat inap di admisi IGD / TP2RI. 2. Petugas mengantar pasien ke ruang rawat inap dan melakukan serah terima pasien dengan petugas rawat inap. 3. Keluarga pasien / petugas rumah sakit mengurus penerbitan SEP / surat jaminan (bagi pasien BPJS). 4. Pemberian asuhan medis, keperawatan dan asuhan profesi kesehatan lainnya selama perawatan. 5. Perencanaan pasien pulang. 6. Penyelesaian administrasi/pembayaran dikasir

		(khusus pasien umum). 7. Pasien pulang atau dirujuk.
3.	Jangka waktu pelayanan	1 jam sejak pasien mendaftar di TP2RI hingga diantar ke ruang rawat inap. Waktu tergantung ketersediaan ruangan. Waktu Pelayanan : Setiap hari (7 hari – 24 jam).
4.	Biaya/tarif	1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan. 2. Pasien Umum/Perusahaan/Asuransi Sesuai dengan Perbup No. 1 Tahun 2020 tentang tarif Pelayanan Kesehatan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD Ampana. Terif Kamar : a. Kelas III : Rp.50.000,- b. Kelas II : Rp.90.000,- c. Kelas I : Rp.170.000,- d. Ruang Intensive : Rp.350.000,- e. VIP A : Rp.400.000,- f. VIP B : Rp.350.000,-
5.	Produk pelayanan	1. Pelayanan Rawat Inap 2. Pelayanan Rawat Intensive
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	1. Email : layananpengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis. 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	1. Kelas I 2. kelas II 3. Kelas III 4. Intensif Care (ICU) 5. Perinatologi
9.	Kompetensi pelaksana	1. Dokter Spesialis dengan Surat Penugasan Klinik (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinik (RKK) 2. Perawat/ bidan dengan Surat Penugasan Klinik (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinik (RKK)

		3. Profesi Pemberi Asuhan lainnya (Dietisien, Farmasi, Rehabilitasi Medik, Psikolog Klinis) dengan Surat Penugasan Klinik (SPK) dan Rincian Kewenangan Klinik (RKK)
10.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & Evaluasi oleh Kepala Instalasi, Koordinator dan Kepala Ruangan Rawat Inap 2. Supervisi oleh Kepala Bidang dan Seksi Pelayanan Medik
11.	Jumlah pelaksana	Terdiri atas 224 orang dengan rincian sebagai berikut: 1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Kepala Ruangan Perawatan 9 Orang 3. Dokter 14 orang 4. Perawat 156 orang 5. Bidan 35 orang 6. Administrasi 9 orang
12.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS.
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun. 2. Evaluasi penerapan SPM RS dilakukan setiap bulan oleh Instalasi terkait. 3. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

H. STANDAR PELAYANAN PASIEN BARU MASUK SAMPAI PULANG DI INSTALASI GAWAT DARURAT

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	A. Pasien Peserta BPJS 1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / KK/SIM / Pasport) 3. Kartu BPJS B. Pasien Umum 1. Kartu Identitas Berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) C. Pasien Jaminan Perusahaan 1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport) 3. Kartu tanda peserta jaminan perusahaan/asuransi 4. Rujukan online perusahaan
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Pasien IGD diterima oleh tenaga medis di ruang triase 2. Pasien/keluarga pasien mendaftar di admission IGD dengan membawa persyaratan

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas mewawancarai pasien/keluarga yang mengantar guna mendapatkan identitas sosial pasien dan jaminan kesehatan yang dimiliki 4. Bagi pasien tanpa identitas akan diberikan Mr. X (laki-laki) atau Ms. Y (perempuan) dan dilaporkan ke bagian Satpam untuk pencarian identitas sebenarnya 5. Bagi pasien bayi akan dituliskan dengan By. Ny. Nama ibunya 6. Membuat dan memberikan kartu identitas berobat bagi pasien baru dan menanyakan kartu identitas berobat kepada pasien/keluarganya bagi pasien yang sudah pernah berobat ke RS Ampana 7. Pasien lama yang tidak membawa kartu identitas berobat perlu dicari melalui komputer guna memperoleh nomor rekam medis pasien yang bersangkutan 8. Entry data identitas dan data sosial pasien berdasarkan KTP, SIM, atau passport 9. Mencetak barcode dan gelang pasien 10. Bagi pengguna jaminan kesehatan BPJS, petugas akan melakukan verifikasi dan pencetakan Surat Eligibilitas Pasien (SEP) 11. Bagi pengguna jaminan perusahaan, petugas akan meminta kartu tanda peserta untuk memastikan bahwa perusahaan penjamin pasien memiliki kerjasama dengan RS Ampana 12. Bagi pasien yang tidak memiliki keduanya, petugas akan melakukan edukasi untuk pelayanan pasien umum 13. Bila ada gangguan pada komputer maka data pasien ditulis manual 14. Menyerahkan formulir IGD
3.	Jangka waktu pelayanan	<p>Admission IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dinas Pagi : pukul 08.00 - 14.00 WITA b. Dinas Sore : Pukul 14.00 - 21.00 WITA c. Dinas Malam : Pukul 21.00 - 08.00 WITA
4.	Biaya/tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta BPJS Tanpa Biaya / dijamin oleh BPJS Kesehatan 2. Pasien Umum/Perusahaan/Asuransi Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 Tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pendaftaran pasien Gawat Darurat
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Permenpan Nomor 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perkam Medis 9. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Counter Pendaftaran 2. Ruang tunggu 3. Komputer 4. Layar Monitor 5. Printer 6. Sound System 7. Meja 8. Kursi 9. Jaringan line internet
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesi Perkam Medik 2. Pengadministrasi yang sudah menjalani pelatihan rekam medis
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi 2. Penanggung jawab Kepala Instalasi Rekam Medik 3. Supervisi oleh Kasi Evaluasi dan Pelaporan 4. Supervisi oleh Kabid Bina Program
11.	Jumlah pelaksana	<p>Tenaga 49 Orang Terdiri atas :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 1 Orang 2. Dokter Umum 9 Orang 3. Perawat 36 Orang 4. Administrasi 1 Orang 5. Evakuator 2 Orang
12.	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 2. Evaluasi penerapan SPM RS dilakukan setiap bulan oleh Instalasi terkait 3. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

I. STANDAR PELAYANAN TINDAKAN PASIEN OPERASI DI INSTALASI BEDAH SENTRAL

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Surat Persetujuan Tindakan Operasi . 2. Surat persetujuan Tindakan Pembiusan. 3. Kartu BPJS. 4. Kartu identitas (KTP/ SIM/ Pasport).
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) memberikan penjelasan terkait tindakan operasi di rawat jalan ataupun di rawat inap. 2. Pasien/keluarga menandatangani surat persetujuan operasi. 3. Pasien disiapkan untuk tindakan operasi di ruang rawat inap (untuk operasi elektif/ terjadwal). 4. Petugas mengantar pasien ke kamar operasi dan melakukan serah terima. 5. Setelah operasi selesai, pasien dipindahkan ke ruang pemulihan untuk dilakukan observasi pasca operasi 6. Setelah observasi selesai, maka petugas kamar operasi akan melakukan serah terima dengan petugas ruangan 7. Pasien kembali ke ruang perawatan/pulang
3.	Jangka waktu pelayanan	30 menit jangka waktu pasien diantar dari ruang rawat inap ke ruang skrinning operasi Waktu Pelayanan : Senin – Sabtu pukul 08.00 – 14.00 untuk pasien elektif (terjadwal)
4.	Biaya/tarif	A. Pasien Umum (Bayar Tunai) / Perusahaan / Asuransi Tarif Publik : 1. Tindakan Operasi Kecil Rp 2.025.000,- * 2. Tindakan Operasi Sedang Rp 2.700.000,- * 3. Tindakan Operasi Besar Rp 3.375.000,- * 4. Tindakan Operasi Khusus Rp 4.050.000,- * Ket : * = Tarif belum termasuk Bahan Habis Pakai dan Obat Tarif sesuai Peraturan Bupati Tojo Una-Una No. 1 Tahun 2020 tentang Tarif Retribusi Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ampana B. Pasien Peserta JKN (BPJS) Permenkes Nomor 59 tahun 2014
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Tindakan Operasi
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang

		<p>BPJS.</p> <p>4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik.</p> <p>7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit.</p> <p>8. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.</p>
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>1. Ruang Persiapan Operasi.</p> <p>2. Kamar operasi.</p> <p>3. Ruang pemulihan.</p> <p>4. Instrumen Bedah.</p> <p>5. Alat penunjang operasi.</p>
9.	Kompetensi pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis.</p> <p>2. Perawat bedah.</p> <p>3. Perawat / Penata Anestesi.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Monitoring & Evaluasi oleh kepala instalasi/ruangan Bedah Sentral.</p> <p>2. Supervisi oleh Kasi Pelayanan Medik .</p> <p>3. Supervisi oleh Kabid Pelayanan.</p>
11.	Jumlah pelaksana	<p>11 orang, yang terdiri dari :</p> <p>1. Kepala Instalasi 1 orang</p> <p>2. Dokter 4 orang.</p> <p>3. Perawat 17 orang.</p>
12.	Jaminan pelayanan	<p>1. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien</p> <p>2. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit</p>
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya</p> <p>2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien</p> <p>3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS</p>
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun</p> <p>2. Evaluasi penerapan SPM RS dilakukan setiap bulan oleh Instalasi terkait</p> <p>3. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien</p>

J. STANDAR PELAYANAN RESEP DI INSTALASI FARMASI

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Resep Rawat Jalan :</p> <p>1. Pasien Umum :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Lembar resep dari dokter b. Bukti pembayaran (Kuitansi) 2. Pasien JKN/BPJS : <ul style="list-style-type: none"> a. Lembar resep dari dokter b. Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan surat legalisasi pelayanan untuk pasien CAPD c. Fotokopi hasil pemeriksaan misalnya hasil pemeriksaan laboratorium, protokol kemoterapi (bila diperlukan sesuai ketentuan) 3. Pasien Asuransi Lainnya : <ul style="list-style-type: none"> a. lembar resep dari dokter b. Fotokopi kartu keanggotaan asuransi c. Surat Jaminan Pelayanan (SJP) untuk pasien Jamkesda d. Fotokopi surat pengantar berobat untuk pasien jaminan perusahaan <p>B. Resep Rawat Inap :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum : <ul style="list-style-type: none"> a. Lembar kartu obat dari dokter b. Bukti pembayaran (Kuitansi) 2. Pasien JKN/BPJS : <ul style="list-style-type: none"> a. Lembar kartu obat dari dokter b. Fotokopi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) c. Fotokopi hasil pemeriksaan misalnya hasil pemeriksaan laboratorium, protokol kemoterapi (bila diperlukan sesuai ketentuan) 3. Pasien Asuransi Lainnya : <ul style="list-style-type: none"> a. Lembar kartu obat dari dokter b. Fotokopi surat jaminan asuransi
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<p>A. Alur Pelayanan Farmasi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pasien memberikan resep pada petugas dan mendapatkan nomor pengambilan obat. 2. Petugas melakukan pengkajian administrasi dan farmasetis resep. <ul style="list-style-type: none"> a. Input resep pada aplikasi BPJS untuk resep Kronis. b. Mengkaji resep klinis. c. Menginput resep pada aplikasi Rumah Sakit dan cetak etiket. d. menyiapkan obat dan pengemasan. e. Mengecek Obat 3. Petugas memanggil nomor pengambilan obat pasien. 4. Petugas menyerahkan obat disertai pemberian informasi. <p>B. Alur Pelayanan Farmasi Rawat Inap</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Penyerahan kartu obat <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas ruangan menyerahkan kartu obat ke depo farmasi rawat inap. b. Keluarga pasien pulang menyerahkan kartu obat ke depo farmasi rawat inap dan mendapatkan nomor pengambilan obat. 2. Petugas mengkaji kartu obat <ul style="list-style-type: none"> a. Persyaratan administratif

		<ul style="list-style-type: none"> b. Persyaratan farmasetis c. Persyaratan klinis <ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas menginput data: <ul style="list-style-type: none"> a. Input kartu obat sitostatika dalam aplikasi BPJS b. Input kartu obat lainya pada aplikasi rumah sakit 4. Pasien umum melakukan pembayaran. 5. Petugas menyiapkan obat : <ul style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan dan mengemas obat. b. Meracik obat. c. Mengecek obat 6. Petugas menyerahkan obat <ul style="list-style-type: none"> a. Obat pasien rawat inap akan diantar ke ruang perawatan. b. Obat pasien pulang diserahkan kepada keluarga pasien pulang disertai pemberian informasi.
3.	Jangka waktu pelayanan	<p>Untuk pasien rawat jalan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penerimaan obat jadi : 30 menit 2. Penerimaan obat racikan 60 menit <p>Waktu Pelayanan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Pelayanan Depo Farmasi Rawat Jalan selama 6 hari dalam seminggu, Senin sampai dengan Sabtu dari pukul 08.00 s/d pukul 14.00 2. Waktu Pelayanan Depo Farmasi Rawat Inap setiap hari dari pukul 08.00 s/d pukul 22.00 (2 Shift)
4.	Biaya/tarif	<p>A. Pasien Umum :</p> <p>Daftar Harga obat, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Pakai Habis ditetapkan dari Tarif RS yang berpedoman pada Perbub No.1 Tahun 2020, Besaran tarif setiap resep dari pasien berbeda beda, sesuai dengan perincian dari jenis dan jumlah dari obat, alat kesehatan dan Bahan Medis Pakai Habis yang digunakan oleh pasien dan dikalikan dengan daftar harga yang telah ditetapkan sesuai tarif RS.</p> <p>B. Pasien peserta JKN / BPJS :</p> <p>Mengikuti kebijakan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk pelayanan	<p>Pelayanan Resep</p> <p>Pelayanan resep adalah : Pemberian sediaan farmasi, alkes dan bahan medis habis pakai kepada pasien sesuai resep dokter, disertai pemberian Informasi Obat , dan Konseling untuk pasien dengan kriteria tertentu</p>
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layananpengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>Ruangan Depo Farmasi yang memiliki fasilitas :</p> <p>Ruangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Front office 2. Ruang Tunggu 3. Ruang preparasi 4. Ruang Konseling <p>Peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan Komputer dan Sistem Informasi 2. Peralatan penunjang pelayanan farmasi (Timbangan, Mortar, dll) 3. Peralatan Penunjang Penyimpanan (AC, Referigator, dll)
9.	Kompetensi pelaksana	<p>Apoteker</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian Farmasetis 2. Pengkajian Klinis 3. Penyerahan Resep 4. Pemberian informasi obat 5. Konseling <p>Tenaga Teknis Kefarmasian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian Administratif 2. Penyiapan Obat, Alkes dan Bahan Medis Habis Pakai 3. Pemberian Label dan Etiket
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koordinator Depo melakukan kegiatan pengawasan kegiatan pelayanan harian dan menyampaikan laporannya kepada Ka Instalasi Farmasi 2. Ka Instalasi Farmasi melakukan kegiatan pengawasan secara berkala dan menyampaikan laporannya kepada Kepala Seksi Penunjang Medis 3. Dalam rangka menjalankan pengawasannya, apabila ada hal / kejadian/ permasalahan tertentu yang memerlukan penyelesaian khusus , Koordinator Depo dapat berkoordinasi dengan ka Instalasi Farmasi
11.	Jumlah pelaksana	<p>..... orang, yang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi 1 orang 2. Depo Rawat Jalan orang

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Depo Rawat Inap 4. Depo IGD orang
12.	Jaminan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Adanya Standar Pelayanan Minimal 2. Adanya Standar Prosedur Operasional 3. Adanya Sarpra pendukung 4. Adanya Kepastian Persyaratan pelayanan resep 5. Sumber Daya Manusia yang kompeten 6. Adanya ketersediaan sediaan farmasi 7. Adanya kepastian biaya
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pelaksanaan “ Patient Safety “ dalam SPO Pelayanan Resep 2. Adanya upaya perbaikan dari hasil evaluasi indikator mutu dari PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien)
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>Monitoring dan Evaluasi dilakukan secara berkala (bulanan dan Triwulan) untuk :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Indikator mutu PMKP Instalasi farmasi <ul style="list-style-type: none"> a. KNC Peresepan b. Kepuasan Masyarakat c. Kepatuhan Penyimpanan elektrolit Konsentrat d. Ketepatan Waktu Tunggu Pelayanan e. Kepatuhan Pelaporan Insiden RS dalam 2 x 24 jam f. Pengelolaan obat (Insulin) 2. S P M Farmasi yang terdiri atas : <ul style="list-style-type: none"> a. Kecepatan Waktu Tunggu b. Indeks Kepuasan Masyarakat c. Ketersediaan Formularium / Fornas d. Tidak ada Kejadian Kesalahan Pelayanan

K. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RADIOLOGI

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>A. Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi pasien Jaminan (BPJS) Syarat : <ul style="list-style-type: none"> a. Melengkapi berkas permintaan pemeriksaan radiologi yang sudah ditandatangani oleh dokter klinisi b. Fotokopi surat jaminan Pelayanan (SJP) c. Foto kopi kartu BPJS 2. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi Pasien Umum Syarat : <ul style="list-style-type: none"> a. Melengkapi berkas permintaan pemeriksaan radiologi yang sudah ditandatangani oleh dokter klinisi b. Telah menyelesaikan proses administrasi rumah sakit 3. Pelayanan pemeriksaan Pasien Umum (Jaminan Perusahaan) Syarat : <ul style="list-style-type: none"> a. Melengkapi blanko Permintaan pemeriksaan radiologi yang sudah ditandatangani dokter klinisi b. Surat jaminan Pelayanan dari perusahaan c. Foto kopi kartu jaminan kesehatan dari

		<p>perusahaan.</p> <p>B. Rawat Inap Pelayanan Pemeriksaan Radiologi pasien Jaminan (Bpjs), Pasien Umum, dan Pasien Umum dengan jaminan perusahaan Syarat : Melengkapi blanko permintaan pemeriksaan pemeriksaan yang sudah ditandatangani oleh dokter klinisi.</p>
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<p>Mekanisme Pelayanan Pemeriksaan Radiologi Rawat Jalan di RSUD Ampana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke Instalasi Radiologi 2. Petugas Administrasi menerima pasien diloket pendaftaran untuk menyelesaikan proses administrasi : <ol style="list-style-type: none"> a. untuk pemeriksaan cito langsung diarahkan keruang pemeriksaan, untuk dilakukan pemeriksaan segera b. untuk pasien pemeriksaan radiologi dengan media kontras konsultasi dokter spesialis Radiologi untuk diresepkan obat kontras, pasien melakukan penibusan obat kontras diapotik dan setelah itu dilakukan penjadwalan Pasien menunggu diruang tunggu sesuai jenis pemeriksaannya 3. Petugas Radiologi melakukan pemanggilan pasien untuk dilakukan pemeriksaan Radiologi <ol style="list-style-type: none"> a. Radiografer melakukan pemeriksaan Rontgen b. Dokter spesialis Radiologi melakukan pemeriksaan USG c. Perawat Radiologi melakukan injeksi media kontras 4. Setelah selesai pemeriksaan dilakukan pengecekan oleh petugas foto dan pemberitahuan pengambilan hasil ke pasien / keluarga 5. Dilakukan pengecekan foto oleh petugas quality kontrol sebelum dikirim ke dokter spesialis dan dokter klinisi Foto yang telah dikirim dilakukan expertise oleh dokter spesialis Radiologi 6. Diloket pengambilan foto dilakukan : <ol style="list-style-type: none"> a. Print hasil expertise b. Print foto (jika diperlukan) Penyerahan hasil kepada keluarga pasien / petugas ruangan
3.	Jangka waktu pelayanan	<p>Pelayanan pemeriksaan Radiologi rawat jalan dan rawat inap dari mulai pasien registrasi sampai pasien menerima hasil ekspertise pemeriksaan adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radiologi Kritis 30 menit 2. Radiologi Cito 60 menit 3. USG Cito 60 menit 4. Rontgen Thorax 3 jam (180 menit) 5. Rontgen non thorax 6 jam 6. Rontgen kontras 24 jam 7. USG Elektif 4 jam
4.	Biaya/tarif	Tarif Pelayanan Instalasi Radiologi Berdasarkan

		<p>Peraturan Bupati Tojo Una-una No.1 Tahun 2020 untuk pasien umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Radiologi Sederhana Rp.85.000,- 2. Pemeriksaan Radiologi Khusus Rp.135.000,- 3. Pemeriksaan USG <ol style="list-style-type: none"> a. 2 Dimensi Rp.120.000,- b. 4 Dimensi Rp.400.000,- <p>Pasien peserta JKN / BPJS : Tidak dikenakan Biaya dan Mengikuti kebijakan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Radiologi Rawat Jalan 2. Pelayanan Radiologi Rawat Inap
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang -Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS. 4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/MENKES/PER/ III/ 2008 tentang Rekam Medik. 7. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 8. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>Pelayanan di Instalasi Radiologi saat ini dilengkapi dengan sejumlah sarana dan prasarana berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu Pasien 2. Ruang Penerimaan Pasien (Administrasi) 3. Ruang Pemeriksaan Kamar 4. Ruang USG 5. Ruang Kepala Ruang Radiologi 6. Ruang Dokter untuk baca foto
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Radiologi b. Memiliki STR dan SIP 2. Radiografer <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII Teknik Radiodiagnostik dan Radioterapi b. Memiliki STR dan Surat Ijin Kerja Radiografer (SIK) 3. Perawat

		<ul style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII Keperawatan b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek
10.	Pengawasan Internal	<p>Kepala Instalasi Radiologi melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat bulanan <ul style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kegiatan bulan lalu, evaluasi kinerja individu sebagai bagian dari sistem pengendalian dan melakukan perencanaan untuk bulan berjalan. b. Dihadiri oleh Kepala Instalasi, Kepala Ruangan dan seluruh staf Instalasi Radiologi. c. Waktu: setiap hari kamis pada minggu kedua setiap bulan, pukul 14.30 – selesai. 2. Rapat tahunan (rapat Koordinasi) <ul style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kinerja Instalasi Radiologi tahun berjalan untuk mengukur sejauh mana perencanaan tahunan yang telah direncanakan sebelumnya telah terrealisasi b. Waktu: bulan Januari 3. Rapat Insidentil Rapat Insidentil dilakukan jika ada kejadian yang tidak diharapkan atau apabila ada kejadian luar biasa yang dapat berpotensi terganggunya Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ampana
11.	Jumlah pelaksana	<p>Jumlah staff radiologi sebanyak 5 orang dengan rincian sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi 1 Orang 2. Tenaga Radiografer 3 Orang 3. Tenaga Perawat 1 Orang
12.	Jaminan pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun</p>
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Pelayanan di Instalasi Radiologi dilakukan oleh petugas yang berkompeten di bidangnya dan memiliki program jaminan mutu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan evaluasi pelayanan di Instalasi Radiologi melalui beberapa audit, yaitu : <ul style="list-style-type: none"> a. Audit tenaga kesehatan pemberi pelayanan, b. Audit ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan c. Audit kepuasan pelanggan 2. Melakukan survei pencegahan dan pengendalian infeksi secara periodik dan berkesinambungan. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang dilakukan di Instalasi Radiologi. 4. Melakukan monitoringcheck list dengan maintenance medis berkaitan dengan alat-alat medis yang digunakan di Instalasi Radiologi. <p>Sebagai jaminan indikator mutu pelayanan Instalasi Radiologi adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Waktu tunggu hasil pemeriksaan Foto Thorax \leq 3 jam. b. Pelaporan Nilai kritis \leq 30 menit

		<p>c. Identifikasi pengisian form permintaan pemeriksaan radiologi</p> <p>d. Dokumentasi dan konfirmasi instruksi dokter spesialis radiologi via telepon untuk pemeriksaan radiologi dengan kontras diluar jam kerja.</p> <p>Indikator mutu ini dimonitor setiap bulan, dan dikumpulkan hasil monitoringnya ke Komite Mutu RSUD Ampana</p>
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan radiologi.

L. STANDAR PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan 24 jam 2. Ada Petugas Pelaksana Kamar Jenazah 3. Ada petugas Memandikan jenazah (Modin) 4. Ada Permohonan dari keluarga.
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada SPO tentang Pemulasaran Jenazah. 2. Ada alur pelayanan pemulasaran jenazah : <ol style="list-style-type: none"> a. Jenazah diantar oleh Petugas dari ruangan b. Serah terima Jenazah c. Registrasi dilakukan oleh petugas kamar jenazah d. Pemulasaran Jenazah e. Keluarga membuat permohonan untuk di mandikan atau meminta diantar ke rumah duka menggunakan mobil jenazah f. Mobil Jenazah mengantar ke Rumah Duka
3.	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon time pelayanan < 30 menit 2. Waktu Pelayanan 2 jam
4.	Biaya/tarif	Tarif Pelayanan sesuai dengan Peraturan Bupati Tojo Una-Una Nomor 1 Tahun 2020
5.	Produk pelayanan	Pemulasaran Jenazah
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layananpengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 3. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes Tahun 2004 tentang Standar Kamar Jenazah. 4. Pedoman Kemenkes Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit. 5. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang / meja pemandian

	prasarana, fasilitas	2. Air Mengalir dan sabun 3. APD (sarung tangan, masker, apron) 4. Kain kafan dan perlengkapannya 5. Pakaian jenazah
9.	Kompetensi pelaksana	1. Petugas Pelaksana Kamar Jenazah 2. Petugas memandikan jenazah
10.	Pengawasan Internal	1. Pimpinan Rumah Sakit 2. Atasan langsung
11.	Jumlah pelaksana	Petugas Pelaksana Kamar Jenazah 2 Orang
12.	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien 2. Pelayanan Pasien diberikan sesuai dengan standar akreditasi RS 3. Tercapainya hasil pemulasaran jenazah dengan lancar.
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	1. Pelayanan diberikan sesuai dengan standar Akreditasi RS 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi dilakukan dengan mengikuti rapat-rapat koordinasi dan melaksanakan rapat instalasi

M. STANDAR PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	1. Pelayanan Rehabilitasi Medik Rawat Jalan Pasien BPJS a. Surat Rujukan dari Faskes I & Surat Rujukan dari Rumah Sakit Lain. b. Surat Konsul dari Poliklinik Spesialis c. SKDP dari Dokter Sp.KFR d. Asesmen dari Dokter SpKFR 2. Pelayanan Rehabilitasi Medik Rawat Jalan Pasien Umum a. Pasien datang sendiri atau rujukan dari faskes lain atau rujukan poliklinik spesialis b. Telah menyelesaikan proses registrasi Rumah Sakit 3. Pelayanan Rehabilitasi Medik Pasien Rawat Inap a. Pasien konsul dari DPJP b. Jawaban konsul Dokter Sp.KFR
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	A. Alur Pasien Rawat Jalan : 1. Pasien rawat jalan melakukan pendaftaran. 2. Dokter Sp. KFR melakukan Pemeriksaan dan asesmen pada pasien. 3. Dokter Sp. KFR menyusun program rehabilitasi Medik. 4. Pasien melakukan terapi rehabilitasi medik sesuai prorgam 5. Pasien menyelesaikan proses administrasi. 6. Pasien dengan resep obat menuju instalasi farmasi rawat jalan.

		<p>7. Pasien pulang</p> <p>B. Alur Pasien Rawat Inap :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan melakukan pendaftaran. 2. Dokter Sp. KFR melakukan Pemeriksaan dan asesmen pada pasien. 3. Dokter Sp. KFR menyusun program rehabilitasi Medik. 4. Pasien melakukan terapi rehabilitasi medik sesuai program. 5. Pasien menyelesaikan proses administrasi. 6. Pasien kembali ke ruang rawat inap
3.	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan rehabilitasi rawat jalan Asesmen Dokter: 5-30 menit (sesuai kondisi pasien) Latihan/stimulasi aktif/pasif dan/atau modalitas terapi: 15-30 menit 2. Pelayanan rehabilitasi medik rawat inap Asesmen Dokter: 15-45 menit (sesuai kondisi pasien) Latihan/stimulasi aktif/pasif dan/atau modalitas terapi: 15-30 menit
4.	Biaya/tarif	<p>Tarif Pelayanan Instalasi Radiologi Berdasarkan Peraturan Bupati Tojo Una-una No.1 Tahun 2020 untuk pasien umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Sederhana Rp.45.000,- 2. Pelayanan Sedang Rp.60.000,- <p>Pasien peserta JKN / BPJS : Tidak dikenakan Biaya dan Mengikuti kebijakan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Asesmen (Konsultasi dan Pemeriksaan) Dokter Sp.KFR 2. Pelayanan Fisioterapi
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Nomor 34 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor. 104 Tahun 1999 tentang Rehabilitasi Medik. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/menkes/per/viii/2011 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052 Tahun 2011 tentang Izin Praktik dan Praktik Kedokteran. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Yankes Perorangan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada JKN 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2014 tentang Panduan Praktik Klinis bagi Dokter

		<p>di Fasilitas Kesehatan Primer</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional</p> <p>10. Pedoman Kemenkes RI Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit;</p> <p>11. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.</p>
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>Pelayanan di Instalasi Radiologi saat ini dilengkapi dengan sejumlah sarana dan prasarana berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu Pasien 2. Ruang Penerimaan Pasien (Administrasi) 3. Ruang Assesmen Dokter 4. Ruang Fisioterapi 5. Ruang Kepala Ruangan
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Kedokteran Fisik & Rehabilitasi <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi b. Memiliki STR dan SIP 2. Fisioterapis <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII Fisioterapi b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek Fisioterapis
10.	Pengawasan Internal	<p>Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat bulanan <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kegiatan bulan lalu, evaluasi kinerja individu sebagai bagian dari sistem pengendalian dan melakukan perencanaan untuk bulan berjalan. b. Dihadiri oleh Kepala Ruangan dan seluruh staf Instalasi Rehabilitasi Medik. c. Waktu: setiap hari kamis pada minggu kedua setiap bulan, pukul 14.30 – selesai. 2. Rapat tahunan (rapat Koordinasi) <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kinerja Instalasi Rehabilitasi Medik tahun berjalan untuk mengukur sejauh mana perencanaan tahunan yang telah direncanakan sebelumnya telah terrealisasi b. Waktu: bulan Januari 3. Rapat Insidentil Rapat Insidentil dilakukan jika ada kejadian yang tidak diharapkan atau apabila ada kejadian luar biasa yang dapat berpotensi terganggunya Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ampana
11.	Jumlah pelaksana	<p>Jumlah staff Rehabilitasi Medik sebanyak 4 orang dengan rincian sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Rehab Medik 1 Orang 2. Tenaga Fisioterafis 4 Orang
12.	Jaminan pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur</p>

		serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Pelayanan di Instalasi Rehabilitasi Medik dilakukan oleh petugas yang berkompeten di bidangnya dan memiliki program jaminan mutu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan evaluasi pelayanan di Rehabilitasi Medik melalui beberapa audit, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit tenaga kesehatan pemberi pelayanan, 2. Audit ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan 3. Audit kejadian kesalahan tindakan 4. Audit kejadian drop-out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang diprogramkan 5. Audit kepuasan pelanggan b. Melakukan survei pencegahan dan pengendalian infeksi secara periodik dan berkesinambungan. c. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang dilakukan di unit Rehabilitasi Medik. d. Melakukan monitoring check list dengan maintenance medis berkaitan dengan alat-alat medis yang digunakan di unit Rehabilitasi Medik. <p>Sebagai jaminan indikator mutu pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik, diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penjelasan awal program rehabilitasi medik yang akan di lakukan kepada pasien baru b. Mendokumentasikan pelaksanaan program rehabilitasi medik yang dilakukan baik itu pasien baru maupun pasien lama pada berkas rekam medis pasien c. Pengkajian resiko jatuh d. Mencegah kasus pasien luka bakar (Combustio) setelah terapi menggunakan terapi panas (infrared/diathermy/Laser) e. Uji fungsi alat terapi sebelum tindakan <p>Indikator mutu ini dimonitor setiap bulan, dan dikumpulkan hasil monitoringnya ke Komite Mutu</p>
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

N. STANDAR PELAYANAN UNIT TRANSFUSI DARAH (UTD) RS

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>Pasien Umum/Swasta</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan surat pengantar dari dokter beserta kartu pendaftaran untuk melakukan pelayanan Rawat Inap.

		b. Mengurus biaya administrasi di kasir
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima Formulir permintaan darah dan contoh darah yang disimpan di dalam tabung. 2. Mencocokkan identitas pasien antara formulir permintaan darah dengan label yang tertempel pada tabung yang berisikan contoh darah, antara lain: Nama, DOB, KIB, Ruang. Bila tidak cocok, maka petugas menghubungi ruangan untuk membawa kembali berkas dan sample darah pasien. 3. Mengkoreksi kelengkapan isian formulir permintaan darah yang sudah diisi oleh petugas ruangan antara lain : diagnosa, riwayat transfusi, reaksi transfusi, tanggal jam diperlukan, jenis permintaan (cito atau biasa), jenis komponen yang diminta dan jumlah kantong yang diperlukan, tanda tangan dan nama dokter yang meminta transfusi. 4. Mencatat permintaan darah pasien pada buku penerimaan PDUT masuk, data sesuai dengan formulir permintaan. 5. Tempelkan sampel darah pada formulir pasien supaya tidak tertukar dan serahkan pada bagian pengerjaan untuk dilanjutkan pemeriksaan golongan darah. 6. Setelah pemeriksaan golongan darah selesai, stempel golongan darah yang di dapat, misal : A, B, O atau AB pada buku penerimaan PDUT & Formulir PDUT. Apabila langsung dipakai darah permintaan maka langsung dikerjakan.
3.	Jangka waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30 – 50 menit (Pemeriksaan tes cocok serasi dengan metode gell test) 2. 50 menit - < 1 jam (Pemeriksaan tes cocok serasi dengan metode tabung) 3. Permintaan Cito permintaan tanpa crossmatch (15 menit jika stok darah di UTD terpenuhi)
4.	Biaya/tarif	<p>Tarif Pelayanan Instalasi Radiologi Berdasarkan Peraturan Bupati Tojo Una-una No.1 Tahun 2020 untuk pasien umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transfusi Darah Rp.360.000,- 2. Pemeriksaan Golongan Darah ABO Rp.15.000,- 3. Pemeriksaan Golda Rhesus Rp.15.000,- 4. Pemeriksaan Cross Matching pra Transfusi Rp.50.000,- <p>Pasien peserta JKN / BPJS : Tidak dikenakan Biaya dan Mengikuti kebijakan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Transfusi Darah 2. Pemeriksaan Golongan Darah
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/ PER/ VIII/ 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 83 Tahun 2014 tentang Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah. 7. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Admin 2. Ruang Abtab 3. Ruang Tunggu Pendoron
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Klinik b. Memiliki STR dan SIP c. Memiliki sertifikat pelatihan Bank Darah Rumah Sakit 2. Analis <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII ATLMs b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek ATLM c. Analis yang terlatih yang memiliki sertifikat pelatihan Analis Unit Transfusi 3. Perawat <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal D III Perawat b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek
10.	Pengawasan Internal	<p>Kepala Instalasi melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat bulanan <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kegiatan bulan lalu, evaluasi kinerja individu sebagai bagian dari sistem pengendalian dan melakukan perencanaan untuk bulan berjalan. b. Dihadiri oleh Kepala Ruangan dan seluruh staf Instalasi UTD. c. Waktu: setiap hari kamis pada minggu kedua setiap bulan, pukul 14.30 - selesai. 2. Rapat tahunan (rapat Koordinasi) <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kinerja Unit Transfusi Darah tahun berjalan untuk mengukur sejauh mana perencanaan tahunan yang telah direncanakan sebelumnya telah terelialisasi c. Waktu: bulan Januari b. Rapat Insidentil Rapat Insidentil dilakukan jika ada kejadian yang tidak diharapkan atau apabila ada kejadian luar biasa yang dapat berpotensi terganggunya Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ampana
11.	Jumlah pelaksana	<p>Jumlah staff UTD sebanyak 8 orang dengan rincian sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis PK Medik 1 Orang

		<p>2. Tenaga Analis 6 Orang</p> <p>3. Perawat 1 Orang</p>
12.	Jaminan pelayanan	<p>Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien Pelayanan Pasien diberikan sesuai dengan standar akreditasi RS. Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun. serta terlaksananya pelayanan transfusi darah aman di rumah sakit dengan sistem distribusi tertutup dan rantai dingin serta berkualitas, terkoordinasi dan sesuai dengan standar. Memenuhi ketersediaan darah yang aman, tepat waktu, efisien untuk kebutuhan pelayanan prima terhadap pasien</p>
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Pelayanan di Unit Transfusi Darah dilakukan oleh petugas yang berkompeten di bidangnya dan memiliki program jaminan mutu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan evaluasi pelayanan di Unit Transfusi Darah melalui beberapa audit, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Audit tenaga kesehatan pemberi pelayanan, b. Audit kejadian salah orang c. Audit kejadian ketidak sesuaian hasil d. Audit kejadian e. Audit kepuasan pelanggan 2. Melakukan survei pencegahan dan pengendalian infeksi secara periodik dan berkesinambungan. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang dilakukan di Unit Transfusi Darah 4. Melakukan kalibraasi alat-alat medis yang digunakan di UTD 5. Melakukan monitoring check list dengan maintenance medis berkaitan dengan alat-alat medis yang digunakan di UTD Sebagai jaminan indikator mutu pelayanan Transfusi Darah, diantaranya: <ol style="list-style-type: none"> a. Pelacakan Reaksi Transfusi b. Mendokumentasikan pelayanan darah yang diberikan. c. Uji Validasi Reagen sebelum mengerjakan sample <p>ndikator mutu ini dimonitor setiap bulan, dan dikumpulkan hasil monitoringnya ke Komite Mutu RSUD Ampana</p>
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<p>Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.</p>

O. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Menunjukkan surat pengantar dari dokter

		<p>beserta kartu pendaftaran.</p> <p>b. Membayar di kasir</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>a. Menunjukkan surat pengantar dari dokter</p> <p>b. Menunjukkan surat jaminan pelayanan dari pelayanan</p>
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	<p>1. Pasien mengambil nomor antrian Laboratorium yang berada di meja administrasi Laboratorium Rawat jalan.</p> <p>2. Petugas memanggil pasien sesuai dengan no. antrian</p> <p>a. Petugas menerima Formulir & memverifikasi blanko permintaan pemeriksaan laboratorium</p> <p>b. Petugas membuat rincian biaya pemeriksaan 3 rangkap dan diserahkan ke pasien (Pasien Swasta)</p> <p>c. Petugas melakukan penjelasan persyaratan teknis pemeriksaan kepada pasien yang bersangkutan (Seperti lama berpuasa)</p> <p>d. Petugas administrasi laboratorium Rawat jalan Menginput data pasien dan jenis pemeriksaan yang diminta ke dalam LIS.</p> <p>3. Pasien menunggu di ruangan tunggu sampling</p> <p>4. Petugas sampling akan memanggil pasien sesuai dengan No antiran untuk dilakukan pengambilan Sampel sesuai dengan jenis pemeriksaan yang di minta.</p> <p>5. Sampel diperiksa</p> <p>6. Verifikasi sampel</p> <p>7. Penyerahan hasil</p>
3.	Jangka waktu pelayanan	<p>Lama pemeriksaan Laboratorium (Sejak darah diterima di Laboratorium):</p> <p>a. Jenis pemeriksaan standar selesai dalam waktu < 5 jam</p> <p>b. Jenis pemeriksaan standar yang CITO selesai dalam waktu \leq 2 Jam.</p> <p>c. Jenis pemeriksaan Khusus diluar standar selesai dalam waktu > 5 Jam sampai 1 Bulan sesuai masing- masing jenis pemeriksaannya (Akan diinfokan oleh petugas)</p>
4.	Biaya/tarif	<p>Tarif Pelayanan Laboratorium Berdasarkan Peraturan Bupati Tojo Una-una No.1 Tahun 2020 untuk pasien umum</p> <p>Pasien peserta JKN / BPJS : Tidak dikenakan Biaya dan Mengikuti kebijakan Permenkes Nomor 59 Tahun 2014</p>
5.	Produk pelayanan	Pelayanan Pemeriksaan Patologi Klinik
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	<p>1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com</p> <p>2. WA/SMS : 085298702006</p> <p>3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id</p>
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Menteri Kesehatan No.269/Menkes/Per /III /2008 tentang Laboratorium. 4. Peraturan Menteri Kesehatan 93 No.411/Menkes/Per /III /2010 tentang Laboratorium. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER /VIII /2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 6. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Admin 2. Ruang Tunggu 3. Ruang Sampling 4. Komputer 5. Printer 6. Alat-alat pemeriksaan
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Patologi Klinik <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Klinik b. Memiliki STR dan SIP 2. Analis <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII ATLMs b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek ATLM
10.	Pengawasan Internal	<p>Kepala Instalasi Laboratorium Klinik melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat bulanan <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kegiatan bulan lalu, evaluasi kinerja individu sebagai bagian dari sistem pengendalian dan melakukan perencanaan untuk bulan berjalan. b. Dihadiri oleh Kepala Instalasi, Koordinator Pelayanan, dan seluruh staf Instalasi Laboratorium Klinik. c. Waktu: setiap hari Kamis pada minggu ketiga setiap bulan, pukul 14.00-15.00. 2. Rapat Lab terintegrasi <ol style="list-style-type: none"> a. Tujuan: evaluasi kegiatan pelayanan di Instalasi Laboratorium Klinik dan Laboratorium Patologi Anatomi secara menyeluruh dalam periode 6 bulan b. Waktu: setiap 6 bulan sekali 3. Rapat Insidental Rapat Insidental dilakukan jika ada kejadian yang tidak diharapkan atau apabila ada kejadian luar biasa yang dapat berpotensi terganggunya Pelayanan Kesehatan pada RSUD Ampana
11.	Jumlah pelaksana	<p>Jumlah staff Laboratorium sebanyak 9 orang dengan rincian sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Patologi Klinik 10 Orang 2. Tenaga Analis 9 Orang
12.	Jaminan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk

	pelayanan	layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Pelayanan di Instalasi Laboratorium dilakukan oleh petugas yang berkompeten di bidangnya dan memiliki program jaminan mutu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan evaluasi pelayanan di Instalasi Laboratorium melalui beberapa audit, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Audit tenaga kesehatan pemberi pelayanan, b. Audit ketersediaan fasilitas dan peralatan pelayanan c. Audit kejadian kesalahan tindakan d. Audit kejadian drop-out pasien terhadap pelayanan rehabilitasi yang diprogramkan e. Audit kepuasan pelanggan 2. Melakukan survei pencegahan dan pengendalian infeksi secara periodik dan berkesinambungan. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan yang dilakukan di Laboratorium. 4. Melakukan kalibraasi alat-alat medis yang digunakan di Instalasi Laboratorium Klinik 5. Melakukan monitoring check list dengan maintenance medis berkaitan dengan alat-alat medis yang digunakan. <p>Sebagai jaminan indikator mutu pelayanan Instalasi Laboratorium, diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penjelasan pemeriksaan yang akan di lakukan kepada pasien baru b. Mendokumentasikan pelayanan pemeriksaan yang diberikan. c. Uji fungsi alat terapi sebelum tindakan <p>Indikator mutu ini dimonitor setiap bulan, dan dikumpulkan hasil monitoringnya ke Komite Mutu</p>
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

P. STANDAR PELAYANAN GIZI RAWAT INAP

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	<p>Pelayanan asuhan dan konseling gizi rawat inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil skrining awal 2. Formulir re-skrining gizi 3. Formulir asuhan gizi 4. Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) 5. Formulir edukasi terintegrasi 6. Formulir Discharge Planning
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	Mekanisme Pelayanan Gizi

		<p style="text-align: center;">Mekanisme Pelayanan Gizi di Rumah Sakit</p> <p>The flowchart is divided into three horizontal sections: orange (top), green (middle), and blue (bottom). Orange Section: 'Pasien Masuk' leads to 'Rawat Inap' and 'Rawat Jalan'. 'Rawat Jalan' leads to 'Skrining Gizi / rujukan gizi', which leads to 'Asesmen & Diagnosis gizi', which leads to 'Intervensi Gizi : Konseling Gizi'. A feedback loop 'Perlu tindak lanjut' goes from 'Intervensi Gizi' to 'Monev Kontrol ulang', which then loops back to 'Skrining Gizi / rujukan gizi'. Green Section: 'Skrining Gizi' leads to 'Skrining Ulang Periodik' if 'Tidak Berisiko', or 'Asesmen Gizi' if 'Berisiko'. 'Asesmen Gizi' leads to 'Penentuan Diagnosis Gizi', which leads to 'Intervensi Gizi : Pemberian Diet, Edukasi & Konseling Gizi'. 'Intervensi Gizi' leads to 'Monitor & Evaluasi Gizi'. 'Monitor & Evaluasi Gizi' leads to 'Pengkajian Ulang & Revisi Rencana Asuhan Gizi', which loops back to 'Skrining Ulang Periodik'. A feedback loop 'Tujuan Tidak tercapai' goes from 'Monitor & Evaluasi Gizi' to 'Intervensi Gizi'. Blue Section: 'Intervensi Gizi' leads to 'Permintaan, Pembatalan, Perubahan Diet', which leads to 'Pelayanan makanan Pasien'. 'Pelayanan makanan Pasien' leads to 'Perencanaan Menu', which leads to 'Pengadaan Bahan Makanan', which leads to 'Penerimaan & Penyimpanan Bahan Makanan'. 'Penerimaan & Penyimpanan Bahan Makanan' leads to 'Persiapan & Pengolahan Makanan', which leads to 'Distribusi Makanan', which leads to 'Penyajian Makanan di Ruang Rawat Inap', which loops back to 'Pelayanan makanan Pasien'. Bottom Section: 'Distribusi Makanan' also leads to 'Pelayanan makanan Pasien'.</p> <p style="text-align: center;">Alur Pelayanan Asuhan dan Konseling Gizi Rawat Inap</p> <p style="text-align: center;">Alur Pelayanan Asuhan dan Konseling Gizi Rawat Inap</p> <p>The flowchart is orange and shows the following steps: Pasien masuk leads to Skrining Gizi. Skrining Gizi has two paths: - 'Tidak Berisiko' leads to Diet normal (Standar), which leads to STOP, then Pasien Pulang. - 'Berisiko Malnutrisi/sudah Malnutrisi' leads to the PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR box. PROSES ASUHAN GIZI TERSTANDAR box contains: - Pengkajian Gizi → Diagnosis Gizi → Intervensi Gizi → Monitoring dan Evaluasi Gizi. - From Monitoring dan Evaluasi Gizi, 'Tujuan Tercapai' leads to STOP and Pasien Pulang. - 'Tujuan tidak tercapai' loops back to Pengkajian Gizi. - 'Tujuan Tercapai' also loops back to Diet normal (Standar).</p>
3.	Jangka waktu pelayanan	Pelayanan asuhan dan konseling gizi rawat inap : 1,5 jam per pasien
4.	Biaya/tarif	1. Tarif Pelayanan untuk pasien BPJS Gratis 2. Tarif Pasien Umum terdiri dari : a. konsultasi gizi : Rp. 10.000
5.	Produk pelayanan	Pelayanan konsultasi gizi pasien rawat Inap
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	1. Email : layananpengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id

Manufacturing		
7.	Dasar hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang – undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Dan Praktik Tenaga Gizi. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Gizi. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER /VIII /2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 7. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana, fasilitas	<p>Pelayanan Asuhan dan Konseling Gizi Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alat ukur tinggi badan dan berat badan b. Alat ukur lingkaran lengan atas c. Knee hight (alat ukur tinggi lutut) d. Food model e. Skinfold f. Timbangan bayi g. Alat ukur panjang badan bayi h. Bed Scale i. Bioelectrical Analysis Impedence j. Chair Scale k. Pita ukur lingkaran pinggang l. Leaflet diet
9.	Kompetensi pelaksana	Petugas minimal berpendidikan D-3 Gizi, mempunyai STR dan SIP, telah dilatih Pelayanan Prima, telah mendapatkan materi NCP (Nutrition care Process).
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan yang dilakukan oleh atasan langsung pada setiap jenjang/lini sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya 2. Pengawasan yang dilakukan secara berkala oleh tim Pengendalian dan Pengawasan atau tim audit internal yang ditunjuk 3. Pengawasan yang dilakukan secara berkala atau sesuai keperluan
11.	Jumlah pelaksana	Petugas Nutrisionis 8 orang
12.	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dalam melaksanakan kegiatan menggunakan Panduan Mutu, Dokumen SOP dan Instruksi Kerja 2. Dilakukan Audit Internal dan Eksternal sistem manajemen mutu 3. Dilakukan pemeliharaan rutin terhadap sarana prasarana pendukung
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Jaminan keamanan dan keselamatan dapat berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan lingkungan dengan CCTV 2. Penyediaan alat pengaman kerja seperti tabung

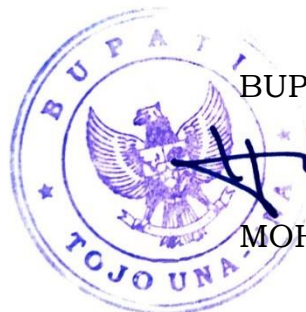
		pemadam kebakaran, kotak P3K
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Survey Kepuasan Masyarakat 2. Prevalensi jumlah aduan 3. Rapat Tinjauan Manajemen 4. Laporan bulanan pelaksanaan pelayanan 5. Laporan bulanan pencapaian sasaran mutu

Q. STANDAR PELAYANAN GIZI RAWAT JALAN

No.	Komponen Layanan	Uraian
Service Delivery		
1.	Persyaratan pelayanan	Pelayanan asuhan dan konseling gizi rawat jalan <ol style="list-style-type: none"> 1. Hasil skrining awal 2. Formulir re-skrining gizi 3. Formulir asuhan gizi 4. Formulir CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) 5. Formulir edukasi terintegrasi
2.	Sistem, mekanisme dan prosedur	Mekanisme Pelayanan Gizi <p style="text-align: center;">Alur Pelayanan Asuhan dan Konseling Gizi Rawat Jalan</p>

		<pre> graph TD A[Pasien Rawat Jalan] --> B1[Poliklinik] A --> B2[Poliklinik] A --> B3[Poliklinik] A --> B4[Poliklinik] A --> B5[Poliklinik] B1 --> C[Skrining Gizi awal oleh Perawat] B2 --> C B3 --> C B4 --> C B5 --> C C --> D[Pasien Malnutrisi & Kondisi Khusus dikirim ke Dietisien] D --> E[Konseling Gizi oleh Dietisien] </pre>
3.	Jangka waktu pelayanan	Pelayanan konsultasi gizi pasien rawat jalan pada hari: 1. Senin-Kamis, pukul: 10.00-14.00 2. Jumat-Sabtu, pukul: 10.00-13.00
4.	Biaya/tarif	1. Tarif Pelayanan untuk pasien BPJS Gratis 2. Tarif Pasien Umum terdiri dari : - konsultasi gizi : Rp. 10.000
5.	Produk pelayanan	Pelayanan konsultasi gizi pasien rawat jalan
6.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	1. Email : layanangepengaduanrsudampana@gmail.com 2. WA/SMS : 085298702006 3. SP4N LAPOR: www.lapor.go.id
Manufacturing		
7.	Dasar hukum	1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. 5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 374/MENKES/SK /III /2007 tentang Standar Profesi Gizi. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. 7. Peraturan Bupati Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tarif Layanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Ampana.
8.	Sarana, prasarana,	Pelayanan Asuhan dan Konseling Gizi Rawat Jalan Sarana :

	fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> a. Ruang konseling gizi Prasarana b. Meja c. Kursi d. Komputer dan printer e. Alat ukur tinggi badan dan berat badan f. Alat ukur lingkar lengan atas g. Food model
9.	Kompetensi pelaksana	Petugas minimal berpendidikan D-3 Gizi, mempunyai STR dan SIP, telah dilatih Pelayanan Prima, telah mendapatkan materi NCP (Nutrition care Process).
10.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Pengawasan yang dilakukan oleh atasan langsung pada setiap jenjang/lini sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya 2. Pengawasan yang dilakukan secara berkala oleh tim Pengendalian dan Pengawasan atau tim audit internal yang ditunjuk 3. Pengawasan yang dilakukan secara berkala atau sesuai keperluan
11.	Jumlah pelaksana	Petugas Nutrisionis 5 orang
12.	Jaminan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dalam melaksanakan kegiatan menggunakan Panduan Mutu, Dokumen SOP dan Instruksi Kerja 2. Dilakukan Audit Internal dan Eksternal sistem manajemen mutu 3. Dilakukan pemeliharaan rutin terhadap sarana prasarana pendukung
13.	Jaminan keamanan keselamatan pelayanan	<p>Jaminan keamanan dan keselamatan dapat berupa :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Peayanan dilakukan sesuai SOP 2. Pengawasan lingkungan dengan CCTV 3. Penyediaan alat pengaman kerja seperti tabung pemadam kebakaran, kotak P3K
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Survey Kepuasan Masyarakat 2. Prevalensi jumlah aduan 3. Rapat Tinjauan Manajemen 4. Laporan bulanan pelaksanaan pelayanan 5. Laporan bulanan pencapaian sasaran mutu



BUPATI TOJO UNA-UNA,

MOHAMMAD LAHAY