



STANDAR PELAYANAN PUBLIK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI PROVINSI JAWA TIMUR

Revisi 04





KEPUTUSAN

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI PROVINSI JAWA TIMUR

NOMOR : 445/ 919 /102.10/2022

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI PROVINSI JAWA TIMUR

BISMILLAHIRRAHMANIRRAHIM

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH HAJI PROVINSI JAWA TIMUR

- MENIMBANG :**
- a. bahwa untuk mewujudkan kepastian tentang hak, tanggung jawab, kewajiban dan kewenangan seluruh pihak terkait dalam penyelenggaraan pelayanan publik pada Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, dan dalam rangka mewujudkan sistem penyelenggaraan pemerintahan sesuai dengan asas-asas umum penyelenggaraan pemerintahan yang baik, terpenuhinya hak-hak masyarakat dalam memperoleh pelayanan publik secara maksimal serta mewujudkan partisipasi dan ketaatan masyarakat dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka perlu ditetapkan standar pelayanan publik;
 - b. bahwa upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik sebagaimana dimaksud huruf a maka perlu ditetapkan Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Dearah Haji Provinsi Jawa Timur tersebut dalam Keputusan Direktur.

- MENINGAT :**
1. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
 2. Undang-undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme;
 3. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
 4. Undang-undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang

- Pelayanan Publik;
5. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 6. Undang Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
 7. Peraturan Pemerintah Nomor 68 Tahun 1999 tentang Tata Cara Pelaksanaan Peran Serta Masyarakat dalam Penyelenggaraan Negara;
 8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2017 tentang Pedoman Penilaian Kinerja Unit Penyelenggara Pelayanan Publik;
 10. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis di Rumah Sakit;
 11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;
 12. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital Bylaws);
 13. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
 14. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/26/M.PAN/2/2004 tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
 15. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Provinsi Jawa Timur;
 16. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 14 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah

Provinsi Jawa Timur Nomor 08 tahun 2011 tentang
Pelayanan Publik.

M E M U T U S K A N

Menetapkan;

PERTAMA : Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Daerah
Haji Provinsi Jawa Timur sebagaimana tersebut dalam
lampiran keputusan ini ;

KEDUA : Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Daerah
Haji Provinsi Jawa Timur sebagaimana diktum **PERTAMA**
meliputi :

I. Pendahuluan

I.1 Latar Belakang

I.2 Visi, Misi dan Nilai

I.3 Ruang Lingkup dan Tugas

I.4 Jenis Pelayanan

II. Komponen Standar Pelayanan

II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (*Service Delivery*)

II.1.1 Persyaratan Pelayanan

II.1.2 Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Pelayanan

II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan

II.1.4 Biaya/Tarif Pelayanan

II.1.5 Produk Pelayanan

II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan

II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum Pelayanan

II.2.2 Sarana, Prasarana, dan/atau Fasilitas
Pelayanan

II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan

II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan

II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan

II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan

II.2.7 Jaminan Pelayanan

II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan

- KETIGA** : Standar Pelayanan Publik sebagaimana dimaksud dalam diktum KEDUA dipergunakan sebagai acuan yang harus dilaksanakan oleh petugas/aparat Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur;
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Dengan berlakunya keputusan ini maka keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 445/600/304/2021 tanggal 09 Juni 2021 tentang Standar Pelayanan Publik Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi;
- KELIMA** : Apabila ternyata dikemudian hari terdapat kesalahan dalam keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI : S U R A B A Y A
PADA TANGGAL : 02 AGUSTUS 2022


DIREKTUR
Dr. dr. HERLIN FERLIANA, M.Kes
Pembina Utama Madya
NIP. 19640621 199011 2 001

- Yth. : 1. Sdr. Wadir Medik dan Keperawatan
2. Sdr. Wadir Penunjang, Pendidikan, dan Penelitian
3. Sdr. Wadir Umum, Keuangan, dan Perencanaan
4. Sdr. Ketua Komite Medik, Ketua Komite Keperawatan
5. Sdr. Kepala Satuan Pengendalian Internal
6. Sdr. Kepala Bagian, Kepala Bidang dan Kepala Instalasi
7. Sdr. Masing-masing yang bersangkutan

DAFTAR ISI

| | |
|---|-----|
| Daftar Isi | i |
| BAB I PENDAHULUAN | |
| 1.1 Latar Belakang | 1 |
| 1.2 Visi, Misi dan Nilai RSUD Haji Surabaya | 2 |
| 1.3 Ruang Lingkup dan Tugas | 3 |
| 1.4 Jenis Pelayanan | 4 |
| BAB II KOMPONEN STANDAR PELAYANAN | |
| A. Instalasi Gawat Darurat | 12 |
| B. Instalasi Rawat Jalan | 25 |
| C. Instalasi Gigi dan Mulut | 41 |
| D. Instalasi Graha Nuur Afiyah | 55 |
| E. Instalasi Rawat Inap 1 | 69 |
| F. Instalasi Rawat Inap 2 | 73 |
| G. Instalasi Rawat Intensif | 82 |
| H. Instalasi Bedah Sentral | 93 |
| I. Instalasi Hemodialisis | 96 |
| J. Instalasi Gizi | 101 |
| K. Instalasi Farmasi | 116 |
| L. Instalasi Radiologi | 125 |
| M. Instalasi Rehabilitasi Medik | 145 |
| N. Instalasi Patologi Klinik | 149 |
| O. Instalasi Patologi Anatomi | 177 |
| P. Instalasi Pemulasaran Jenazah | 182 |
| Q. Instalasi Rekam Medis | 189 |
| R. Sub Bagian Penerimaan Pendapatan | 196 |

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan publik dilaksanakan sebagai upaya Pemerintah Provinsi Jawa Timur untuk memperbaiki pelayanan kepada masyarakat. Pelayanan publik ini diberlakukan pada semua instansi pemerintah yang memberikan jasa pelayanan kepada masyarakat, termasuk di dalamnya adalah Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur. Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 08 tahun 2011 tentang Pelayanan Publik, dinyatakan bahwa salah satu tujuan penyelenggaraan pelayanan publik adalah mewujudkan sistem pengorganisasian pelayanan publik yang memenuhi standar pelayanan dan mewujudkan kepastian hukum tentang hak, kewajiban, kewenangan dan tanggung jawab serta perlindungan terhadap seluruh pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan publik. Hak dari penerima pelayanan publik yang dimaksud antara lain adalah mendapat pelayanan yang berkualitas sesuai standar pelayanan publik yang ditetapkan, kemudahan dalam mendapatkan informasi tentang sistem, mekanisme dan prosedur, mendapat pelayanan yang tidak diskriminatif, santun bersahabat dan ramah.

Beberapa upaya telah dilaksanakan oleh Rumah Sakit Umum Haji Provinsi Jawa Timur untuk mempersiapkan diri antara lain dengan memperbaiki mutu pelayanan secara berkesinambungan. Upaya yang termasuk dalam peningkatan mutu tersebut adalah penetapan jam mulainya pelayanan, penetapan standar waktu pelayanan, penetapan respon time, penyusunan Standar Pelayanan Minimal, penetapan persyaratan pelayanan, penetapan prosedur pelayanan, pemenuhan sarana dan prasarana sesuai dengan standar rumah sakit kelas B Pendidikan, serta menyediakan sarana bagi penderita cacat, wanita hamil, dan lanjut usia.

Selain hal tersebut juga dilakukan upaya peningkatan kualitas SDM melalui peningkatan kompetensi yang berupa pengetahuan, ketrampilan dan sikap kerja. Termasuk di dalamnya adalah budaya dalam memberikan pelayanan pada karyawan berupa pelayanan yang santun dan ramah sesuai dengan nilai budaya yang dianut. Serta memberikan informasi yang memadai

agar pelanggan merasa nyaman dan aman untuk menggunakan jasa di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur. Demikian pula telah dilakukan perbaikan manajemen menuju kepada kondisi yang transparan, inovatif, efektif dan efisien. Serta selalu berupaya untuk mengadakan perbaikan yang berkesinambungan.

1.2 Visi, Misi dan Nilai Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur

Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/385/304/2017 tentang Penetapan Visi, Misi dan Nilai Rumah Sakit Umum Haji Surabaya:

VISI:

“Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Prima dan Islami dalam Pelayanan yang berstandar Internasional, didukung Pendidikan dan penelitian yang berkualitas”

MISI:

1. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar Internasional didukung Pendidikan dan Penelitian yang berkualitas;
2. Menyediakan SDM yang Profesional, Jujur, Amanah, dan Mengutamakan Kerjasama;
3. Meningkatkan Sarana dan Prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK;
4. Meningkatkan Kemandirian Rumah Sakit dan Kesejahteraan Pegawai.

KEBIJAKAN:

1. Pelayanan yang bernilai Islami, profesional, jujur, amanah, mengutamakan kerjasama, menuju standar Internasional;
2. Peningkatan Efisiensi dan Optimalisasi Sumber Daya Rumah Sakit;
3. Menyediakan sarana prasarana medik yang berkelanjutan sesuai dengan kebutuhan dan standar yang ditetapkan;
4. Pengembangan dan inovasi pelayanan baru sesuai kebutuhan dan kemampuan rumah sakit;
5. Memperluas jejaring pelayanan, terutama dengan PPK I;
6. Meningkatkan pendidikan, penelitian serta inovasi untuk transformasi RS yang lebih baik;

7. Pengembangan & optimalisasi SIM RS;

MOTTO:

“Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan”

BUDAYA KERJA

- Jujur : Memberikan pelayanan kesehatan dengan benar, sesuai standar pelayanan, dengan memperhatikan kepastian pelayanan untuk mendapatkan kepercayaan pelanggan rumah sakit;
- Islami : Petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan tidak bertentangan dengan kaidah – kaidah islam;
- Amanah : Memberikan pelayanan kesehatan sesuai hak-hak pelanggan, dengan penuh tanggung jawab, sehingga kepuasan pasien akan meningkat;
- Profesional : Pelayanan rumah sakit dilakukan sesuai dengan keahlian, keterampilan, dan standar mutu dengan mengutamakan keselamatan pasien;
- Ta’awun (Kerjasama) : Memberikan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kerjasama berbagai profesi dan disiplin ilmu, untuk kesembuhan dan keselamatan pasien;

1.3 Ruang Lingkup dan Tugas

Berdasarkan Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur No. 114 tahun 2021 tentang Nomen Klatur, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, ruang lingkup dan tugas Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut:

1. Rumah Sakit merupakan unit organisasi bersifat khusus yang memiliki klasifikasi B serta memberikan layanan secara profesional, berada di bawah dan bertanggung jawab kepada Dinas;
2. Rumah Sakit dipimpin oleh Direktur;
3. Rumah Sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan upaya penyembuhan, pemulihan, peningkatan, pencegahan serta

- elayanan rujukan, dan menyelenggarakan pendidikan serta pelatihan, penelitian, dan pengembangan serta pengabdian masyarakat;
4. Untuk melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud diatas, rumah sakit mempunyai fungsi:
 - a. Penyelenggaraan pelayanan medik;
 - b. Penyelenggaraan pelayanan penunjang medik dan non medik;
 - c. Penyelenggaraan pelayanan dan asuhan keperawatan;
 - d. Penyelenggaraan usaha pendidikan dan pelatihan;
 - e. Penyediaan fasilitas dan bertanggung jawab terhadap penyelenggaraan pendidikan bagi calon dokter, dokter spesialis, dan tenaga kesehatan lainnya;
 - f. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan kesehatan;
 - g. Penyelenggaraan kegiatan ketatausahaan;
 - h. Pelaksanaan program kesehatan nasional;
 - i. Pelaksanakan fungsi lain yang diberikan oleh Kepala Dinas.

Berdasarkan keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/441/KPTS/013/2008 Rumah Sakit Umum Haji ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah dengan status PENUH. Sehingga memiliki fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan, hal ini akan berdampak positif dalam pelayanan.

1.4 Jenis Pelayanan

Saat ini Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur sebagai rumah sakit kelas B Pendidikan sesuai Keputusan Menkes RI nomor 1003/MENKES/SK/X/2008 memiliki produk pelayanan yang ditawarkan sesuai dengan Keputusan Direktur Nomor 445/713/102.10/2022 tentang Jenis Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur adalah sebagai berikut :

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|-------------------------|--|------------|
| 1. | Pelayanan Gawat Darurat | a. <i>Triage</i> IGD; | |
| | | b. Pelayanan Gawat Darurat (P1, P2, P3); | |
| | | c. Pelayanan Non Gawat Darurat (P4, P5); | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|-------------------------------|--|--|
| | | d. Isolasi IGD; | |
| | | e. Pelayanan Persalinan (VK); | |
| | | f. Isolasi Persalinan; | |
| | | g. Pojok PONEK; | Program RSSIB |
| | | h. Ruang Khusus Infeksi (RKI); | |
| | | i. Pelayanan Ambulans Gawat Darurat. | |
| 2. | Pelayanan Rawat Jalan Reguler | a. Pelayanan <i>Skrining Point</i> ; | |
| | | b. Pelayanan Medik Spesialis Dasar: | |
| | | 1) Klinik Bedah Umum; | |
| | | 2) Klinik Kandungan; | |
| | | 3) Klinik Hamil; | |
| | | 4) Klinik Penyakit Dalam; | |
| | | 5) Klinik Anak; | |
| | | c. Pelayanan Medik Spesialis Lain: | |
| | | 1) Klinik Bedah Orthopedi; | |
| | | 2) Klinik Bedah Urologi; | |
| | | 3) Klinik Bedah Saraf; | |
| | | 4) Klinik Bedah Plastik; | Terdapat Ruang <i>Wound Care</i> |
| | | 5) Klinik Jantung; | |
| | | 6) Klinik Saraf; | Terdapat Ruang Tindakan EMG, EEG dan USG |
| | | 7) Klinik Paru; | Terdapat Ruang <i>Bronchoscopy</i> |
| | | 8) Klinik TB MDR; | Program TB/TB-MDR |
| | | 9) Klinik THT; | Terdapat Ruang Audiologi |
| | | 10) Klinik Mata; | |
| | | 11) Klinik Kulit dan Kelamin; | |
| | | 12) Klinik Jiwa; | |
| | | 13) Klinik Anestesi; | |
| | | 14) Klinik Darul Hafidz. | Program HIV / AIDS |
| | | d. Pelayanan Medik Spesialis dengan Kualifikasi Tambahan | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|--------------------------|---|--|
| | | 1) Klinik Penyakit Dalam 2; | <i>Fellowship Endoskopi Gastrointestinal</i> |
| | | 2) Klinik Penyakit Dalam 3; | <i>Fellow</i> Tata Laksana Penyakit Ginjal Berbasis Dialisis |
| | | 3) Klinik Tumbuh Kembang; | <i>Fellowship</i> Tumbuh Kembang |
| | | 4) Klinik Respirologi; | <i>Fellowship</i> Respirologi |
| | | 5) Klinik Bayi; | <i>Fellowship</i> Perinatologi |
| | | 6) Klinik Alergi; | <i>Fellowship</i> Alergi Imunologi |
| | | 7) Klinik Nyeri | <i>Fellow of Interventional Pain (FIP)</i> |
| | | e. Pelayanan Medik Subspesialis Dasar: | |
| | | 1) Klinik Hematologi Onkologi Medik dan Layanan <i>One Day Care (ODC)</i> ; | |
| | | 2) Klinik Fetomaternal; | |
| | | 3) Klinik Onkologi Ginekologi | |
| | | f. Pelayanan Rawat Jalan lainnya: | |
| | | 1) Klinik <i>Medical Check Up (MCU)</i> | |
| | | 2) Klinik Psikologi; | Pelayanan oleh Psikolog |
| | | 3) Klinik Gizi. | Pelayanan oleh Ahli Gizi |
| | | 4) Klinik Laktasi. | |
| 3. | Pelayanan Gigi dan Mulut | a. Pelayanan Spesialis lainnya: | |
| | | 1) Klinik Bedah Mulut; | |
| | | 2) Klinik Konservasi Gigi/Endodontia; | |
| | | 3) Klinik Konservasi Gigi Anak/ Pedodontia; | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|-------------------------------------|---|------------|
| | | 4) Klinik Orthodontia; | |
| | | 5) Klinik Periodontia; | |
| | | 6) Klinik Prosthodontia. | |
| | | b. Pelayanan Subspesialis lainnya: | |
| | | 1) Klinik Penyakit Mulut. | |
| 4. | Pelayanan Spesialis Penunjang Medik | a. Klinik Rehabilitasi Medik: 1) Pelayanan Fisioterapi; 2) Pelayanan Okupasi Terapi; 3) Pelayanan Terapi Wicara; 4) Pelayanan Orthosis Prostetis; | |
| | | b. Pelayanan Radiologi: 1) Foto Rontgen dengan dan tanpa kontras; 2) Foto Gigi <i>Dental Panoramic</i> dan <i>Planning Implant</i> ; 3) <i>CT Scan</i> ; 4) <i>MS CT 16 slice</i> dan <i>128 slice</i> ; 5) <i>USG Colour Doppler</i> ; 6) <i>MRI 3,5 tesla</i> ; 7) <i>Angiografi</i> ; 8) <i>Mammography</i> ; 9) <i>C-Arm</i> ; 10) <i>Digital Radiography</i> ; 11) <i>Dental Alveolar</i> ; | |
| | | c. Pelayanan Kateterisasi Jantung (<i>Cath Lab</i>) | |
| | | d. Pelayanan Patologi Klinik: 1) Pelayanan Laboratorium Elektif; 2) Pelayanan Laboratorium Cito; 3) Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik; 4) Pelayanan Laboratorium Biomolekuler | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|---------------------------------|--|--------------------|
| | | (Pemeriksaan PCR COVID-19); 5) Pelayanan Bank Darah. | |
| | | e. Pelayanan Patologi Anatomi: 1) FNA-B; 2) Histopatologi; 3) Sitologi Cairan; 4) Sitologi Pap Smear. | |
| 5. | Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif | a. Pelayanan Medik Spesialis Dasar: | |
| | | 1) Klinik Bedah Umum; | |
| | | 2) Klinik Obstetri dan Ginekologi; | |
| | | 3) Klinik Penyakit Dalam; | |
| | | 4) Klinik Anak. | |
| | | b. Pelayanan Medik Spesialis Lain: | |
| | | 1) Klinik Bedah Orthopedi; | |
| | | 2) Klinik Bedah Urologi; | |
| | | 3) Klinik Bedah Saraf; | |
| | | 4) Klinik Bedah Plastik; | |
| | | 5) Klinik Jantung; | |
| | | 6) Klinik Saraf; | Terdapat Ruang TMS |
| | | 7) Klinik Paru; | |
| | | 8) Klinik THT; | |
| | | 9) Klinik Jiwa; | |
| | | 10) Klinik Kulit dan Kelamin; | |
| | | 11) Klinik Kosmetik Medik: | |
| | | 12) Klinik Gigi dan Mulut a) Klinik Bedah Mulut; b) Klinik Konservasi Gigi / Endodontia; c) Klinik Konservasi Gigi Anak / Pedodontia; d) Klinik Orthodontia; e) Klinik Periodontia; f) Klinik Prosthodontia. | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|----|----------------------|--|---|
| | | c. Pelayanan Medik Subspesialis Dasar: | |
| | | 1) Klinik Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi; | |
| | | d. Pelayanan Medik Subspesialis Lainnya: | |
| | | A. Klinik Penyakit Mulut. | |
| | | e. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Lainnya: | |
| | | 1) Klinik Gizi; | |
| | | 2) Klinik Psikologi; | |
| | | 3) Pelayanan <i>Home Care</i> . | |
| | | f. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik | |
| | | 1) Klinik Rehabilitasi Medik. | |
| 6. | Pelayanan Rawat Inap | a. Rawat Inap Reguler: | |
| | | 1) Kelas 1; | |
| | | 2) Kelas 2; | |
| | | 3) Kelas 3. | |
| | | b. Rawat Inap Eksekutif: | |
| | | 1) Kelas VVIP; | |
| | | 2) Kelas VIP. | |
| | | c. Rawat Inap Khusus: | |
| | | 1) Rawat Inap Intensif: | Dengan Konsultan <i>Intensive Care (KIC)</i> |
| | | a) ICU; | |
| | | b) ICCU; | |
| | | c) HCU; | |
| | | d) NICU. | |
| | | 2) Rawat Inap Isolasi: | Untuk COVID-19, TBC dan infeksi <i>airborne</i> lainnya |
| | | a) Isolasi Tekanan Negatif; | |
| | | b) Isolasi Tanpa Tekanan Negatif; | |

| No | Area Pelayanan | Jenis Pelayanan | Keterangan |
|-----|------------------------|--|-------------------------------------|
| | | c) ICU Tekanan Negatif dengan Ventilator; | |
| | | d) PICU Khusus COVID-19; | |
| | | e) NICU Khusus COVID-19. | |
| | | d. Rawat Inap <i>Gangren</i> | |
| 7. | Pelayanan Pembedahan | a. <i>Emergency/Cito</i> ; | |
| | | b. Elektif; | |
| | | c. Infeksi; | |
| | | d. <i>One Day Surgery (ODS)</i> . | |
| 8. | Pelayanan Hemodialisis | a. Hemodialisis Reguler; | |
| | | b. Hemodialisis Cito; | |
| | | c. Isolasi Hemodialisis. | |
| 9. | Pelayanan Kefarmasian | a. Pelayanan Farmasi Klinis; | |
| | | b. Pencampuran Obat Kemoterapi (<i>Handling Sitostatika</i>) | |
| | | c. Pelayanan Depo Farmasi | IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap dan OK |
| 10. | Pemulasaran Jenazah | a. Perawatan Jenazah; | |
| | | b. Ambulans Jenazah. | |

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan kebijakan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat, dimana seluruh masyarakat Indonesia untuk melindungi kesehatannya diwajibkan menjadi peserta asuransi kesehatan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Berdasarkan Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor: 188/359/KPTS/013/2015 tanggal 18 Mei 2015 tentang Pelaksanaan Regional Sistem Rujukan Provinsi Jawa Timur, Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur mengampu rujukan dari wilayah Kota Surabaya, Kabupaten Bangkalan, Kabupaten Sampang, Kabupaten Pamekasan dan Kabupaten Sumenep sebagai Rumah Sakit Rujukan Regional Level II. Berdasarkan hal tersebut maka pelanggan Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur berdasarkan segmen pasar saat ini telah

mengalami perubahan yang sangat signifikan, dari Umum, ASKES, Maskin dan Pihak ke-III menjadi BPJS, Umum dan Pihak ke-III.

Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur dalam menjalankan tugas dan fungsinya selalu berusaha dapat memberikan yang terbaik. Untuk itu dalam menjamin ketepatan dan kepastian pelayanan pada pelanggan terhadap standar pelayanan publik yang telah ditetapkan maka dilakukan perjanjian kerjasama pelayanan (Citizen Charter), yaitu antara Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur dengan pelanggan yang terdiri dari tokoh masyarakat, LSM, pelanggan loyal, serta masyarakat di sekitar Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur.

Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur dalam mendukung pelayanan publik telah melakukan penyebarluasan informasi dengan melalui berbagai upaya, antara lain dalam bentuk: siaran radio, seminar, brosur, website, sosial media, youtube, jumpa pelanggan, dan pada berbagai kegiatan yang bersifat insidental disaat memperingati berdirinya Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur.

Untuk menjamin keamanan disediakan tenaga Satpol PP dan *Security* yang bertugas secara bergiliran dan ditempatkan pada tempat-tempat yang strategis untuk mengatur pengunjung dan mengendalikan keamanan. Disamping itu telah disediakan tempat parkir yang memadai untuk menampung pelanggan, walaupun masih dipandang perlu ditingkatkan.

BAB II

KOMPONEN STANDAR PELAYANAN

A. INSTALASI GAWAT DARURAT

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none">1. Pasien dengan kasus kegawat daruratan, apabila pasien tidak gawat darurat maka akan dirujuk ke klinik rawat jalan dan apabila sudah tutup maka akan dilayani di P4/P5 IGD sebagai pasien umum;2. Telah mendaftar di Pendaftaran Rekam Medik IGD;3. Berkas persyaratan untuk pasien asuransi sesuai dengan persyaratan administrasi asuransi terkait. |
| II.1.2 Sistem, mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. Tata Laksana Pendaftaran IGD</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pendaftaran pasien yang datang ke IGD dilakukan oleh pasien/keluarga di bagian admisi IGD;2. Bila keluarga tidak ada, maka petugas IGD bekerjasama dengan <i>security</i>/Satpol PP untuk mencari identitas pasien;3. Sebagai bukti pasien sudah terdaftar di bagian admisi akan memberikan status/berkas DRM untuk diisi oleh dokter IGD yang bertugas;4. Bila pasien dalam keadaan gawat darurat, maka akan langsung diberikan pertolongan di IGD, sementara keluarga/penanggung jawab melakukan pendaftaran di bagian admisi. <p>B. Tata Laksana Sistem Komunikasi IGD</p> <ol style="list-style-type: none">1. Antara IGD dengan unit lain (internal rumah sakit) adalah dengan melalui telepon nomor extension masing-masing unit;2. Antara IGD dengan dokter konsulen/rumah sakit lain/yang terkait dengan pelayanan diluar rumah sakit adalah menggunakan pesawat telepon langsung dari IGD atau melalui bagian operator;3. Antara IGD dengan petugas ambulan yang berada di lapangan menggunakan pesawat telepon dan handphone;4. Dari luar RSUD Haji Provinsi Jawa Timur dapat langsung melalui operator. |

| | |
|--|--|
| | <p>C. Tata Laksana Pelayanan Triage IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter jaga IGD melakukan pemeriksaan pada pasien secara lengkap dan menentukan prioritas penanganan; 2. Prioritas pertama (label biru) yaitu mengancam jiwa /mengancam fungsi vital, A/B/C terganggu pasien ditempatkan di ruang resusitasi; 3. Prioritas kedua (label merah) yaitu potensial mengancam jiwa / fungsi vital, bila tidak segera ditangani dalam waktu singkat,saat ini A/B/C stabil. Penanganan dan pemindahan setelah label biru ditangani. Pasien ditempatkan di ruang observasi/HCU; 4. Prioritas ketiga (label kuning) yaitu pasien darurat tapi tidak gawat memerlukan pelayanan segera setelah label biru dan merah ditangani. Penanganan dan pemindahan bersifat terakhir. Pasien ditempatkan di ruang bedah/non bedah 5. Prioritas keempat (label hijau) yaitu pasien tidak gawat dan tidak darurat, tetap dilayani setelah pasien label biru/merah dan kuning ditangani. Pasien ditempatkan di ruang <i>non emergency</i>. <p>D. Tata Laksana Pengisian <i>Informed Consent</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter IGD yang sedang bertugas menjelaskan tujuan dari pengisian <i>informed consent</i> kepada pasien/keluarga pasien disaksikan oleh perawat; 2. Pasien meyetujui, <i>informed consent</i> diisi dengan lengkap disaksikan oleh perawat; 3. Setelah diisi, dimasukkan di status/berkas DRM pasien. <p>E. Tata Laksana Transportasi Pasien IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bagi pasien yang memerlukan penggunaan ambulan RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sebagai transportasi, maka perawat unit terkait menghubungi IGD; 2. Perawat IGD menuliskan data-data / penggunaan ambulan (nama pasien, ruang rawat inap, waktu penggunaan dan tujuan penggunaan); 3. Perawat IGD menghubungi bagian/supir ambulan untuk menyiapkan kendaraan; 4. Perawat IGD menyiapkan alat medis sesuai dengan kondisi pasien. |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>F. Tata Laksana Pelayanan <i>False Emergency</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien/keluarga pasien mendaftar di Bagian Admisi IGD; 2. Dilakukan triage untuk penempatan pasien di ruang <i>non emergency</i>; 3. Pasien dilakukan pemeriksaan fisik oleh dokter jaga IGD; 4. Dokter jaga menjelaskan kondisi pasien pada keluarga/penanggung jawab; 5. Bila perlu dirawat/observasi pasien dianjurkan ke Bagian Admisi; 6. Bila tidak perlu dirawat pasien diberikan resep dan bisa langsung pulang; 7. Pasien dianjurkan untuk kontrol Kembali sesuai dengan saran dokter. <p>G. Tata Laksana Pelayanan <i>Visum Et Repertum</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas IGD menerima surat permintaan <i>visum et repertum</i> dari pihak kepolisian; 2. Surat permintaan <i>visum et repertum</i> diserahkan ke Bagian Rekam Medik; 3. Petugas Rekam Medik menyerahkan status medis pasien kepada dokter jaga yang menangani pasien terkait; 4. Setelah <i>visum et repertum</i> diselesaikan oleh Rekam Medik maka lembar yang asli diberikan pada pihak kepolisian. <p>H. Tata Laksana Pelayanan <i>Death On Arrival (DOA)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dilakukan triage dan pemeriksaan oleh dokter jaga IGD; 2. Bila dokter sudah menyatakan meninggal, maka dilakukan perawatan jenazah; 3. Dokter jaga IGD membuat surat keterangan meninggal; 4. Jenazah dipindahkan/diserah terimakan di Ruang Jenazah dengan Bagian Umum/keamanan. <p>I. Tata Laksana Sistem Informasi Pelayanan Pra Rumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat yang mendampingi pasien memberikan informasi mengenai kondisi pasien yang akan dibawa kepada perawat IGD RSUD Haji Provinsi Jawa Timur; 2. Isi informasi mencakup: |
|--|--|

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum (kesadaran dan tanda-tanda vital) b. Peralatan yang diperlukan di IGD (<i>suction, monitor, defibrillator</i>); c. Kemungkinan untuk dirawat di unit intensive care (SPO-IGD-024) d. Perawat IGD melaporkan pada dokter jaga IGD dan koordinator shift jaga IGD serta menyiapkan hal-hal yang diperlukan sesuai dengan laporan yang diterima dari petugas ambulan. <p>J. Tata Laksana Sistem Rujukan</p> <p>1. Alih Rawat</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat IGD menghubungi rumah sakit yang akan dirujuk; b. Dokter jaga IGD memberikan informasi pada dokter jaga rumah sakit rujukan mengenai keadaan umum pasien; c. Bila tempat telah tersedia di rumah sakit rujukan, perawat IGD menghubungi RSUD Haji Provinsi Jawa Timur/ambulans 118 sesuai kondisi pasien; <p>2. Pemeriksaan Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien/keluarga pasien dijelaskan oleh dokter jaga mengenai tujuan pemeriksaan diagnostik, bila setuju maka keluarga pasien harus mengisi <i>informed consent</i>; b. Perawat IGD menghubungi rumah sakit rujukan; c. Perawat IGD menghubungi petugas ambulans RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. <p>3. Spesimen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien/keluarga pasien dijelaskan mengenai tujuan pemeriksaan specimen; b. Bila keluarga setuju maka harus mengisi <i>informed consent</i>; c. Dokter jaga mengisi formulir pemeriksaan dan diserahkan ke petugas laboratorium; d. Petugas laboratorium melakukan rujukan ke laboraotium yang dituju. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>1. Jam pelayanan IGD adalah 24 jam</p> <p>2. Penyelesaian asesmen awal pasien di IGD adalah</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>dalam waktu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Primary Survey</i> : 10 – 20 menit b. <i>Secondary Survey</i> : 75 – 90 menit <ol style="list-style-type: none"> 3. Waktu tunggu pelayanan pasien gawat darurat : 5 menit; 4. Waktu tunggu pelayanan pasien VK : 3 menit; 5. Waktu pelayanan IGD sampai dengan pasien MRS < 3 jam; 6. Dokter jaga dan perawat IGD siap di IGD 24 jam; 7. Dokter konsulen spesialis bisa dihubungi sewaktu-waktu; 8. Petugas Laboratorium dan Radiologi siap 24 jam; 9. Pelayanan ambulans siap 24 jam. |
| II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| II.1.5 Produk Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan kasus <i>True Emergency</i> Adalah pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat darurat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badannya (akan menjadi cacat) bila tidak mendapat pertolongan secepatnya; 2. Pasien dengan kasus <i>False Emergency</i> Adalah pasien dengan keadaan tidak gawat dan tidak darurat. |
| II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran |

| | |
|--|---|
| | <p>RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099.</p> <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direksi 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit <p>Pelaksanaan Audit oleh SPI</p> 2. Monitoring & Evaluasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). b. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll 3. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) |
|--|---|

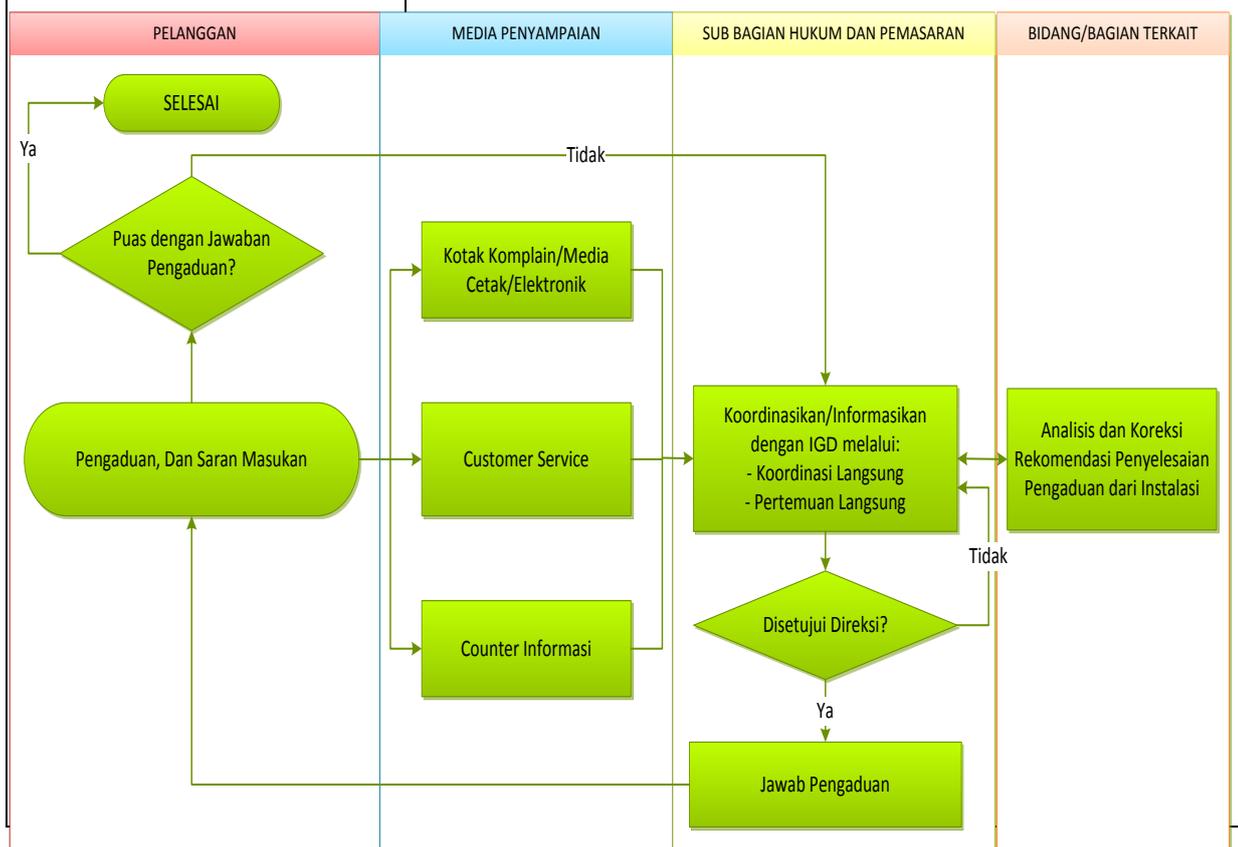
| | |
|--|--|
| | <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan IGD terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. IGD memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban IGD; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan unit terkait kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan |
|--|--|

hasil klarifikasi dari IGD kepada pihak yang membuat pengaduan;

9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



| II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (<i>Manufacturing</i>) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|--------|----|----------------|--------|--------|---|-------------------|-----|---|---|-------------------|-----|---|---|-----------------|-----|---|---|----------------|-----|---|---|-------------------|-----|---|---|-------------------|-----|---|---|------------------|-----|---|---|------------------|-----|---|---|------------|------|---|----|--------------|------|---|----|------------------|------|---|----|-------------|------|---|----|----------------|------|---|----|----------------|------|---|----|-----------------|------|---|----|-----------------|------|---|----|--------------|------|---|----|-------------|------|---|----|------------|------|---|----|----------|------|---|----|--------------|------|---|----|------------|-----|---|
| II.2.1 Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; 2. Undang – undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran; 3. Undang – undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 4. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; 5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 0701/YANMED/RSKS/GDE/VII/1991 tentang Pedoman Pelayanan Gawat Darurat; 6. Peraturan Direktur Nomor 992 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gawat Darurat. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | <p>Inventaris Peralatan Instalasi Gawat Darurat RSUD Haji Provinsi Jawa Timur</p> <p>A. Ruang Resusitasi dan HCU</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">No</th> <th style="text-align: center;">Nama Peralatan</th> <th style="text-align: center;">Satuan</th> <th style="text-align: center;">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1</td><td>Monitor Dash 4000</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td>Monitor Dash 5000</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3</td><td>Monitor Philips</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4</td><td>Monitor Ohmeda</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">5</td><td>DC Shock Phisio C</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">6</td><td>DC Shock Schiller</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">7</td><td>DC Shock Agilent</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">8</td><td>Monitor Digipres</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">9</td><td>Infus Pump</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">10</td><td>Syringe Pump</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">11</td><td>Ultrasonic Nebul</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">12</td><td>Omron Nebul</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">13</td><td>Pulse Oxymeter</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">14</td><td>Suction Manual</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">15</td><td>Suction Accuvac</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">16</td><td>Suction Sentral</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">17</td><td>O2 Manometer</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">18</td><td>Pocket Mask</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">19</td><td>BVM Dewasa</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">20</td><td>BVM Anak</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">21</td><td>Jackson Ress</td><td style="text-align: center;">Unit</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">22</td><td>Laringscop</td><td style="text-align: center;">Set</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> </tbody> </table> | | | No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah | 1 | Monitor Dash 4000 | Set | 1 | 2 | Monitor Dash 5000 | Set | 1 | 3 | Monitor Philips | Set | 1 | 4 | Monitor Ohmeda | Set | 1 | 5 | DC Shock Phisio C | Set | 1 | 6 | DC Shock Schiller | Set | 1 | 7 | DC Shock Agilent | Set | 1 | 8 | Monitor Digipres | Set | 1 | 9 | Infus Pump | Unit | 1 | 10 | Syringe Pump | Unit | 1 | 11 | Ultrasonic Nebul | Unit | 1 | 12 | Omron Nebul | Unit | 1 | 13 | Pulse Oxymeter | Unit | 3 | 14 | Suction Manual | Unit | 1 | 15 | Suction Accuvac | Unit | 1 | 16 | Suction Sentral | Unit | 3 | 17 | O2 Manometer | Unit | 7 | 18 | Pocket Mask | Unit | 6 | 19 | BVM Dewasa | Unit | 2 | 20 | BVM Anak | Unit | 1 | 21 | Jackson Ress | Unit | 6 | 22 | Laringscop | Set | 4 |
| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Monitor Dash 4000 | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Monitor Dash 5000 | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Monitor Philips | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Monitor Ohmeda | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | DC Shock Phisio C | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | DC Shock Schiller | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | DC Shock Agilent | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Monitor Digipres | Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Infus Pump | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Syringe Pump | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Ultrasonic Nebul | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Omron Nebul | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Pulse Oxymeter | Unit | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Suction Manual | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Suction Accuvac | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Suction Sentral | Unit | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | O2 Manometer | Unit | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Pocket Mask | Unit | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | BVM Dewasa | Unit | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | BVM Anak | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Jackson Ress | Unit | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Laringscop | Set | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----|---------------------|------|----|
| 23 | Stilet | Unit | 2 |
| 24 | Nasopharing | Unit | 10 |
| 25 | Orofaring | Unit | 10 |
| 26 | Mouth Opening | Unit | 2 |
| 27 | Endotracheal Tube | Unit | 5 |
| 28 | Braithing Bag 2 ltr | Unit | 5 |
| 29 | Braithing Bag 1 ltr | Unit | 5 |
| 30 | Trolley Emergency | Unit | 2 |
| 31 | Dressing Card | Unit | 2 |
| 32 | Lemari BVM | Unit | 1 |
| 33 | Lemari Kaca | Unit | 1 |
| 34 | Lemari Depo Obat | Unit | 1 |
| 35 | Lemari Besi Alkes | Unit | 1 |
| 36 | Meja Kerja | Unit | 1 |
| 37 | Lemari Kaca Kecil | Unit | 1 |
| 38 | Kursi Kerja | Unit | 1 |
| 39 | Bed Lobang | Unit | 1 |
| 40 | Bed Hillroom | Unit | 2 |
| 41 | Dressing Card Besar | Unit | 1 |

B. Ruang Non Emergency IGD

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|------------------|--------|--------|
| 1 | Stetoscop | Unit | 1 |
| 2 | Tensimeter | Buah | 1 |
| 3 | Box Radiologi | Buah | 1 |
| 4 | O2 Manometer | Buah | 1 |
| 5 | Thermometer | Buah | 1 |
| 6 | Meja Periksa | Buah | 1 |
| 7 | Kursi Putar | Buah | 2 |
| 8 | Bed Pasien Tetap | Buah | 1 |
| 9 | Bak Sampah Kecil | Buah | 2 |
| 10 | Bak Sampah Besar | Buah | 1 |

C. Ruang OK Minor

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|-----------------|--------|--------|
| 1 | Bipolar Cash | Unit | 1 |
| 2 | Table Operation | Buah | 1 |
| 3 | Lampu Operasi | Buah | 1 |
| 4 | Lampu Tindakan | Buah | 1 |
| 5 | Meja Hecting | Buah | 2 |

| | | | |
|----|---------------------|------|---|
| 6 | Bak Instrumen Besar | Buah | 1 |
| 7 | Cucing Besar | Buah | 2 |
| 8 | Cucing Kecil | Buah | 2 |
| 9 | Gunting Lurus | Buah | 3 |
| 10 | Gunting Bengkok | Buah | 2 |
| 11 | Pinset Chirurgi | Buah | 2 |
| 12 | Neel Folder | Buah | 2 |
| 13 | Hand Mass | Buah | 2 |
| 14 | Klem Lurus Kecil | Buah | 4 |
| 15 | Klem Lurus Besar | Buah | 2 |
| 16 | Klem Bangkok | Buah | 4 |
| 17 | Pengait Duk | Buah | 2 |
| 18 | Tromol Besar | Buah | 1 |
| 19 | Lemari Alat Besar | Buah | 1 |
| 20 | Kursi Bulat | Buah | 1 |
| 21 | Celemek | Buah | 2 |
| 22 | Bak Sampah | Buah | 2 |
| 23 | Korentang | Buah | 1 |
| 24 | Kom Besar | Buah | 1 |
| 25 | Kom Kecil | Buah | 1 |
| 26 | O2 Manometer | Buah | 2 |
| 27 | Sterilisator Memert | Buah | 5 |
| 28 | Pinset Anatomy | Buah | 5 |
| 29 | Klem Anatomy | Buah | 5 |
| 30 | Klem Chirurgy | Buah | 5 |
| 31 | Gunting Lurus | Buah | 4 |
| 32 | Gunting Bengkok | Buah | 2 |
| 33 | Nail Folder | Buah | 5 |
| 34 | Hand Mass | Buah | 3 |
| 35 | Klem Mata | Buah | 1 |
| 36 | Pinset Mata | Buah | 1 |
| 37 | Bak Instrumen | Buah | 5 |
| 38 | Lampu THT | Buah | 2 |
| 39 | Speculum THT | Buah | 2 |
| 40 | Pengait Corpus | Buah | 1 |
| 41 | Tong Spatel | Buah | 2 |
| 42 | Tang Tulang | Buah | 1 |
| 43 | Calorr Brace | Buah | 2 |
| 44 | Korentang Set | Buah | 2 |
| 45 | Spuit GC | Buah | 2 |

| | | | |
|----|-------------------|------|---|
| 46 | Tromol Besar | Buah | 1 |
| 47 | Tromol Kecil | Buah | 1 |
| 48 | Meja Sterilisator | Buah | 1 |
| 49 | Lemari Kaca | Buah | 1 |
| 50 | Paramount Bed | Buah | 4 |

D. Ruang Medik

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|------------------|--------|--------|
| 1 | Stetoscop | Unit | 1 |
| 2 | Tensimeter | Buah | 2 |
| 3 | Dressing Card | Buah | 1 |
| 4 | O2 Manometer | Buah | 6 |
| 5 | Thermometer | Buah | 1 |
| 6 | ECG | Buah | 1 |
| 7 | Kursi Putar | Buah | 2 |
| 8 | Paramount Bed | Buah | 2 |
| 9 | Bak Sampah Kecil | Buah | 6 |
| 10 | Bak Sampah Besar | Buah | 1 |
| 11 | Timbangan Dewasa | Buah | 1 |
| 12 | Timbangan Anak | Buah | 1 |
| 13 | Korentang Set | Buah | 1 |
| 14 | Kom Besar | Buah | 1 |
| 15 | Kom Kecil | Buah | 1 |
| 16 | Suction Sentral | Buah | 1 |
| 17 | Torniquet | Buah | 2 |
| 18 | Bak Injeksi | Buah | 1 |

E. Ruang Bedah

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|------------------|--------|--------|
| 1 | Dressing Card | Buah | 2 |
| 2 | Korentang | Buah | 2 |
| 3 | Kom Besar | Buah | 2 |
| 4 | Kom Kecil | Buah | 2 |
| 5 | Tensimeter | Buah | 3 |
| 6 | Thermometer | Buah | 2 |
| 7 | Bak Injeksi | Buah | 1 |
| 8 | Torniquet | Buah | 2 |
| 9 | Suction Sentral | Buah | 3 |
| 10 | O2 Sentral | Buah | 6 |
| 11 | Bed Paramount | Buah | 3 |
| 12 | Long Spine Board | Buah | 1 |

| | | | |
|----|---------------------|------|---|
| 13 | Scoop Stretcter | Buah | 1 |
| 14 | Pedslide | Buah | 2 |
| 15 | Meja Pasien | Buah | 3 |
| 16 | Bengkok | Buah | 2 |
| 17 | Bak Chlorin Alumini | Buah | 2 |
| 18 | Bak Sampah Besar | Buah | 4 |
| 19 | Bak Sampah Kecil | Buah | 6 |

F. Ruang Nurse Station

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|--------------------|--------|--------|
| 1 | Meja Nurse Station | Buah | 1 |
| 2 | Komputer | Buah | 1 |
| 3 | Printer Epson | Buah | 1 |
| 4 | Telepon | Buah | 1 |
| 5 | Stetoscop | Buah | 6 |
| 6 | Penlight | Buah | 1 |
| 7 | Box Radiologi | Buah | 1 |
| 8 | Radio Medik | Buah | 1 |
| 9 | Kursi Putar | Buah | 4 |
| 10 | Kursi Bulat | Buah | 5 |
| 11 | Papan Jaga Perawat | Buah | 1 |
| 12 | White Board | Buah | 1 |
| 13 | Mikrofon | Buah | 1 |

G. Ruang Triage Depan

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|---------------------------------|--------|--------|
| 1 | Meja Kerja | Buah | 1 |
| 2 | Kursi Kerja | Buah | 1 |
| 3 | Papan Jaga Dokter dan Konsultan | Buah | 1 |
| 4 | Label Warna | Buah | |
| 5 | Papan Informasi Triage | Buah | 1 |

H. Alat Medis VK Bersalin

| No | Nama Peralatan | Satuan | Jumlah |
|----|----------------|--------|--------|
| 1 | USG Set | Set | 1 |
| 2 | NST Set | Set | 1 |
| 3 | Doppler Set | Set | 2 |
| 4 | Ambubag Set | Set | 2 |

| | | | |
|----|--------------------------|------|---|
| 5 | Vacum Eks Set | Set | 1 |
| 6 | Mement / Penyeteril Alat | Buah | 1 |
| 7 | Suction Set | Set | 1 |
| 8 | Meja Gynecology | Buah | 2 |
| 9 | Infant Warmer Baby | Buah | 1 |
| 10 | Coove Baby | Buah | 4 |
| 11 | Trolley Baby | Buah | 4 |
| 12 | Lampu Tindakan | Buah | 3 |
| 13 | Partus Set | Set | 4 |
| 14 | Heating Set | Set | 4 |
| 15 | Stetoscop Bayi | Buah | 1 |
| 16 | Stetoscop Dewasa | Buah | 1 |
| 17 | Tensi Raksa | Buah | 2 |
| 18 | Korentang + Tempat | Buah | 4 |
| 19 | Tromol Kecil | Buah | 1 |
| 20 | Tromol Sedang | Buah | 2 |
| 21 | Tromol Besar | Buah | 4 |
| 22 | Bak Injeksi | Buah | 5 |
| 23 | Tempat Kapas Alkohol | Buah | 4 |
| 24 | Timbangan Bayi | Buah | 1 |
| 25 | Timbangan Dewasa | Buah | 1 |
| 26 | Bak Instrumen Sedang | Buah | 3 |
| 27 | Bak Instrumen Besar | Buah | 2 |
| 28 | Manometer O2 | Buah | 7 |
| 29 | Spekulum Sim | Buah | 5 |
| 30 | Spekulum Cocor Bebek | Buah | 8 |
| 31 | Bengkok | Buah | 4 |
| 32 | Laparotomy Set | Set | 1 |
| 33 | Forsep Set | Set | 1 |
| 34 | Cervical Collar Support | - | - |
| 35 | Tourniquet | Buah | 3 |
| 36 | Cucing | Buah | 8 |
| 37 | Sounde Uterus | Buah | 4 |
| 38 | Tenaculum | Buah | 3 |
| 39 | Tampon Tang | Buah | 3 |

| | | | |
|----|--------------------|------|----|
| 40 | Sendok Curret | Buah | 34 |
| 41 | Busi No 4-12 | Buah | 28 |
| 42 | Abortus Tang | Buah | 2 |
| 43 | Biopsi Tang | Buah | 1 |
| 44 | Heating Porsio Set | Set | 1 |
| 45 | Suction Abortus | Buah | 1 |
| 46 | Metal Cateter | Buah | - |
| 47 | Kom + Penutup | Buah | 4 |
| 48 | Micro Curretase | Buah | 1 |
| 49 | Ekstraktor IUD | Buah | 2 |
| 50 | Marsupialisasi Set | Set | 1 |
| 51 | Tabung O2 Kecil | Buah | 1 |
| 52 | Tabung O2 Besar | Buah | 1 |

I. Ambulans

a. Perlengkapan Ambulans:

- AC;
- Sirine;
- Lampu Rotater;
- Sabuk Pengaman;
- Sumber Listrik / Stop Kontak;
- Lemari untuk Alat Medis;
- Lampu Ruangan;
- Wastafel;
- Radio Medik.

b. Alat dan Obat:

- Tabung Oksigen (1 buah);
- Mesin Suction (1 buah);
- Monitor EKG (1 buah);
- Stretcher (1 buah);
- Tas Emergency.

| | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------|------------------------|------------------------------|
| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No | Nama Jabatan | Kualifikasi | |
| | | | Formal | Kompetensi |
| | 1. | Ka. IGD | Dokter Umum/Spesialis | Bersertifikat ACLS/ATLS |
| | 2. | Dokter IGD | Dokter Umum | Bersertifikat ACLS/ATLS |
| | 3. | Ka. Ruangan IGD | S1 / D-III Keperawatan | Bersertifikat BLS/BTCLS/PPGD |
| | 4. | Ka. Ruangan VK Bersalin | S1 / D-III Kebidanan | Bersertifikat PPGD |
| | 5. | Perawat Pelaksana IGD | D-III Keperawatan | Bersertifikat BLS/BTCLS/PPGD |
| | 6. | Bidan Pelaksana VK | D-III Kebidanan | Bersertifikat PPGD |
| | 7. | PRS | SMA | Bersertifikat BLS |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | <p>A. Pola pengaturan ketenagaan IGD yaitu:</p> <p>1. Dinas Pagi Yang bertugas sejumlah 9 orang dengan standar minimal bersertifikat PPGD/BLS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 Dokter Jaga; - 1 Orang Kepala Ruangan; - 5 Orang Pelaksana; - 2 Orang PRS. <p>2. Dinas Sore Yang bertugas sejumlah 9 orang dengan standar minimal bersertifikat PPGD/BLS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2 2 Dokter jaga (1 dokter <i>non emergency</i> dan 1 dokter jaga IGD); 3 1 orang coordinator shift jaga; 4 4 orang pelaksana; 5 2 orang PRS. <p>3. Dinas Malam Yang bertugas sejumlah 8 orang dengan standar minimal bersertifikat PPGD/BLS:</p> | | | |

| | |
|---|--|
| | <p>6 1 dokter jaga; 7 1 orang koordinator shift jaga; 8 1 orang pelaksana; 9 2 orang PRS.</p> <p>B. Pola Pengaturan Ketenagaan VK Bersalin IGD</p> <p>1. Dinas Pagi Yang bertugas 5 orang dengan standar minimal bersertifikat: 101 orang kepala ruangan; 113 orang pelaksana; 121 orang PRS</p> <p>2. Dinas Sore Yang bertugas sejumlah 5 orang dengan standar minimal bersertifikat: 131 orang koordinator shift jaga; 143 orang pelaksana; 151 orang PRS</p> <p>3. Yang bertugas sejumlah 5 orang dengan standar minimal bersertifikat: 161 orang koordinator shift jaga; 173 orang pelaksana; 181 orang PRS.</p> |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di IGD. Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan | II.2.8.1 Jaminan Keamanan |

| | |
|------------------------|---|
| <p>dan Keselamatan</p> | <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung |
|------------------------|---|

| | |
|--|---|
| | <p>yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

B. INSTALASI RAWAT JALAN

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah melalui <i>screening point</i>; 2. Pasien telah mendaftar di pendaftaran rekam medis; 3. Berkas persyaratan untuk pasien asuransi sesuai dengan persyaratan administrasi asuransi terkait. |

| | |
|--|---|
| <p>II.1.2 Sistem, mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang dan dilakukan skrining di <i>Screening Point</i>; 2. Pasien mengambil nomor antrian dan mengisi form pendaftaran pasien baru (untuk pasien baru); 3. Admisi cetak nomor antrian klinik rawat jalan dan cetak SEP (untuk pasien JKN) dan pasien bayar di kasir (untuk pasien umum); 4. Pasien menuju klinik tujuan dan dilakukan pemeriksaan, pemberian resep, tindakan (jika diperlukan) oleh dokter spesialis; 5. Jika dibutuhkan pemeriksaan penunjang, maka pemeriksaan dilakukan pada hari berikutnya; 6. Jika pasien terindikasi MRS, maka pelayanan pasien dilakukan sesuai prosedur penerimaan pasien MRS dari Klinik Rawat Jalan; 7. Pasien yang selesai menjalani pelayanan rawat jalan menuju Depo Farmasi Rawat Jalan untuk pengambilan obat dan kemudian pulang. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>A. Jam Pelayanan Instalasi Rawat Jalan adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senin – Kamis : Pukul 08.00 – 13.00 WIB (s/d selesai) • Jum'at : Pukul 08.00 – 11.00 WIB (s/d selesai) • Adapun hari Sabtu, Minggu dan hari libur nasional seluruh pelayanan di Instalasi Rawat Jalan tutup. <p>B. Waktu penyelesaian asesemen awal</p> <p>Selesai asesmen awal pasien rawat jalan dalam rentang waktu 10 – 15 menit setelah status DRM pasien diterima di klinik rawat jalan, kecuali untuk Klinik Mata, Psikologi, Gizi, dan Jiwa dapat diselesaikan dalam rentang waktu 30 – 120 menit.</p> |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 3. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 3. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>Instalasi Rawat Jalan terdiri dari beberapa Klinik Spesialis yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik Saraf 16. Klinik THT |

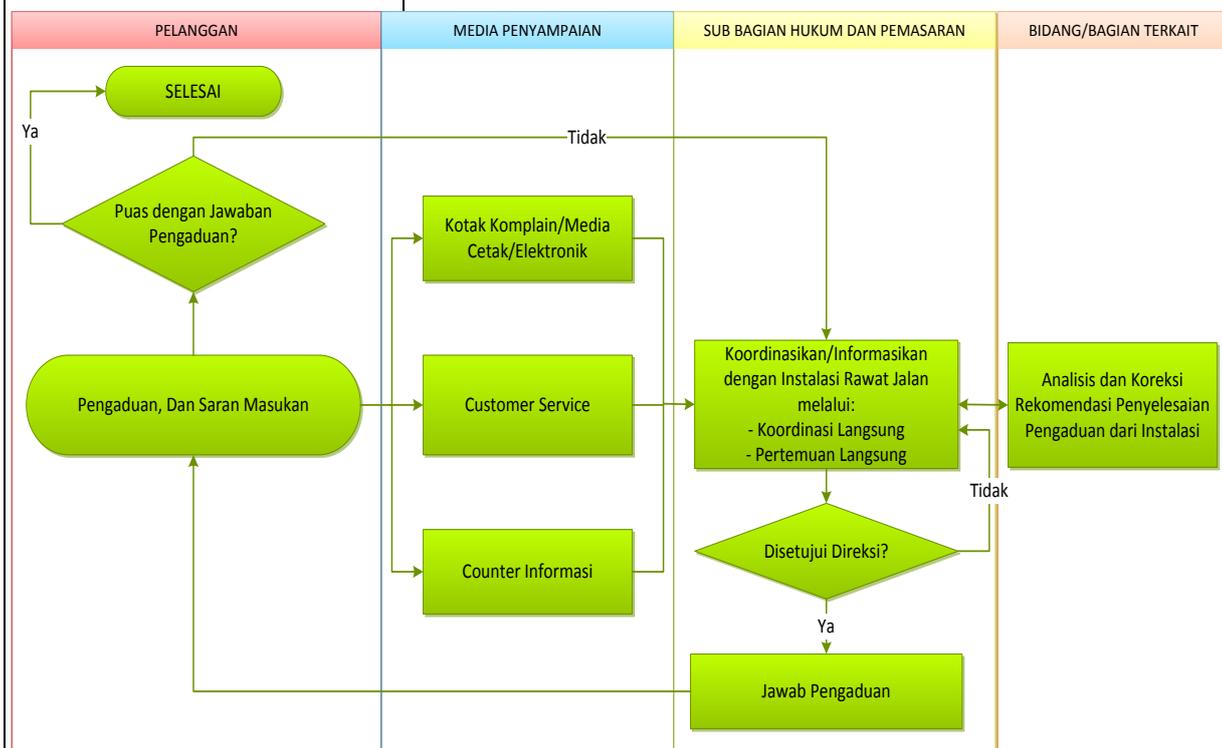
| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> 2. Klinik Jantung 3. Klink Paru 4. Klinik Anak 5. Klinik Respirologi 6. Klinik Bayi 7. Klinik Tumbuh Kembang 8. Klinik Penyakit Dalam 1 9. Klinik Diabet 10. Klinik Penyakit Dalam 2 (Gastroenterohepatologi dan Tindakan Endoskopi) 11. Klinik Penyakit Dalam 3 (Ginjal Hipertensi) 12. Klinik Kandungan 13. Klinik Hamil 14. Klinik Onkologi Obsgyn 15. Ruang Fetomaternal 17. Klinik Hematologi 18. Klinik Paliatif 19. Klinik VCT 20. Klinik Bedah Urologi 21. Klinik Bedah Orthopedi 22. Klinik Bedah Umum 23. Klinik Bedah Saraf 24. Klinik Bedah Plastik 25. Klinik Anestesi 26. Klinik Kulit dan Kelamin 27. Klinik Mata 28. Klinik Jiwa 29. Klinik Psikologi 30. Klinik MCU 31. Klinik Laktasi 32. Klinik Alergi 33. Ruang ODC (<i>One Day Care</i>) |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direksi <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : <ul style="list-style-type: none"> c. Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). d. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll 3. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSU Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Rawat Jalan terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Rawat Jalan memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Rawat Jalan; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada bidang/bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan unit terkait kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Rawat Jalan kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan |
|--|--|

tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang – undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;
3. Undang – undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
4. Undang – undang No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
6. Peraturan Direktur Nomor: 445/732/304/2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Jalan.

| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | No . | Nama Klinik | Nama Alat | Jml | Satuan |
|---|------------------------|-------------|--------------------------------------|------|--------|
| | 1 | Saraf | Bed Periksa | 2 | Unit |
| | | | Tensimeter | 2 | Buah |
| | | | Stetoskop | 2 | Buah |
| | | | Oxymeter | 2 | Buah |
| | | | Thermometer | 2 | Buah |
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Kamar Gelap | 1 | Ruang |
| | | | EEG | 1 | Unit |
| | | | EMG | 1 | Unit |
| | | | TMS | 1 | Unit |
| | | | USG | 1 | Unit |
| | | | Ofthalmoskop | 2 | Buah |
| | | | Kampimeter | 1 | Buah |
| | | | Visus Snellen Chart | 1 | Buah |
| | | | Buku Ishihara | 1 | Buku |
| | | | Alat Test sensasi | 1 | Set |
| | | | Diagnostik Set | 1 | Set |
| | | | Flash Light | 1 | Buah |
| | | | Garputala | 1 | Buah |
| | | | Tonguespatel Lidah | 1 | Buah |
| | Lidi kapas | 1 | Pak | | |
| | Palu Reflex | 1 | Buah | | |
| | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Set | | |
| | 2 | Jantung | Bed Periksa | 2 | Unit |
| | | | Tensimeter | 2 | Buah |
| | | | Stetoskop | 4 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 2 | Buah |
| | | | Viewer | 2 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | ECG | 2 | Unit |
| | | | Angiografi Karotis | 1 | Unit |
| Echo Cardiografi | | | 1 | Unit | |
| Oxygen Set + Flowmeter | | | 1 | Set | |

| | | | | | | | |
|--|--------------------------------------|---------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---|------|
| | 3 | Paru | Bed Periksa | 2 | Unit | | |
| | | | Tensimeter | 2 | Buah | | |
| | | | Stetoskop | 2 | Buah | | |
| | | | Oxymeter | 2 | Buah | | |
| | | | Thermometer | 2 | Buah | | |
| | | | Viewer | 2 | Buah | | |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit | | |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Set | | |
| | | | Spirometer | 1 | Unit | | |
| | | | Mouthpieces | 1 | Buah | | |
| | | | Bronchoscopy | 1 | Unit | | |
| | | | Nebulizer | 1 | Unit | | |
| | | | 4 | Kelompok Obsgyn (Hamil & Kandungan) | Bed Periksa | 4 | Unit |
| | Tensimeter | 4 | | | Buah | | |
| | Stetoskop | 4 | | | Buah | | |
| | Oxymeter | 4 | | | Buah | | |
| | Thermometer | 4 | | | Buah | | |
| | Viewer | 2 | | | Buah | | |
| | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 2 | | | Unit | | |
| | Meja periksa ginekologi | 1 | | | Unit | | |
| | Doppler | 2 | | | Buah | | |
| | Lampu periksa | 1 | | | Unit | | |
| | Set pemeriksaan ginekologi | 2 | | | Set | | |
| | Pap Smear Kit | 1 | | | Set | | |
| | IUD Kit & Injeksi KB | 1 | | | Set | | |
| | Implant Kit | 1 | | | Set | | |
| | USG | 2 | | | Unit | | |
| | 5 | Kelompok Anak | | | Bed Periksa Anak | 5 | Unit |
| | | | | | Tensimeter dengan manset untuk anak, bayi dan dewasa | 5 | Buah |
| | | | Stetoskop Bayi | 5 | Buah | | |
| | | | Stetoskop Anak | 5 | Buah | | |
| | | | Oxymeter | 5 | Buah | | |
| | | | Termometer Rectal | 5 | Buah | | |

| | | | | | |
|--|---|----------------|---|---|------|
| | | | Termometer Axilla | 5 | Buah |
| | | | Viewer | 2 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Suction Pump | 1 | Unit |
| | | | Sphygmomanometer | 1 | Unit |
| | | | Timbangan dan pengukur tinggi (Bayi dan Anak) | 1 | Unit |
| | | | Palu Reflex | 2 | Buah |
| | | | Cold Cain | 1 | Buah |
| | | | Emergency Cart | 1 | Buah |
| | | | Alat Penghisap Lendir | 1 | Buah |
| | | | Sendok Penekan Lidah | 1 | Pak |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Set |
| | | | Pumping set | 1 | Unit |
| | 6 | Penyakit Dalam | Bed Periksa | 4 | Unit |
| | | | Tensimeter | 2 | Buah |
| | | | Stetoskop | 4 | Buah |
| | | | Oxymeter | 4 | Buah |
| | | | Thermometer | 4 | Buah |
| | | | Viewer | 2 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Lemari Obat / Alat | 2 | Unit |
| | | | Instrument Trolley | 2 | Unit |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 2 | Set |
| | | | Diagnostik Set | 2 | Set |
| | | | Standar Infus | 2 | Buah |
| | | | Stand Waskom | 2 | Buah |
| | | | Head Lamp | 2 | Buah |
| | | | Suction for Thorax | 2 | Unit |
| | | | Sendok Lidah | 1 | Pak |
| | | | Senter | 2 | Buah |
| | 7 | Endoskopi | Bed Periksa | 2 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |
| | | | Stetoskop | 1 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |

| | | | | | |
|--|---|----------------|---|---|------|
| | | | Thermometer | 1 | Buah |
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Kolonoskopi (dengan sertifikasi) | 1 | Unit |
| | | | Peralatan Biopsi Hati (Jarum Biopsi, dll) | 1 | Unit |
| | | | Mouthpiece | 1 | Pak |
| | | | Operating Lamp | 1 | Unit |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Unit |
| | | | Scope Gastro | 1 | Unit |
| | | | Scope Kolon | 1 | Unit |
| | | | ERCP Set + Scope | 1 | Unit |
| | 8 | Kelompok Bedah | Bed Periksa | 5 | Unit |
| | | | Tensimeter | 5 | Buah |
| | | | Stetoskop | 5 | Buah |
| | | | Oxymeter | 5 | Buah |
| | | | Thermometer | 5 | Buah |
| | | | Viewer | 5 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 5 | Unit |
| | | | Operating Lamp | 5 | Unit |
| | | | Operating Table | 5 | Unit |
| | | | Electro Surgery | 5 | Unit |
| | | | Lampu senter | 5 | Buah |
| | | | Meja Instrument | 5 | Unit |
| | | | Alat Bedah Minor | 5 | Set |
| | | | Elektrokauter | 5 | Buah |
| | | | Lokal Anatesi Set | 5 | Set |
| | | | Rawat Luka Set | 5 | Set |
| | | | Minor Surgery Set / Unit Diagnostik & Treadment | 5 | Set |
| | 9 | THT | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |
| | | | Stetoskop | 2 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 1 | Buah |

| | | | | | |
|--|----|---|---|---|------|
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Speculum Hidung | 5 | Buah |
| | | | Speculum Telinga | 5 | Buah |
| | | | Garputala | 2 | Buah |
| | | | ENT Unit | 1 | Unit |
| | | | Ent Diagnostic Instrument Set | 1 | Set |
| | | | Portble Diagnostic | 1 | Set |
| | | | Head Lamp | 1 | Buah |
| | | | Head Light | 1 | Buah |
| | | | Suction pump | 1 | Unit |
| | | | Laryngoscope | 1 | Unit |
| | | | Audiometer | 1 | Unit |
| | | | BERRA | 1 | Unit |
| | | | Endoscopy THT | 1 | Unit |
| | | | Hak serumen | 1 | Buah |
| | | | Luc serumen | 1 | Buah |
| | | | Pembawa kapas(wattendrag er) | 1 | Buah |
| | | | Knie pinset | 2 | Buah |
| | | | Tang untuk ambil benda asing | 2 | Buah |
| | | | Lampu spiritus | 2 | Buah |
| | | | Otoscope siegle | 2 | Buah |
| | | | Knie Tang | 2 | Buah |
| | | | Spatel lidah | 1 | Pak |
| | | | Kaca Larings (berbagai ukuran) | 2 | Set |
| | | | Nasofaringoskop | 2 | Buah |
| | | | Parasintesis set (myringolom macam-macam) | 2 | Set |
| | | | Minor Surgery set | 2 | Set |
| | | | Tonsil abses forceps thilanuis | 2 | Buah |
| | 10 | Hematologi Onkologi dan Ruang Tindakan ODC (Kemoterap | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 2 | Buah |
| | | | Stetoskop | 2 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 1 | Buah |

| | | | | | |
|--|----|---|--------------------------------------|---|-------|
| | | i) | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Bed Kemoterapi | 1 | Unit |
| | | | Kursi kemoterapi | 4 | Unit |
| | | | Lemari Obat / Alat | 1 | Unit |
| | | | Instrument Trolley | 1 | Unit |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Set |
| | | | Diagnostik Set | 1 | Set |
| | 11 | VCT (Voluntary Counselling And Testing) | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |
| | | | Stetoskop | 1 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 1 | Buah |
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Rawat luka set | 2 | Set |
| | | | Oxygen Set + Flowmeter | 1 | Set |
| | 12 | Kulit dan Kelamin | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |
| | | | Stetoskop | 1 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 1 | Buah |
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Loupe | 1 | Buah |
| | | | Tongspatel | 1 | Buah |
| | | | Senter | 1 | Buah |
| | | | Kamar gelap | 1 | Buah |
| | | | Sterilisator basah | 1 | Buah |
| | | | Kamar Gelap | 1 | Ruang |
| | | | Woodslamp | 1 | Unit |
| | | | Kamar Tindakan | 1 | Ruang |
| | | | Meja Instrumen | 1 | Unit |
| | | | Almari obat | 1 | Unit |
| | | | Lampu operasi | 1 | Unit |
| | | | Skin refraktor | 1 | Unit |

| | | | | | |
|--|----|---------------------|--|------|------|
| | | Cautery unit | 1 | Unit | |
| | | Commedon ekstraktor | 1 | Unit | |
| | 13 | Mata | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |
| | | | Stetoskop | 1 | Buah |
| | | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | | Thermometer | 1 | Buah |
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | | | Trial Lens dan Frame Set | 2 | Set |
| | | | Kaca Mata Frenzel | 2 | Buah |
| | | | Optoptypen (Snellen Chart) 5 huruf dan E-chart | 2 | Unit |
| | | | Ishihara Colour Plate | 4 | Buah |
| | | | Reading Chart | 2 | Buah |
| | | | Extractor Corpus Alienum (magnit) | 2 | Unit |
| | | | Slit lamp | 2 | Unit |
| | | | Lens Test Set | 2 | Set |
| | | | Flash Light and Ruler | 2 | Buah |
| | | | Streak Retinoskopi | 2 | Buah |
| | | | Lensometer | 2 | Buah |
| | | | Loup | 2 | Buah |
| | | | Tonometer | 2 | Buah |
| | | | Ophthalmoscope | 2 | Buah |
| | | | Indirect/Binoculair Ophthalmoskop | 2 | Buah |
| | | | Campimeter | 1 | Buah |
| | | | Autorefraktometer | 1 | Buah |
| | | | Keratometer | 1 | Buah |
| | | | Biometri | 1 | Buah |
| | | | USG Mata | 1 | Unit |
| | | | OCT | 1 | Unit |
| | | | Humphrey | 1 | Buah |
| | | | Hordeolum Set | 3 | Set |
| | 14 | Jiwa | Bed Periksa | 1 | Unit |
| | | | Tensimeter | 1 | Buah |

| | | | | |
|--|----|--------------------------------------|--|------------------------------|
| | | Stetoskop | 1 | Buah |
| | | Oxymeter | 1 | Buah |
| | | Thermometer | 1 | Buah |
| | | Viewer | 1 | Buah |
| | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 | Unit |
| | 15 | Psikologi | Buku & Lembar Jawaban Tes MMPI 1 | 50 eksemplar |
| | | | Buku & Lembar Jawaban Tes MMPI 2 | 50 eksemplar |
| | | | Voucher & Install Program Baru Tes MMPI 2 | 2 Paket |
| | | | Alat tes Intelligensi: | |
| | | | 1. Seperangkat Tes WPPSI 2. Seperangkat Tes WISC 3. Seperangkat Tes WAIS 4. Seperangkat Tes Binet 5. Seperangkat Tes NST 6. Seperangkat Tes VMI 7. Seperangkat Tes Frostig | Masing - masing 50 eksemplar |
| | 16 | Paliatif | Bed Periksa | 1 Unit |
| | | | Tensimeter | 1 Buah |
| | | | Stetoskop | 1 Buah |
| | | | Oxymeter | 1 Buah |
| | | | Thermometer | 1 Buah |
| | | | Viewer | 1 Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 1 Unit |
| | | | Rawat luka set | 2 Set |
| | 17 | Medical Check Up | Bed Periksa | 6 Unit |
| | | | Tensimeter | 6 Buah |
| | | | Stetoskop | 6 Buah |
| | | | Oxymeter | 6 Buah |
| | | | Thermometer | 6 Buah |

| | | | | | |
|---------------------------------------|------------|---------------------|--|--|------|
| | | | Viewer | 1 | Buah |
| | | | Timbangan Berat Badan + Tinggi Badan | 3 | Unit |
| | | | ECG | 2 | Unit |
| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No. | Nama Jabatan | Kualifikasi | | |
| | | | Formal | Sertifikat | |
| | 1. | Ka. Instalasi | <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Spesialis - Masa Kerja Minimal 3 Tahun | Pelatihan Managerial dan Berkomunikasi | |
| | 2. | Sekretaris | <ul style="list-style-type: none"> - S1 Keperawatan - Masa Kerja Minimal 5 Tahun | Pelatihan Managerial dan Berkomunikasi | |
| | 3. | Koordinator MCU | <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Spesialis - Masa Kerja Tidak Dipersyaratkan | Pelatihan Managerial dan Berkomunikasi | |
| | 4. | Kepala Ruangan | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal SI Keperawatan Ners - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Bangsal - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif - SP2KP - PCC | |

| | | | | |
|--|----|------------------------------|---|---|
| | 5. | Koordinator Mutu | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal DIII Keperawatan - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif |
| | 6. | Koordinator Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal DIII Keperawatan - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif |
| | 7. | Koordinator Sarana Prasarana | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal DIII Keperawatan - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif |

| | | | | |
|--|-----|--------------------------------|---|---|
| | 8. | Pelaksana Pelayanan Poliklinik | <ul style="list-style-type: none"> - D3 Keperawatan, D3 Kebidanan, D3 Refraksionis Optisien S1 Psikolog - Masa Kerja 1 Tahun Di Klinik | Sesuai Dengan Poliklinik Masing-Masing |
| | 9. | Koordinator Screening Point | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal DIII Keperawatan - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif |
| | 10. | Duty Manager Rawat Jalan | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal DIII Keperawatan - Pernah bekerja sebagai Ka.Tim | <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen Bangsal Keperawatan - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE/ Komunikasi Efektif |
| | 11. | Pekarya Rumah Sakit | SLTA | Pelatihan Pelayanan Prima, PPGD Untuk Awam |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|---|
| | 12. | Petugas Billing | SLTA | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan Komputer - Pelatihan Pelayanan Prima |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No. | Tempat Tugas | Jumlah Tenaga Menurut Kualifikasi | |
| | 1 | Ruang Sekretariat Instalasi Rawat Jalan | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Instalasi Rawat Jalan - 1 Orang Sekretaris - 2 Orang Administrasi - 4 Orang Kepala Ruangan - 1 Orang Duty Manager | |
| | 2 | Tempat Screening Point | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Koordinator - 1 Orang Dokter Pinere (On Call) - 1 Orang Dokter Jaga (Dokter Umum) - 1 Orang Perawat Jaga - 1 Orang Pekarya Rumah Sakit (Helper) | |
| | 3 | Klinik Saraf | <ul style="list-style-type: none"> - 5 Orang Dokter Spesialis - 3 Orang Perawat | |
| | 4 | Klinik Jantung | <ul style="list-style-type: none"> - 6 Orang Dokter Spesialis - 4 Orang Perawat | |
| | 6 | Klinik Paru | <ul style="list-style-type: none"> - 4 Orang Dokter Spesialis - 4 Orang Perawat | |
| | 7 | Klinik Penyakit Dalam | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Orang Dokter Spesialis - 3 Orang Perawat | |
| | 8 | Klinik Diabet | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat | |
| | 9 | Klinik Gastroenterohepatologi dan Tindakan Endoskopi | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Dokter Spesialis - 2 Orang Perawat | |
| | 10 | Klinik Penyakit dalam 3 (Ginjal dan Hipertensi) | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat | |
| | 11 | Klinik Kandungan | <ul style="list-style-type: none"> - 3 Orang Dokter Spesialis - 2 Orang Bidan | |

| | | |
|----|----------------------------------|---|
| 12 | Klinik Hamil | - 3 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Bidan |
| 13 | Klinik Onkologi Obgyn | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Bidan |
| 14 | Ruang Fetomaternal | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Bidan |
| 15 | Klinik Anak | - 3 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 16 | Klinik Tumbuh Kembang | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 17 | Klinik Respirologi | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 18 | Klinik Bayi | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 19 | Klinik Alergi | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 20 | Klinik THT | - 3 Orang Dokter Spesialis - 2 Orang Perawat |
| 21 | Klinik Bedah Urologi | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 22 | Klinik Bedah Orthopedi | - 4 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 23 | Klinik Bedah Umum | - 2 Orang Dokter Spesialis - 2 Orang Perawat |
| 24 | Klinik Bedah Plastik | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 25 | Klinik Bedah Saraf | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 26 | Klinik Paliatif | - 1 Orang Dokter Umum - 1 Orang Perawat |
| 27 | Klinik Hematologi Onkologi | - 2 Orang Dokter Spesialis - 4 Orang Perawat - 1 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) |
| 28 | Ruang Kemoterpi / ODC | |
| 29 | Klinik Kulit & Kelamin | - 5 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 30 | Klinik Mata | - 5 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat - 2 Orang Refraksionis Optisien |
| 31 | Klinik Jiwa | - 1 Orang Dokter Spesialis - 1 Orang Perawat |
| 32 | Klinik Psikologi | - 3 Orang Psikolog |
| 33 | Klinik Medical | - 1 Orang Dokter Umum |

| | | | |
|---|---|----------------|---|
| | | Check Up (MCU) | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Perawat - 2 Orang Administrasi - 1 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) |
| | 34 | Counter Lt. 1 | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) - 1 Orang Petugas Billing - 1 Orang Petugas Kasir |
| | 35 | Counter Lt. 2 | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) - 1 Orang Petugas Billing - 1 Orang Petugas Kasir |
| | 36 | Counter Lt. 3 | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) - 1 Orang Petugas Billing - 1 Orang Petugas Kasir |
| | 37 | Counter Lt. 4 | <ul style="list-style-type: none"> - 2 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) - 1 Orang Petugas Billing - 1 Orang Petugas Kasir |
| | 38 | Counter Lobby | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Pekarya Rumah Sakit (PRS) - 2 orang helper |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | <p>Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Rawat Jalan. Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> | | |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSU Haji</p> | | |

| | |
|--|---|
| | <p>Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

C. INSTALASI GIGI DAN MULUT

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah melalui <i>screening point</i>; 2. Pasien telah mendaftar di pendaftaran rekam medis; 3. Berkas persyaratan untuk pasien asuransi sesuai dengan persyaratan administrasi asuransi terkait. |

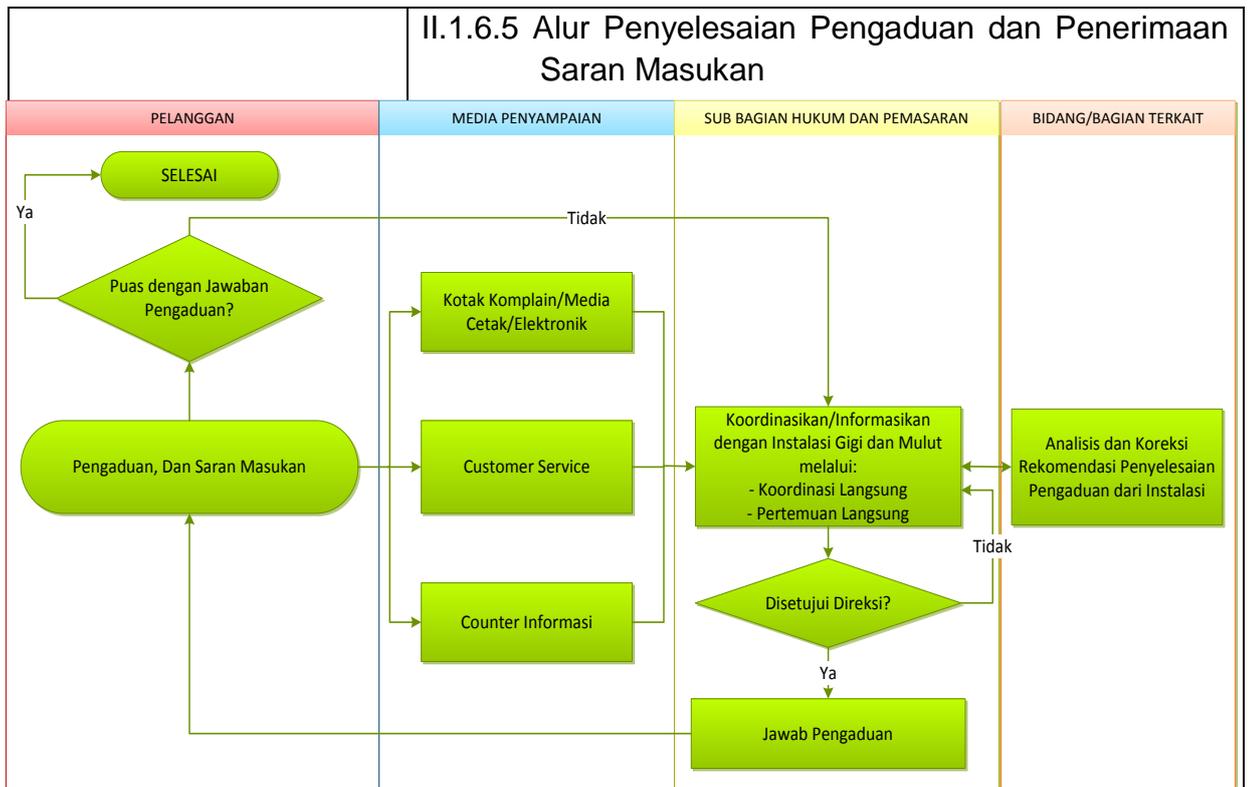
| | |
|--|--|
| <p>II.1.2 Sistem, mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum Pasien Umum baik pasien lama maupun pasien baru sebelum mendaftar terlebih dahulu melakukan screening point setelah itu mendaftar di loket pendaftaran rekam medis, kemudian menunggu antrian pelayanan di ruang tunggu Instalasi Gigi dan Mulut; 2. Pasien Asuransi <ul style="list-style-type: none"> • Pasien baru yang menggunakan asuransi Pemerintah dan asuransi Pihak ke 3, sebelum mendaftar terlebih dahulu melakukan screening point setelah itu mendaftar di loket pendaftaran rekam medis dan mendapatkan SEP. Setelah mendapat SEP pasien menuju Instalasi Gigi dan Mulut untuk menunggu antrian pelayanan di ruang tunggu Instalasi Gigi dan Mulut. • Pasien lama yang menggunakan Asuransi pemerintah dan asuransi Pihak ke 3, sebelum mendaftar terlebih dahulu melakukan screening point kemudian mendaftar di rekam medis dan mendapat SEP kemudian menuju Instalasi Gigi dan Mulut untuk menunggu antrian pelayanan di ruang tunggu Instalasi Gigi dan Mulut. 3. Baik pasien umum maupun pasien kerjasama akan mendapatkan nomor antrian pelayanan Instalasi Gigi dan Mulut, yang dikelompokkan berdasarkan kasus spesialisasi, yang akan diarahkan oleh petugas meja pendaftaran klinik gigi; 4. Pasien akan dipanggil masuk ruang perawatan berdasarkan antrian spesialisasinya; 5. Setelah dipanggil masuk ruang perawatan, pasien akan mendapatkan pelayanan/perawatan yang dibutuhkan, yang akan diberikan oleh dokter gigi dan dibantu perawat gigi; 6. Pasien yang memerlukan perawatan kesehatan dari bagian lain, akan dirujuk ke klinik lain yg terkait dengan indikasi penyakitnya; 7. Pasien yang memerlukan pemeriksaan penunjang akan dirujuk ke instalasi penunjang yang dibutuhkan. Setelah pasien mendapatkan hasil pemeriksaan tersebut, pasien kembali lagi ke Instalasi Gigi dan Mulut untuk mendapatkan |
|--|--|

| | |
|---------------------------------------|---|
| | <p>tahapan perawatan selanjutnya;</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Setelah selesai perawatan pasien akan mendapatkan resep obat sesuai dengan indikasi kasus penyakitnya, bila tidak dibutuhkan resep obat tidak akan diberikan; 9. Pasien umum akan dipersilakan untuk melakukan pembayaran biaya perawatan di kasir di Instalasi Gigi dan Mulut, sedangkan pasien asuransi akan menyerahkan SEP nya; 10. Setelah semua tahapan pelayanan selesai pasien KRS terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> a. Sembuh /tidak perlu kontrol; b. Kontrol selanjutnya dengan indikasi perawatan lanjutan/pemantauan keluhan dll; c. Rujuk balik ke faskes 1 (untuk melanjutkan perawatan disana/ dikarena rujukan habis); d. Rujuk Ke RS Lain (kasus sulit /membutuhkan SDM yang lebih kompeten/ sarana yang lebih lengkap/ dekat dengan domisili pasien); e. MRS. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>A. Jam Pelayanan Instalasi Gigi dan Mulut adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senin – Kamis : Pukul 08.00 – 13.00 WIB (s/d selesai) • Jum'at : Pukul 08.00 – 11.00 WIB (s/d selesai) • Adapun hari Sabtu, Minggu dan hari libur nasional seluruh pelayanan di Instalasi Gigi dan Mulut tutup <p>B. Waktu penyelesaian asesemen awal</p> <p>Selesai asesmen awal pasien dalam rentang waktu 10 – 15 menit setelah status DRM pasien diterima di Klinik Gigi dan Mulut.</p> |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |

| | |
|--|---|
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>Pelayanan perawatan kesehatan gigi dan mulut di Instalasi Gigi dan Mulut, terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konservasi Gigi; 2. Pedodontia; 3. Ortodontia; 4. Periodontia; 5. Prostodontia; 6. Bedah Mulut; 7. Penyakit Mulut. |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direksi 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit <p>Pelaksanaan Audit oleh SPI</p> 2. Monitoring & Evaluasi : <ol style="list-style-type: none"> a. Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). b. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll 3. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Gigi dan Mulut terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Gigi dan Mulut memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Gigi dan Mulut; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada bidang/bagian terkait; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan unit terkait kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Gigi dan Mulut kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|--|



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No 445/013/304/2013 tentang Kebijakan Kualifikasi dan Pendidikan Staf di RSUD Haji Surabaya;
2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No 445/008/304/2013 tentang Kebijakan Akses Pelayanan dan Kontinuitas Pelayanan di RSUD Haji Surabaya;
3. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No 445/012/304/2013 tentang Kebijakan Pelayanan Pasien di RSUD Haji Surabaya;
4. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No 445/020/304/2013 tentang Kebijakan Sasaran Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya;
5. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No 445/017/304/2013 tentang Kebijakan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Haji Surabaya;
6. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/273/305/2011 tentang Penetapan Buku Pedoman Teknis Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya;
7. Standar Profesi Spesialis Periodonsia, IPERI-PEND.01.005 Tahun 2011;

| | 8. Peraturan Direktur Nomor: 445/726/304/2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Gigi dan Mulut. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------|--|----|--------------|--|-----------|--------|---|---|--------|---|------------------------------|----|---|----------------------------------|----|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|-----------------|---|---|-----------------|---|---|------------------------------|---|---|-----------------------|---|----|-----------------------|---|----|---------------|---|----|---------------|---|----|----------------|---|----|-----------------|---|----|-------------|---|----|---------------|---|----|---------------|---|----|--------|--------|----|-----------------------------|-------|----|-------------------------|-------|----|------------------------|-------|----|----------------------|-------|----|------------------------------------|--------|----|-----------------------------------|--------|----|-----------------------|---|----|-----------|---|----|--------------|---|----|-----------|---|------------------------|--|--|----|--------------|--|-----------|--------|---|---|---|---|---------------|---|---|-----------------|---|---|--------------|---|---|-------------|---|---|-----------------------|---|---|-------------|---|
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="722 320 1509 353">A. KONSERVASI GIGI</th> </tr> <tr> <th data-bbox="722 353 815 387" rowspan="2">No</th> <th colspan="2" data-bbox="815 353 1509 387">Standar Alat</th> </tr> <tr> <th data-bbox="815 387 1214 421">Nama Alat</th> <th data-bbox="1214 387 1509 421">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="722 421 815 591">1</td> <td data-bbox="815 421 1214 591">Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator</td> <td data-bbox="1214 421 1509 591">70 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 591 815 624">2</td> <td data-bbox="815 591 1214 624">Plastic filling berujung dua</td> <td data-bbox="1214 591 1509 624">20</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 624 815 658">3</td> <td data-bbox="815 624 1214 658">Plastic filling + cement stopper</td> <td data-bbox="1214 624 1509 658">10</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 658 815 692">4</td> <td data-bbox="815 658 1214 692">Cement stopper besar</td> <td data-bbox="1214 658 1509 692">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 692 815 725">5</td> <td data-bbox="815 692 1214 725">Cement stopper kecil</td> <td data-bbox="1214 692 1509 725">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 725 815 759">6</td> <td data-bbox="815 725 1214 759">Burnisher besar</td> <td data-bbox="1214 725 1509 759">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 759 815 792">7</td> <td data-bbox="815 759 1214 792">Burnisher kecil</td> <td data-bbox="1214 759 1509 792">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 792 815 826">8</td> <td data-bbox="815 792 1214 826">Amalgam stopper berujung dua</td> <td data-bbox="1214 792 1509 826">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 826 815 860">9</td> <td data-bbox="815 826 1214 860">Amalgam stopper besar</td> <td data-bbox="1214 826 1509 860">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 860 815 893">10</td> <td data-bbox="815 860 1214 893">Amalgam stopper kecil</td> <td data-bbox="1214 860 1509 893">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 893 815 927">11</td> <td data-bbox="815 893 1214 927">Spatula agate</td> <td data-bbox="1214 893 1509 927">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 927 815 960">12</td> <td data-bbox="815 927 1214 960">Spatula semen</td> <td data-bbox="1214 927 1509 960">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 960 815 994">13</td> <td data-bbox="815 960 1214 994">Amalgam pistol</td> <td data-bbox="1214 960 1509 994">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 994 815 1028">14</td> <td data-bbox="815 994 1214 1028">Matrix retainer</td> <td data-bbox="1214 994 1509 1028">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1028 815 1061">15</td> <td data-bbox="815 1028 1214 1061">Matrix band</td> <td data-bbox="1214 1028 1509 1061">5</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1061 815 1095">17</td> <td data-bbox="815 1061 1214 1095">Tongue holder</td> <td data-bbox="1214 1061 1509 1095">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1095 815 1128">18</td> <td data-bbox="815 1095 1214 1128">Amalgam mixer</td> <td data-bbox="1214 1095 1509 1128">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1128 815 1162">19</td> <td data-bbox="815 1128 1214 1162">Reamer</td> <td data-bbox="1214 1128 1509 1162">10 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1162 815 1196">20</td> <td data-bbox="815 1162 1214 1196">Extirpation needle assorted</td> <td data-bbox="1214 1162 1509 1196">2 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1196 815 1229">21</td> <td data-bbox="815 1196 1214 1229">Lentulo neddle assorted</td> <td data-bbox="1214 1196 1509 1229">2 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1229 815 1263">22</td> <td data-bbox="815 1229 1214 1263">Miller needle assorted</td> <td data-bbox="1214 1229 1509 1263">1 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1263 815 1296">23</td> <td data-bbox="815 1263 1214 1296">File needle assorted</td> <td data-bbox="1214 1263 1509 1296">5 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1296 815 1359">24</td> <td data-bbox="815 1296 1214 1359">Diamond bur contra angle handpiece</td> <td data-bbox="1214 1296 1509 1359">10 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1359 815 1393">25</td> <td data-bbox="815 1359 1214 1393">Diamond bur air turbine handpiece</td> <td data-bbox="1214 1359 1509 1393">10 set</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1393 815 1426">26</td> <td data-bbox="815 1393 1214 1426">Bleaching Light Cured</td> <td data-bbox="1214 1393 1509 1426">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1426 815 1460">27</td> <td data-bbox="815 1426 1214 1460">Handpiece</td> <td data-bbox="1214 1426 1509 1460">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1460 815 1494">28</td> <td data-bbox="815 1460 1214 1494">Apex locator</td> <td data-bbox="1214 1460 1509 1494">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1494 815 1527">29</td> <td data-bbox="815 1494 1214 1527">Endomotor</td> <td data-bbox="1214 1494 1509 1527">1</td> </tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="722 1527 1509 1561">B. PROSTODONSIA</th> </tr> <tr> <th data-bbox="722 1561 815 1594" rowspan="2">No</th> <th colspan="2" data-bbox="815 1561 1509 1594">Standar Alat</th> </tr> <tr> <th data-bbox="815 1594 1214 1628">Nama Alat</th> <th data-bbox="1214 1594 1509 1628">Jumlah</th> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1628 815 1798">1</td> <td data-bbox="815 1628 1214 1798">Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator</td> <td data-bbox="1214 1628 1509 1798">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1798 815 1832">2</td> <td data-bbox="815 1798 1214 1832">Cement spatle</td> <td data-bbox="1214 1798 1509 1832">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1832 815 1865">3</td> <td data-bbox="815 1832 1214 1865">Plastic filling</td> <td data-bbox="1214 1832 1509 1865">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1865 815 1899">4</td> <td data-bbox="815 1865 1214 1899">Agate spatle</td> <td data-bbox="1214 1865 1509 1899">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1899 815 1933">5</td> <td data-bbox="815 1899 1214 1933">Pisau model</td> <td data-bbox="1214 1899 1509 1933">4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1933 815 1966">6</td> <td data-bbox="815 1933 1214 1966">Sendok cetak sebagian</td> <td data-bbox="1214 1933 1509 1966">6</td> </tr> <tr> <td data-bbox="722 1966 815 2000">7</td> <td data-bbox="815 1966 1214 2000">Pisau malam</td> <td data-bbox="1214 1966 1509 2000">4</td> </tr> </tbody> </table> | A. KONSERVASI GIGI | | | No | Standar Alat | | Nama Alat | Jumlah | 1 | Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator | 70 set | 2 | Plastic filling berujung dua | 20 | 3 | Plastic filling + cement stopper | 10 | 4 | Cement stopper besar | 4 | 5 | Cement stopper kecil | 6 | 6 | Burnisher besar | 4 | 7 | Burnisher kecil | 4 | 8 | Amalgam stopper berujung dua | 4 | 9 | Amalgam stopper besar | 6 | 10 | Amalgam stopper kecil | 4 | 11 | Spatula agate | 5 | 12 | Spatula semen | 6 | 13 | Amalgam pistol | 2 | 14 | Matrix retainer | 2 | 15 | Matrix band | 5 | 17 | Tongue holder | 2 | 18 | Amalgam mixer | 1 | 19 | Reamer | 10 set | 20 | Extirpation needle assorted | 2 set | 21 | Lentulo neddle assorted | 2 set | 22 | Miller needle assorted | 1 set | 23 | File needle assorted | 5 set | 24 | Diamond bur contra angle handpiece | 10 set | 25 | Diamond bur air turbine handpiece | 10 set | 26 | Bleaching Light Cured | 1 | 27 | Handpiece | 1 | 28 | Apex locator | 1 | 29 | Endomotor | 1 | B. PROSTODONSIA | | | No | Standar Alat | | Nama Alat | Jumlah | 1 | Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator | 6 | 2 | Cement spatle | 4 | 3 | Plastic filling | 4 | 4 | Agate spatle | 2 | 5 | Pisau model | 4 | 6 | Sendok cetak sebagian | 6 | 7 | Pisau malam | 4 |
| | A. KONSERVASI GIGI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No | Standar Alat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nama Alat | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator | 70 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | Plastic filling berujung dua | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | Plastic filling + cement stopper | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | Cement stopper besar | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Cement stopper kecil | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Burnisher besar | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 | Burnisher kecil | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 | Amalgam stopper berujung dua | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 | Amalgam stopper besar | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | Amalgam stopper kecil | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | Spatula agate | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Spatula semen | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | Amalgam pistol | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | Matrix retainer | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 15 | Matrix band | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17 | Tongue holder | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 | Amalgam mixer | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 19 | Reamer | 10 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 20 | Extirpation needle assorted | 2 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 21 | Lentulo neddle assorted | 2 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 22 | Miller needle assorted | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23 | File needle assorted | 5 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 24 | Diamond bur contra angle handpiece | 10 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25 | Diamond bur air turbine handpiece | 10 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 26 | Bleaching Light Cured | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 27 | Handpiece | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28 | Apex locator | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 29 | Endomotor | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B. PROSTODONSIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Standar Alat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Nama Alat | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Diagnostic Set (SPKE) : - sonde - pinset - kaca mulut - excavator | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Cement spatle | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Plastic filling | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Agate spatle | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pisau model | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Sendok cetak sebagian | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Pisau malam | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|-----------------------|---------------------------------------|---------------|
| 8 | Pisau gips | 4 |
| 9 | Kapi | 2 |
| 10 | Bite plate | 2 |
| 11 | Sendok cetak full denture | 4 set |
| 12 | Sendok cetak partial denture | 8 set |
| 13 | Bowl | 4 |
| 14 | Spatula alginat | 4 |
| 15 | Brender | 2 |
| 16 | Tang adam | 2 |
| 17 | Tang klamer (Tang potong) | 2 |
| 18 | Glass Plate | 2 |
| 19 | Artikulator | 2 |
| 20 | Okludator | 2 |
| 21 | Handpiece | 1 |
| C. PEDODONSIA | | |
| No | Standar Alat | |
| | Nama Alat | Jumlah |
| 1 | Diagnostic Set (SPKE) : | 6 |
| | - sonde | |
| | - pinset | |
| | - kaca mulut | |
| - excavator | | |
| 2 | Plastic filling berujung dua | 6 |
| 3 | Cement stopper | 3 |
| 4 | Burnisher | 3 |
| 5 | Amalgam stopper | 3 |
| 6 | Amalgam pistol | 1 |
| 7 | Spatula agate | 6 |
| 8 | Spatula semen | 6 |
| 9 | Matrix retainer | 2 |
| 10 | Matrix band | 2 |
| 11 | Tongue holder | 2 |
| 12 | Amalgam mixer | 2 |
| 13 | Tang anak insisivus dan caninus atas | 2 |
| 14 | Tang anak insisivus dan caninus bawah | 2 |
| 15 | Tang anak molar atas | 2 |
| 16 | Tang anak molar bawah | 2 |
| 17 | Tang anak sisa akar atas | 2 |
| 18 | Tang anak sisa akar bawah | 2 |
| 19 | Tang anak bayonet | 2 |
| 20 | Tang Adam | 1 |
| 21 | Tang Borobudur | 1 |
| 22 | Tang Potong | 1 |
| 23 | Tang 1/2 lingkaran | 1 |
| 24 | Handpiece | 1 |
| D. BEDAH MULUT | | |
| No | Standar Alat | |
| | Nama Alat | Jumlah |
| 1 | Diagnostic Set (SPKE) : | 25 |
| | - sonde | |
| | - pinset | |
| | - kaca mulut | |

| | | |
|----|---|-------|
| | - excavator | |
| 2 | Tang insicivus dan caninus atas | 6 |
| 3 | Tang insicivus dan caninus bawah | |
| 4 | Tang premolar atas | 5 |
| 5 | Tang premolar bawah | 5 |
| 6 | Tang molar atas kanan | 5 |
| 7 | Tang molat atas kiri | 5 |
| 8 | Tang molar tiga atas | 5 |
| 9 | Tang sisa akar insicivus dan caninus atas | 5 |
| 10 | Tang sisa akar premolar atas | 3 |
| 11 | Tang bayonet | 8 |
| 12 | Tang molar bawah | 5 |
| 13 | Tang molar kiri bawah | 1 |
| 14 | Tang molar kanan bawah | 1 |
| 15 | Tang sisa akar insicivus, caninus, dan premolar bawah | 5 |
| 16 | Tang separasi akar molar bawah | 2 |
| 17 | Tang trismus | 5 |
| 18 | Bein lurus besar | 7 |
| 19 | Bein lurus kecil | 12 |
| 20 | Bein bengkok mesial | 3 |
| 21 | Bein bengkok distal | 3 |
| 22 | Cryer mesial | 8 |
| 23 | Cryer distal | 8 |
| 24 | Periosteal elevator/Rasparatoris Willinger | 1 |
| 25 | Knabbel tang | 3 |
| 26 | Needle holder Mathew | 6 |
| 27 | Alveolectomy and bone files Miller-Colburn | 5 |
| 28 | Pinset chirurgis lurus | 6 |
| 29 | Gunting besar lurus | 5 |
| 30 | Gunting kecil lurus | 5 |
| 31 | Gunting bengkok kecil | 3 |
| 32 | Gunting bengkok besar / sedang | 3 |
| 33 | Tangkai surgical blades | 1 |
| 34 | Curretage | 3 |
| 35 | Scalpel Handle, No.4, 13.5 Cm | 1 Pc |
| 36 | Scalpel Handle, No.3, 12 Cm | 2 Pcs |
| 37 | Scalpel Handle, No. 7K, Solid, Short | 1 Pc |
| 38 | Scissors, Mayo-Stille, Str., 15 Cm | 1 Pc |
| 39 | Scissors, Mayo-Stille, Cvd., 15 Cm | 1 Pc |
| 40 | Dissecting Scissort, Cvd., 18 Cm | 2 Pcs |
| 41 | Dissecting Scissors, Cvd., 20.5 Cm | 1 Pc |
| 42 | Scissors, Lexer, Fine, Cvd.,16.5 Cm | 1 Pc |
| 43 | Dressing Forceps, 13 Cm | 2 Pcs |
| 44 | Dressing Forceps, 20 Cm | 2 Pcs |
| 45 | Tissue Forceps, 1X2 T., 14.5 | 2 Pcs |

| | | |
|----|---|--------|
| | Cm | |
| 46 | Tissue Forceps, 1X2 T., 20.5 Cm | 2 Pcs |
| 47 | Forceps, Potts-Smith, 1X2 T., 18 Cm | 1 Pc |
| 48 | Forceps, Penningt., Triang. Jaw, 21 Cm | 1 Pc |
| 49 | Haem. Forceps, Mosquito, Str., 12.5 Cm | 10 Pcs |
| 50 | Haem. Forceps, Mosquito, Cvd., 12 Cm | 10 Pcs |
| 51 | Haemost. Forceps, Crile, Str., 14.5 Cm | 5 Pcs |
| 52 | Haemost. Forceps, Crile, Cvd., 14 Cm | 5 Pcs |
| 53 | Forceps, Kocher, 1X2 T., Str., 20.5 Cm | 2 Pcs |
| 54 | Diss. Forceps, Overholt, No. 4, 22 Cm | 1 Pcs |
| 55 | Periton. Forceps, Mikulicz, Heavy, 20 Cm | 4 Pcs |
| 56 | Towels Forceps, Bachaus, Sharp, 13 Cm | 8 Pcs |
| 57 | Forceps, Gross-Maier, Str., 22.5 Cm | 3 Pcs |
| 58 | Forceps, Foerster, Serr., Cvd., 24.5 Cm | 4 Pcs |
| 59 | Retractor, Volkmann , Sh., 4-Pr., 22.5 Cm | 2 Pc |
| 60 | Retr., Volkmann, Semish., 4-Pr., 22.5 Cm | 2 Pc |
| 61 | Retr., Volkmann, Semish., 6-Pr., 22.5 Cm | 2 Pc |
| 62 | Retractor, Koerte, Blunt. 8-Pr., 24.5 Cm | 1 Pc |
| 63 | Retractor, Langenbeck, 30X11 Mm, 22 Cm | 2 Pcs |
| 64 | Retractor, Langenbeck, 50X11 Mm, 22 Cm | 2 Pcs |
| 65 | Retractor, Kocher, 61X25 Mm, 23 Cm | 2 Pcs |
| 66 | Retractor, Middeldorpf, 22X22 Cm, 23 Cm | 2 Pcs |
| 67 | Retractor, Simon, 115X22 Mm, 28 Cm | 1 Pc |
| 68 | Retractor, Mikulicz, 125X50 Mm, 25 Cm | 1 Pc |
| 69 | Retractor, Roux, Set, No. 1-3, 17 Cm | 1 Pc |
| 70 | Retractor, Parker-Lang.,Set, 21.5 Cm | 2 Pcs |
| 71 | Abdom. Spatula, Malleable, 30 Mm, 33 Cm | 1 Pcs |
| 72 | Suction Tube, Yankauer, Compl., 31 Cm | 1 Pc |
| 73 | Needleholder, Crile-Wood, Grooved, 15 Cm | 1 Pc |

| | | |
|-----|--|-------|
| 74 | Needleholder, Mayo-Hegar, 14.5 Cm | 1 Pc |
| 75 | Needleholder, Mayo-Hegar, 18.5 Cm | 2 Pcs |
| 76 | Needleholder, Mayo-Hegar, 20.5 Cm | 1 Pc |
| 77 | Needleholder, Mayo-Hegar, 26.5 Cm | 1 Pc |
| 78 | Atr. Forceps, De Bakey, 1.5 Mm, 16 Cm | 2 Pcs |
| 79 | Tissu Forceps, Allis, 4X5 T., 15.5 Cm | 2 Pcs |
| 80 | Tissu Forceps, Thoms, 6X7 T., 20.5 Cm | 1 Pc |
| 81 | Tissu Forceps, Babcock, 16 Cm | 1 Pc |
| 82 | Needle Case, Perforated, 150X95X13 Mm | 1 Pc |
| 83 | Bowl, Metal, H = 40,Ø 80 Mm, 0.14 L | 1 Pc |
| 84 | Bowl, Metal, H = 50,Ø 116 Mm, 0.25 L | 1 Pc |
| 85 | Tray Din, 480X255X53 Mm | 1 Pc |
| 86 | Container Ms, 60X30X14 Cm, Handle Grey | 1 Pc |
| 87 | Scalpel Handle, No. 4, 13.5 Cm | 1 Pc |
| 88 | Scalpel Handle, No. 3, 12 Cm | 1 Pc |
| 89 | Scalpel Handle, No. 7K, Solid, Short | 1 Pc |
| 100 | Kling-Ex, Scalpel Blade Remover | 1 Pc |
| 101 | Scissors, Mayo-Stille, Str., 15 Cm | 1 Pc |
| 102 | Scissors, Mayo-Stille, Cvd., 15 Cm | 1 Pc |
| 103 | Dissecting Scissors, Sh/Sh, Str., 18 Cm | 1Pc |
| 104 | Dissecting Scissors, Cvd 18 Cm | 2 Pcs |
| 105 | Iris Scissors, Sh/Sh, Cvd., 11.5 Cm | 1 Pc |
| 106 | Strabimus sciss., BI/BI, Cvd., 11.5 Cm | 1 Pc |
| 107 | Dressing Forceps, 14.5 Cm | 3 Pcs |
| 108 | Dressing Forceps, 18 Cm | 2 Pcs |
| 109 | Dressing Forceps, W. Scraper, 17.5 Cm | 1 Pc |
| 110 | Tissue Forceps, 1X2 T., 14.5 Cm | 3 Pcs |
| 111 | Tissue Forceps, 1X2 T., 18 Cm | 2 Pcs |
| 112 | Diss. Forceps, Taylor, 1X2 T., 17 Cm | 1 Pc |
| 113 | Forceps, Mosquito, 1X2 T., Str., 12.5 Cm | 5 Pcs |
| 114 | Forceps, Mosquito, 1X2 T., Cvd., Cm | 5 Pcs |

| | | |
|-----|--|-------|
| 115 | Haemost, Forceps, Crile, Str., 14.5 Cm | 5 Pcs |
| 116 | Haemost, forceps, Crile, Cvd., 14 Cm | 5 Pcs |
| 117 | Fcps., Kocher-Nip. 1X2 T., Str.,14.5 Cm | 2 Pcs |
| 118 | Fcps., Kocher-Nip. 1X2 T., Cvd., 14 Cm | 2 Pcs |
| 119 | Tower Forceps, Backhaus, Sharp, 11 Cm | 6 Pcs |
| 120 | Forceps, Gross-Maier, Str., 22.5 Cm | 1 Pc |
| 121 | Forceps, Gross-Maier, Str., 26.5 Cm | 2 Pcs |
| 122 | Forceps, Foerster, Serr., Str., 18 Cm | 1 Pc |
| 123 | Hooklet, Cushing, 16 Mm, 20.5 Cm | 2 Pcs |
| 124 | Retractor, Volkman, Sh., 3-Pr., 22.5 Cm | 2 Pcs |
| 125 | Retractor, Kocher, Semish., 4-Pr., 22 Cm | 2 Pcs |
| 126 | Retractor, Langenbeck, 40X11 Mm, 22 Cm | 2 Pcs |
| 127 | Retractor, Parker-Lang., Set, 21.5 Cm | 2 Pcs |
| 128 | Suction Tube, Yankauer, Compl., 31 Cm | 1 Pc |
| 129 | Needleholder, Mayo-Hegar, 14.5 Cm | 1 Pc |
| 130 | Needleholder, Mayo-Hegar, 16 Cm | 2 Pcs |
| 131 | Needleholder, Mayo-Hegar, 18.5 Cm | 3 Pcs |
| 132 | Tc-Needleholder, De Bakey, 20.5 Cm | 1 Pc |
| 133 | Tissue Forceps, Allis, 5X6 T., 15.5 Cm | 2 Pcs |
| 134 | Tissue Forceps, Babcock, 16 Cm | 1 Pc |
| 135 | Needle Case, Perforated, 150X95X13 Mm | 1 Pc |
| 136 | Bowl, Metal, H = 50, Ø-116 Mm, 0.25 L | 2 Pcs |
| 137 | Martray, Din, 477X251X44 Mm | 1 Pc |
| 138 | Container Ms, 60X30X14 Cm, Handle Grey | 1 Pc |
| 139 | Mikro motor + Hand Stocck type Mio (Merk NSK) | 1 Pc |
| 140 | Kahre-Wiliger 16,5 cm / 6 4/8" | 1 |
| 141 | Wiliger 16 cm / 6 4/8" | 1 |
| 142 | Chisels, periosteal elevators 17,5 cm / 6 7/8" | 1 |
| 143 | Allen-Iglhaut 18 cm / 7 1/8" | 1 |
| 144 | Korner / Westermann 18 cm / 7 1/8" | 1 |
| 145 | Freer 18,5 cm / 7 1/4" | 1 |

| | | |
|-----|--|---|
| 146 | Korner / Westermann 16,5 cm / 6 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 147 | Bone files Fig. 4 | 1 |
| 148 | Miller 19 cm / 7 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 149 | Cleveland 13,5 cm 5 ³ / ₈ " | 1 |
| 150 | Bone rongers 14,5 cm / 5 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 151 | Chisels,periosteal elevators 14,5 cm / 5 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 152 | Cleveland 14,5 cm / 5 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 153 | Cleveland 17 cm / 6 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 154 | Terry 17 cm / 6 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 155 | Terry 18 cm / 7 ¹ / ₈ " | 1 |
| 156 | Obwegeser 21 cm / 8 ² / ₈ " | 1 |
| 157 | Obwegeser 21 cm / 8 ² / ₈ " | 1 |
| 158 | Atrauma Allis | 1 |
| 159 | TC GOLD Babcock 16,5 cm / 6 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 160 | Lindorf 19,5 cm / 7 ⁵ / ₈ " | 1 |
| 161 | Lindorf 19,5 cm / 7 ⁵ / ₈ " | 1 |
| 162 | Lindorf 18 cm / 7 ¹ / ₈ " | 1 |
| 163 | Lindorf 18 cm / 7 ¹ / ₈ " | 1 |
| 164 | Lindorf 19,5 cm 7 ⁵ / ₈ " | 1 |
| 165 | Lindorf 19,5 cm 7 ⁵ / ₈ " | 1 |
| 166 | MeiB 16,5 cm / 6 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 167 | MeiB 16,5 cm / 6 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 168 | MeiB 16,5 cm / 6 ¹ / ₈ " | 1 |
| 169 | MeiB 16,5 cm / 6 ⁴ / ₈ " | 1 |
| 170 | Trephine burs | 1 |
| 171 | Maunder 9,5 cm / 3 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 172 | Pitha 28 X 30 mm | 1 |
| 173 | Mc Kesson | 1 |
| 174 | Heister 13 cm / 5 ¹ / ₈ " | 1 |
| 175 | Molt 13 cm / 5 ¹ / ₈ " | 1 |
| 176 | Denhart 13 cm / ¹ / ₈ " | 1 |
| 177 | Oringer 9,5 cm / 3 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 178 | Martin-Simplex 10,5 cm / 4 ¹ / ₈ " | 1 |
| 179 | Cawood-Minnesota 15,5 cm / 6 ¹ / ₈ " | 1 |
| 180 | Wieder | 1 |
| 181 | Henahan | 1 |
| 182 | Young 15 cm / 5 ¹ / ₈ " | 1 |
| 183 | Epker 18 cm / 7 ¹ / ₈ " 6 mm | 1 |
| 184 | Epker 18 cm / 7 ¹ / ₈ " 6 mm | 1 |
| 185 | Epker 18 cm / 7 ¹ / ₈ " 6 mm | 1 |
| 186 | Root elevators Fig. 9 | 1 |
| 187 | Maunder 9,5 cm / 3 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 188 | Pitha 28 X 30 mm | 1 |
| 189 | Mc Kesson | 1 |
| 190 | Heister 13 cm / 5 ¹ / ₈ " | 1 |
| 191 | Molt 13 cm / 5 ¹ / ₈ " | 1 |
| 192 | Denhart 13 cm / ¹ / ₈ " | 1 |
| 193 | Oringer 9,5 cm / 3 ⁶ / ₈ " | 1 |
| 194 | Martin-Simplex 10,5 cm / 4 ¹ / ₈ " | 1 |
| 195 | Cawood-Minnesota 15,5 cm / 6 | 1 |

| | | |
|-----------------------|--|---------------|
| | $\frac{1}{8}$ " | |
| 196 | Wieder | 1 |
| 197 | Henahan | 1 |
| 198 | Young 15 cm / $5 \frac{1}{8}$ " | 1 |
| 199 | Epker 18 cm / $7 \frac{1}{8}$ " 6 mm | 1 |
| 200 | Epker 18 cm / $7 \frac{1}{8}$ " 6 mm | 1 |
| 201 | Epker 18 cm / $7 \frac{1}{8}$ " 6 mm | 1 |
| 202 | Root elevators Fig. 9 | 1 |
| E. ORTODONSIA | | |
| | Standar Alat | |
| No | Nama Alat | Jumlah |
| 1 | Diagnostic Set (SPKE) : | 5 set |
| | - sonde | |
| | - pinset | |
| | - kaca mulut | |
| | - excavator | |
| 2 | Gunting klamer anterior | 2 |
| 3 | Gunting klamer posterior | 2 |
| 4 | Tang 3 jari | 2 |
| 5 | Cheek retractor | 2 |
| 6 | Sendok cetak | 1 |
| 7 | Bowl | 1 |
| 8 | Moskito | 5 |
| 9 | Gunting lurus besar | 1 |
| 10 | Plastic filling | 1 |
| 11 | Cement spatle | 1 |
| 12 | Bond Remover | - |
| 13 | Bracket Remover | 2 |
| 14 | Distal End Cutter; | 2 |
| 15 | Separator Tang | 2 |
| 16 | Bond Pusser | 2 |
| 17 | Tang Jorobot | 2 |
| 18 | Tang Weibgrat | 2 |
| 19 | Gun elastic | 2 |
| 20 | Tang adam | 2 |
| 21 | Tang | 2 |
| 22 | Brakets positioner | 2 |
| 23 | Tang untuk ligature | 2 |
| 24 | Welding | 1 |
| 25 | Pnset ubtuk bracket | 2 |
| 26 | Tang untuk membnetuk ligature | 2 |
| 27 | Tang potong | 2 |
| 28 | Handpiece | 1 |
| F. PERIODONSIA | | |
| | Standar Alat | |
| No | Nama Alat | Jumlah |
| 1 | Diagnostic Set (SPKE) : sonde, pinset, kaca mulut, excavator | 10 set |
| 2 | Cermin | 1 |
| 3 | Sikat gigi | 2 |
| 4 | Dental floss | 1 |
| 5 | model peraga | 1 |
| 6 | Scaller ultrasonic | 2 |

| | | |
|----|--|---------|
| 7 | Kuret periodontal | 2 |
| 8 | Brush | 60 biji |
| 9 | Micromotor | 2 |
| 10 | Contra angle handpiece | 2 |
| 11 | Alat suntik | 1 box |
| 12 | Kuret Gracey's | 4 |
| 13 | Alat irigasi | 4 |
| 14 | Scalpel & Blade | 1 box |
| 15 | Bone file periodontik | 2 |
| 16 | Resparatorium | 2 |
| 17 | Jarum jahit atraumatik | 1 set |
| 18 | Gunting benang | 1 |
| 19 | Gunting jaringan | 2 |
| 20 | Needle holder | 2 |
| 21 | Pinset anatomis | 2 |
| 22 | Pinset chirurgis | 2 |
| 23 | Penanda dasar poket | 2 |
| 24 | Bor stones dan diamond | 6 |
| 25 | Pack periodontal | 1 |
| 26 | Pinset GTR | 2 |
| 27 | Alat untuk meletakkan graft tulang | 2 |
| 28 | High speed handpiece | 2 |
| 29 | Bor untuk penyesuaian oklusi (OA) | 6 |
| 30 | Kawat splinting | 1 rol |
| 31 | Tang potong kawat | 1 |
| 32 | Peralatan bedah flap | 1 set |
| 33 | Amalgam stopper | 1 |
| 34 | plastis filling instrument | 1 |
| 35 | Piranti orto | 1 set |
| 36 | Set alat implant dental | 1 set |
| 38 | Scaler standar kiri | 1 |
| 39 | Scaler standar kanan | 1 |
| 40 | Scaler sickle | 1 |
| 46 | Tissue forcep | 1 |
| 47 | Bone curette double ended sharp scoop Willinger | 2 |
| 48 | Bone curette double ended sharp scoop bayonet shaped | 2 |
| 49 | Haemostatic forcep | 6 |
| 50 | Tissue retractor | 2 |
| 51 | Lip retractor (Strenberg) | 2 |
| 52 | Cheek retractor | 2 |
| 53 | Handpiece | 1 |

| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | NO | Nama Jaatan | Kualifikasi | |
|---------------------------------------|----|-------------------------------|---|---|
| | | | Formal | Pelatihan /Sertifikat |
| | 1 | Ka Instalasi | <ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi umum/dokter gigi spesialis • Telah bekerja di RS min 5 thn | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Leadership • Pelatihan Manajemen Administrasi dan SDM Rumah Sakit |
| | 2 | Sekretaris | <ul style="list-style-type: none"> • D3 Keperawatan Gigi • Telah bekerja di RS min 3 thn | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Manajemen Administrasi dan SDM Rumah Sakit |
| | 3 | Koord. Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi spesialis | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Manajemen Pelayanan Rumah Sakit |
| | 4 | Koord. Diklit Bang | <ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi umum/dokter gigi spesialis • Telah bekerja di RS min 3 thn | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Manajemen Pelayanan RS • Kepuasan Pelanggan |
| | 5 | Koord. Monev dan Sasaran Mutu | <ul style="list-style-type: none"> • Dokter gigi umum/dokter gigi spesialis • Telah bekerja di RS min 3 thn | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Manajemen Pelayanan Rumah Sakit |
| | 6 | Pelaksana keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> • D3 Keperawatan Gigi | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan Manajemen Pelayanan Rumah Sakit • Pelatihan Standar Asuhan Keperawatan |

| | | | | |
|---|---|------------------------|---|---|
| | 8 | Pelaksana Administrasi | <ul style="list-style-type: none"> • SMA/SME A | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan administrasi perkantoran • Pelatihan komputer |
| | 9 | Pelaksana Logistik | <ul style="list-style-type: none"> • SMA/SME A | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan administrasi perkantoran • Pelatihan komputer • Pelatihan pelayanan prima |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | 1. Bagian Pelayanan : 21 Orang a. Dokter Spesialis Gigi : 11 Orang b. Dokter Gigi Umum : 1 Orang c. Perawat Gigi : 10 Orang 2. Pengadministrasi : 2 Orang 3. Pramubhakti : 1 Orang | | | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | <p>Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Gigi dan Mulut. Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> | | | |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | II.2.8.1 Jaminan Keamanan Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

D. INSTALASI GRAHA NUUR AFIYAH

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah melalui <i>screening point</i>; 2. Pasien telah mendaftar di pendaftaran rekam medis Graha Nuur Afiyah; 3. Berkas persyaratan untuk pasien asuransi sesuai dengan persyaratan administrasi asuransi terkait; 4. Surat Permintaan Masuk Rumah Sakit dan menandatangani <i>general consent</i> (jika pasien |

| | |
|---|--|
| | MRS). |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien melakukan pendaftaran pelayanan rawat jalan di loket pendaftaran Rawat Jalan Graha Nuur Afiah, khusus untuk pasien baru dan belum pernah berobat ke RSUD Haji Provinsi Jawa Timur, harus mengisi formulir data identitas pasien baru agar data-data pasien dapat dimasukkan ke dalam database pasien rawat jalan Graha Nuur Afiah; 2. Petugas pendaftaran menanyakan klinik yang dituju kemudian petugas pendaftaran menghubungi dokter spesialis yang diinginkan oleh pasien; 3. Perawat melakukan asesmen awal kepada pasien, dan apabila diperlukan perawat juga melakukan pemeriksaan tensi, suhu, dan perhitungan nadi. Hasil anamnesa dan pemeriksaan ditulis ke DMK; 4. Dokter spesialis melakukan pemeriksaan medis kepada pasien, hasil pemeriksaan ditulis ke DMK; 5. Apabila dokter yang merawat memerlukan konsultasi dengan dokter spesialis lain untuk menegakkan diagnosa, maka permintaan konsultasi dituliskan kedalam DMK. Untuk selanjutnya perawat menghubungi dokter yang bersangkutan agar pasien dapat melakukan konsultasi; 6. Atas keputusan dokter, apabila pasien memerlukan pengobatan, maka dokter menuliskan daftar obat yang harus dibeli pasien ke dalam resep dokter; 7. Atas keputusan dokter, apabila pasien memerlukan pemeriksaan penunjang, maka pasien bisa mendapatkan pemeriksaan penunjang; 8. Atas keputusan dokter, apabila pasien memerlukan pembedahan (operasi kecil/ tindakan minor) dan rawat luka, bisa dilakukan di Klinik Bedah Rawat Jalan Graha Nuur Afiah RSUD Haji Provinsi Jawa Timur; |

| | |
|--|--|
| | <p>9. Setelah mendapatkan pelayanan Rawat Jalan Graha Nuur Afiyah, maka dokter menuliskan biaya pelayanan rawat jalan yang harus dibayar oleh pasien dalam kitir, selanjutnya kitir dibawa pasien untuk diserahkan ke kasir Graha Nuur Afiyah RSUD Haji Surabaya;</p> <p>10. Kasir Graha Nuur Afiyah RSUD Haji Surabaya menerima pembayaran dari pasien dan menyerahkan kuitansi pembayaran kepada pasien.</p> <p>B. Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang MRS di Graha Nuur Afiyah adalah pasien yang dinyatakan MRS oleh Dokter dengan dibuktikan dengan Surat Keterangan MRS yang dikeluarkan oleh klinik atau IGD; 2. Pemesanan ruangan Graha Nuur Afiyah dilakukan oleh keluarga pasien ke loket pendaftaran rekam medik / Admisi berlaku untuk 6 jam; 3. Petugas Pendaftaran Rawat Inap (admisi rekam medik) menerima pendaftaran pasien yang akan MRS di Graha Nuur Afiyah. Pendaftaran ini disertai dengan Surat Keterangan MRS. Apabila ruangan yang diinginkan pasien penuh, maka petugas admisi menawarkan ruangan lain yaitu VVIP. 4. Petugas pendaftaran rawat inap (admisi rekam medik) memberikan informasi tarif dan surat pernyataan persetujuan dirawat di Graha Nuur Afiyah kepada keluarga pasien, dan bila sudah menyetujui, keluarga pasien mengisi blangko surat pernyataan secara lengkap dan menandatangani; 5. Di era pandemi alur pendaftaran pasien MRS dari klinik menuju ke IGD terlebih dahulu; 6. Setelah data pasien masuk <i>billing system</i>, pasien menuju ke ruangan Graha Nuur Afiyah dengan diantar oleh PRS atau perawat, disesuaikan dengan kegawatan pasien; |
|--|--|

| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>A. Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam Pelayanan Rawat Jalan Instalasi Graha Nuur Afiyah adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Senin – Kamis : Pukul 08.00 – 13.00 WIB (s/d selesai) • Jum'at : Pukul 08.00 – 11.00 WIB (s/d selesai) • Adapun hari Sabtu, Minggu dan hari libur nasional seluruh pelayanan Rawat Jalan di Instalasi Graha Nuur Afiyah tutup / on call. <p>B. Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam pelayanan rawat inap di Graha Nuur Afiyah adalah 24 jam; 2. Asesmen awal keperawatan rawat inap diselesaikan setelah pasien tiba di ruangan dan asesmen ulang keperawatan dicatat di CPPT setiap pagi yang merupakan kesimpulan dari catatan timbang terima selama 24 jam; 3. Asesmen lanjutan dilakukan dalam waktu 2x24 jam untuk pasien beresiko malnutrisi; 4. Asesmen awal medis rawat inap dalam waktu 1x24 jam dan dilakukan asesmen ulang setiap hari serta dicatat di CPPT, kecuali untuk pasien dengan kondisi khusus seperti <i>emergency</i>, kritis, setelah tindakan khusus, pasien akan KRS, dsb. Harus dilakukan asesmen ulang sesuai kebutuhan pasien; 5. Dilakukan pengulangan asesmen awal untuk kasus-kasus kronis (HD, radioterapi, kemoterapi, diagnostik intervensi) jika ada perubahan status penyakit. |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |

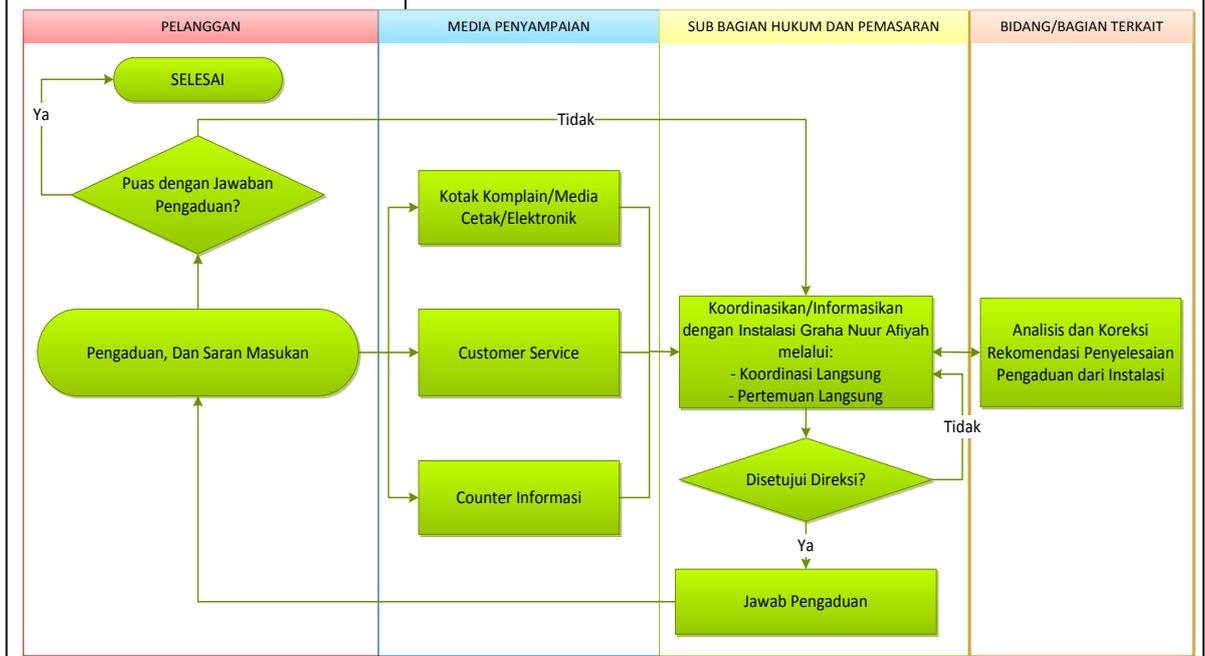
| | |
|--|--|
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>A. Klinik Rawat Jalan Eksekutif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Medik Spesialis Dasar: <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Bedah Umum; b) Klinik Obstetri dan Ginekologi; c) Klinik Penyakit Dalam; d) Klinik Anak. 2. Pelayanan Medik Spesialis Lain: <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Bedah Orthopedi dan Traumatologi; b) Klinik Bedah Urologi; c) Klinik Bedah Saraf; d) Klinik Bedah Plastik; e) Klinik Jantung dan Pembuluh Darah; f) Klinik Saraf; g) Klinik Paru; h) Klinik THT; i) Klinik Kedokteran Jiwa; j) Klinik Kulit dan Kelamin; k) Klinik Kosmetik Medik. 3. Klinik Gigi dan Mulut <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Bedah Mulut; b) Klinik Konservasi Gigi/Endodonsi; c) Klinik Konservasi Gigi Anak/ Pedodonti; d) Klinik Orthodonti; e) Klinik Periodhonti; f) Klinik Prosthodonti. 4. Pelayanan Medik Subspesialis: <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi; b) Klinik Penyakit Mulut Infeksi. 5. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Lainnya: <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Gizi; b) Klinik Psikologi; c) Pelayanan Home Care. 6. Pelayanan Spesialis Penunjang Medik <ol style="list-style-type: none"> a) Klinik Rehabilitasi Medik. <p>B. Rawat Inap Eksekutif:</p> <ol style="list-style-type: none"> A. Kelas VIP; B. Kelas VVIP. |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p style="text-align: center;">Manager</p> <p style="text-align: center;">2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll</p> <p style="text-align: center;">b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Graha Nur Afiah terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Graha Nur Afiah memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Graha Nur Afiah; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>kepada Bidang/Bagian;</p> <ol style="list-style-type: none">7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Graha Nur Afiah kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran;8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Graha Nur Afiah kepada pihak yang membuat pengaduan;9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|---|

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.07.06./III/511/08 tanggal 19 Pebruari 2008 tentang Pemberian Ijin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama Rumah Sakit Umum Haji Surabayaa Pemerintah Propinsi Jawa Timur;
3. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 103/MENKES/Sk/X/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Propinsi Jawa Timur sebagai Rumah Sakit Pendidikan;
4. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;
5. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 2 Tahun 2007 tentang Pengelolaan Keuangan Daerah Provinsi Jawa Timur;
6. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja

| | <p>Rumah Sakit Derah Provinsi Jawa Timur;</p> <p>7. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/441/KPTS/013/2008 tanggal 30 Desember 2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum haji Surabaya Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah;</p> <p>8. Keputusan Gubernur Jawa Timur nomor 81 tahun 2002 tentang Pengelolaan Penyelenggaraan Kelas Utama (Paviliun) di Rumah Sakit Propinsi;</p> <p>9. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umu Haji Surabaya Nomor 991 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Graha Nuur Afiyah.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|------------|--------------------|----------------------|---|-------------------|---|---|-----------------------|---|---|-------------|---|---|-------|---|---|--------------|---|---|------------|---|---|------------|---|---|-------------------|---|---|-----------|---|----|-----------|---|----|---------------|---|----|-----------|---|----|------------------|---|--|--|--|------------|--------------------|----------------------|---|-------------------|---|---|-------------------------|---|---|-----------------------|---|---|-------------|---|---|-------|---|---|----------------|---|---|------------|---|---|------------|---|---|------------|---|----|------------------|---|----|----------------|---|----|---------------|---|----|-----------|---|----|-------------------|---|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="738 707 1505 752">A. Klinik Graha Nuur Afiyah 101</th> </tr> <tr> <th data-bbox="738 752 815 813">No.</th> <th data-bbox="815 752 1273 813">Nama Barang</th> <th data-bbox="1273 752 1505 813">Jumlah Barang</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Meja Kerja Dokter</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>Tempat Tidur Tindakan</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>AC + Remote</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>Kursi</td><td>3</td></tr> <tr><td>5</td><td>Lemari Kecil</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>Hand Dryer</td><td>1</td></tr> <tr><td>7</td><td>Rel Gordyn</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>Rak Arsip susun 2</td><td>1</td></tr> <tr><td>9</td><td>TMS + Ups</td><td>1</td></tr> <tr><td>10</td><td>Stetoscop</td><td>1</td></tr> <tr><td>11</td><td>Tempat sampah</td><td>2</td></tr> <tr><td>12</td><td>Foot step</td><td>1</td></tr> <tr><td>13</td><td>Bed site cabinet</td><td>1</td></tr> <tr> <th colspan="3" data-bbox="738 1330 1505 1375">B. Klinik Graha Nuur Afiyah 102</th> </tr> <tr> <th data-bbox="738 1375 815 1413">No.</th> <th data-bbox="815 1375 1273 1413">Nama Barang</th> <th data-bbox="1273 1375 1505 1413">Jumlah Barang</th> </tr> <tr><td>1</td><td>Meja Kerja Dokter</td><td>1</td></tr> <tr><td>2</td><td>Timbangan Bayi elektrik</td><td>1</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tempat Tidur Tindakan</td><td>1</td></tr> <tr><td>4</td><td>AC + Remote</td><td>1</td></tr> <tr><td>5</td><td>Kursi</td><td>3</td></tr> <tr><td>6</td><td>Lemari Panjang</td><td>1</td></tr> <tr><td>7</td><td>Nebulazier</td><td>1</td></tr> <tr><td>8</td><td>Rel Gordyn</td><td>1</td></tr> <tr><td>9</td><td>Hand Dryer</td><td>1</td></tr> <tr><td>10</td><td>Stetoscop dewasa</td><td>1</td></tr> <tr><td>11</td><td>Stetoscop anak</td><td>1</td></tr> <tr><td>12</td><td>Tempat sampah</td><td>2</td></tr> <tr><td>13</td><td>Lemari es</td><td>1</td></tr> <tr><td>14</td><td>Rak arsip susun 2</td><td>1</td></tr> </tbody> </table> | A. Klinik Graha Nuur Afiyah 101 | | | No. | Nama Barang | Jumlah Barang | 1 | Meja Kerja Dokter | 1 | 2 | Tempat Tidur Tindakan | 1 | 3 | AC + Remote | 1 | 4 | Kursi | 3 | 5 | Lemari Kecil | 1 | 6 | Hand Dryer | 1 | 7 | Rel Gordyn | 1 | 8 | Rak Arsip susun 2 | 1 | 9 | TMS + Ups | 1 | 10 | Stetoscop | 1 | 11 | Tempat sampah | 2 | 12 | Foot step | 1 | 13 | Bed site cabinet | 1 | B. Klinik Graha Nuur Afiyah 102 | | | No. | Nama Barang | Jumlah Barang | 1 | Meja Kerja Dokter | 1 | 2 | Timbangan Bayi elektrik | 1 | 3 | Tempat Tidur Tindakan | 1 | 4 | AC + Remote | 1 | 5 | Kursi | 3 | 6 | Lemari Panjang | 1 | 7 | Nebulazier | 1 | 8 | Rel Gordyn | 1 | 9 | Hand Dryer | 1 | 10 | Stetoscop dewasa | 1 | 11 | Stetoscop anak | 1 | 12 | Tempat sampah | 2 | 13 | Lemari es | 1 | 14 | Rak arsip susun 2 | 1 |
| A. Klinik Graha Nuur Afiyah 101 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Nama Barang | Jumlah Barang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Meja Kerja Dokter | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Tempat Tidur Tindakan | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | AC + Remote | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Kursi | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Lemari Kecil | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Hand Dryer | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Rel Gordyn | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Rak Arsip susun 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | TMS + Ups | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Stetoscop | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Tempat sampah | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Foot step | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Bed site cabinet | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B. Klinik Graha Nuur Afiyah 102 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Nama Barang | Jumlah Barang | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Meja Kerja Dokter | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Timbangan Bayi elektrik | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Tempat Tidur Tindakan | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | AC + Remote | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Kursi | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Lemari Panjang | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Nebulazier | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Rel Gordyn | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Hand Dryer | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Stetoscop dewasa | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Stetoscop anak | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Tempat sampah | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Lemari es | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Rak arsip susun 2 | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|------------|---------------------------|----------------------|
| | 15 | Foot step | 1 |
| | 16 | Penlight | 1 |
| C. Klinik Graha Nuur Afiyah 103 | | | |
| | No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| | 1 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| | 2 | Tempat Tidur Tindakan | 1 |
| | 3 | AC + Remote | 1 |
| | 4 | Kursi | 3 |
| | 5 | Lemari Kecil | 1 |
| | 6 | Hand Dryer | 1 |
| | 7 | Rel + Gordyn | 1 |
| | 8 | ECG + Trolley | 1 |
| | 9 | Rak arsip susun 2 | 1 |
| | 10 | Stetoscop khusus jantung | 1 |
| | 11 | Tempat sampah | 2 |
| | 12 | Foot step | 1 |
| | 13 | Troli Emergenci | 1 |
| D. Klinik Graha Nuur Afiyah 104 | | | |
| | No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| | 1 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| | 2 | Tempat Tidur Tindakan | 1 |
| | 3 | AC + Remote | 1 |
| | 4 | Kursi | 3 |
| | 5 | Lemari Kecil | 1 |
| | 6 | Lemari Stainless | 1 |
| | 7 | Rel + Gordyn | 1 |
| | 8 | Lampu Tindakan | 1 |
| | 9 | Hand Dryer | 1 |
| | 10 | Lampu Baca Rontgen single | 1 |
| | 11 | Dressing Cart | 1 |
| | 12 | Tensi digital | 1 |
| | 13 | Dopler | 1 |
| | 14 | Set Rawat luka | 1 |
| | 15 | Pulse Oximeter | 1 |
| | 16 | Stetoscope | 1 |
| | 17 | Tempat sampah | 2 |
| | 18 | Foot Step | 1 |
| | 19 | Rak Arsip Susun 2 | 1 |
| | 20 | Lampu Kepala | 1 |
| E. Klinik Graha Nuur Afiyah 105 | | | |
| | No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| | 1 | AC + Remote | 1 |
| | 2 | Bed Gynec obgyn | 1 |
| | 3 | Kursi | 3 |

| | | |
|--|-----------------------|----------------------|
| 4 | Lemari Kecil | 1 |
| 5 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| 6 | Tempat Tidur PX | 1 |
| 7 | Rel + Gordyn | 1 |
| 8 | Hand Dryer | 1 |
| 9 | Trolley Alat Medis | 1 |
| 10 | USG + TV LCD 32" | 1 |
| 11 | Stetoscope | 1 |
| 12 | Lampu Tindakan | 1 |
| 13 | Rak arsip susun 2 | 1 |
| 14 | Seperangkat manekin | 1 |
| 15 | Tempat sampah injak | 2 |
| 16 | Food step | 1 |
| F. Klinik Graha Nuur Afiyah 106 | | |
| No | Nama Barang | Jumlah Barang |
| 1 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| 2 | Rel Gordyn | 1 |
| 3 | AC + Remote | 1 |
| 4 | Kursi | 3 |
| 5 | Lemari Kecil | 1 |
| 6 | Hand Dryer | 1 |
| 7 | Tempat Tidur Tindakan | 1 |
| 8 | Timbangan dewasa | 1 |
| 9 | Stetoscope | 1 |
| 10 | Tensi manual | 1 |
| 11 | Tempat sampah injak | 2 |
| 12 | Timbangan dewasa | 1 |
| 13 | Foot step | 1 |
| G. Klinik Graha Nuur Afiyah 107 | | |
| No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| 1 | AC + Remote | 1 |
| 2 | Rel Gordyn | 1 |
| 3 | Kursi | 3 |
| 4 | Lemari Kecil | 1 |
| 5 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| 6 | Tempat Tidur Tindakan | 1 |
| 7 | Rak arsip susun 2 | 1 |
| 8 | Hand Dryer | 1 |
| 9 | Stetoscope | 1 |
| 10 | Tempat sampah injak | 2 |
| 11 | Laser Rehab + trolley | 1 |
| 12 | Timbangan Dewasa | 1 |
| 13 | Foot step | 1 |
| H. Klinik Graha Nuur Afiyah 108 | | |

| No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------|
| 1 | AC + Remote | 1 |
| 2 | Lemari kayu | 1 |
| 3 | Rel Gordyn | 1 |
| 4 | Dental Bed | 1 |
| 5 | Overbed table | 1 |
| 6 | Lemari rak buku | 1 |
| 7 | Tempat sambah injak | 2 |
| 8 | Meja kecil dokter | 1 |
| 9 | Kursi | 3 |
| I. Klinik Graha Nur Afiah 109 | | |
| No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| 1 | AC + Remote | 1 |
| 2 | Rel Gordyn | 1 |
| 3 | Kursi | 3 |
| 4 | Lemari | 1 |
| 5 | Meja Kerja Dokter | 1 |
| 6 | Bed Px. Periksa | 1 |
| 7 | Foot step | 1 |
| 8 | Tempat Sampah | 2 |
| 9 | Hand Dryer | 1 |
| 10 | Stetoscope | 1 |
| 11 | Rak arsip susun 2 | 1 |
| 12 | Standart infus | 1 |
| J. Klinik Graha Nur Afiah 110 | | |
| No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| 1 | AC + Remote | 1 |
| 2 | Rel Gordyn | 1 |
| 3 | Kursi | 3 |
| 4 | Meja kerja dokter | 1 |
| 5 | Bed periksa | 1 |
| 6 | Bed side cabinet | 1 |
| 7 | Trolley alat | 1 |
| 8 | Examination lamp | 1 |
| 9 | Trolley emergency | 1 |
| 10 | Tabung O2 | 2 |
| 11 | Manometer tabung | 1 |
| 12 | Tempat sampah injak | 2 |
| 13 | Foot step | 1 |
| K. Graha Nur Afiah Lantai 2 | | |
| No | Alat Medis | Jumlah Barang |
| 1 | Stetoscope | 3 |
| 3 | Stetoscope anak | 1 |
| 4 | Saturasi O ₂ kecil | 1 |

| | | |
|------------------------------------|---|----------------------|
| 5 | Saturasi O ₂ sedang | 1 |
| 6 | Tensimeter piromanometer | 2 |
| 7 | Tensimeter elektrik | 3 |
| 8 | Vena secti set | 3 |
| 9 | Jahit luka set | 0 |
| 10 | Rawat luka set | 4 |
| 11 | Syring pump | 4 |
| 12 | Infus pump | 2 |
| 13 | Suction | 1 |
| 14 | Pen light | 1 |
| 15 | Endotracheal tube | 1 |
| 16 | Gunting kasa | 3 |
| 17 | Lampu kepala | 1 |
| 18 | Trolley emergency | 1 |
| 19 | Manometer sentral | 9 |
| 20 | Manometer manual | 4 |
| 21 | Kursi roda | 3 |
| 22 | THT set | 2 |
| 23 | Ex-ray viewyer | 1 |
| 24 | Mayo | 2 |
| 25 | Oksigen besar | 6 |
| 26 | Oksigen kecil | 2 |
| 27 | ECG | 1 |
| 28 | Jackson Rees | 1 |
| 29 | Nebulizer | 1 |
| 30 | GDA Stick | 1 |
| L. Graha Nur Afiah Lantai 3 | | |
| No | Alat Medis | Jumlah Barang |
| 1 | Tensimeter manual dewasa beroda / digital | 3 |
| 2 | Termometer digital | 4 |
| 3 | Termometer axial / rectal | 1/1 |
| 4 | Stetoscope dewasa | 3 |
| 5 | Stetoscope anak | 3 |
| 6 | Gunting verban besar / kecil | 2 |
| 7 | Saturasi | 1 |
| 8 | ECG | 2 |
| 9 | Suction / Bayi | 1 |
| 10 | Tabung O ₂ kecil | 1 |
| 11 | Syring pump | 3 |
| 12 | Infus pump | 1 |
| 13 | Dopler besar / kecil | 1 |
| 14 | Lampu kepala | 1 |
| 15 | THT set | 2 |
| 16 | Rawat luka set / set AJ | 2/1 |

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| 17 | Senter / pen light | -/1 |
| 18 | WSD | 1 |
| 19 | Tromol kasa besar / kecil | 1/1 |
| 20 | Nebulizer anak | 1 |
| 21 | Kasur angin / kursi roda | 1/2 |
| 22 | Manometer O2 dinding | 9 |
| 23 | Standart infus bed / roda | 11/11 |
| 24 | Lampu baca foto | 1 |
| 25 | Timbangan bayi / dewasa | 1/1 |
| 26 | Box bayi / couvev bayi kayu berlampu | 3/2 |
| 27 | Lampu foto tx / jacket | 1/- |
| 28 | Pispot | 20 |
| 29 | Urinal | 20 |
| 30 | Lampu tindakan | 2 |
| 31 | Vena Sektie set | 1 |
| 32 | Kursi roda | 2 |
| M. Graha Nuur Afiyah Lantai 4 | | |
| No | Alat Medis | Jumlah Barang |
| 1 | Vena secti set | 1 |
| 2 | THT set | 1 |
| 3 | Oksimetri | 1 |
| 4 | Lampu kepala | 0 |
| 5 | Suction | 1 |
| 6 | ECG | 1 |
| 7 | Tensimeter Dewasa spiromanometer | 1 |
| 8 | Penlight | 1 |
| 9 | Nebilizer | 1 |
| 10 | Infus pump | 1 |
| 11 | Syringe pump | 3 |
| 12 | Ambubag dewasa | 1 |
| 13 | Stretcher | 1 |
| 14 | Dressing cart | 2 |
| 15 | Manometer sentral | 6 |
| 16 | Stetoskop litman | 3 |
| N. Graha Nuur Afiyah Anak | | |
| No | Alat Medis | Jumlah Barang |
| 1 | Stetoskop | 3 |
| 2 | Tensimeter | 2 |
| 3 | Kotak obat high alert | 1 |
| 4 | Termometer | 1 |
| 5 | Reflek hamer | 1 |
| 6 | Penlight | 1 |
| 7 | Laringoskopi | 1 |

| | | | |
|--|----|---------------------------------------|----|
| | 8 | Collar brace | 0 |
| | 9 | Ambubag | 3 |
| | 10 | Kasur anti dekubitus | 1 |
| | 11 | Syringe pump | 3 |
| | 12 | Infus pump | 2 |
| | 13 | Wheelchair | 3 |
| | 14 | Gelas ukur NGT | 1 |
| | 15 | Monitor | 1 |
| | 16 | Bed pan | 15 |
| | 17 | Female Urinal | 15 |
| | 18 | Male Urinal | 15 |
| | 19 | Nebulizer | 1 |
| | 20 | Examination lamp | 11 |
| | 21 | X-Ray viewer box | 4 |
| | 22 | Gelas ukur urine | 2 |
| | 23 | Bak instrument | 1 |
| | 24 | Brankar | 3 |
| | 25 | Bengkok | 0 |
| | 26 | Standar baskom | 1 |
| | 27 | Alat pemeriksaan GDA | 1 |
| | 28 | Suction portable | 20 |
| | 29 | Handrub | 8 |
| | 30 | Waskom | 11 |
| | 31 | Tabung O ₂ | 1 |
| | 32 | Tabung O ₂ transport | 4 |
| | 33 | Set rawat luka | 2 |
| | 35 | Timbangan | 2 |
| | 36 | Saturasi O ₂ portable | 22 |
| | 37 | Tempat sampah pasien | 2 |
| | 38 | Rak obat | 2 |
| | 39 | Troli obat | 11 |
| | 40 | Standar infuse bed | 8 |
| | 41 | Standar infuse roda | 1 |
| | 42 | GDA stik | 1 |
| | 43 | Bedsite monitor | 1 |
| | 44 | ECG | 3 |
| | 45 | Torniket | 1 |
| | 46 | Buli-buli panas / alat kompres hangat | 1 |
| | 47 | Tabung O ₂ kecil | 1 |
| | 48 | Kulkas obat | 1 |
| | 49 | Flowmeter O ₂ | 22 |
| | 50 | Vena viewer | 1 |
| | 51 | Kereta obat emergensi | 2 |
| | 52 | Timbangan kue (popok) | 0 |
| | 53 | Foto terapi | 2 |

| | | | |
|--|------------|------------------------------------|----------------------|
| | 54 | Box bayi | 0 |
| | 55 | THT set | 1 |
| | 56 | Garpu tala | 1 |
| | 57 | Oksimetri | 2 |
| O. Lobby Tengah dan Pendaftaran | | | |
| | No. | Nama Barang | Jumlah Barang |
| | 1 | TV LED 32" + Breket | 1 |
| | 2 | TV LED 40" + Breket | 1 |
| | 3 | AC CASSETTE 2 PK | 4 |
| | 4 | Sofa Tamu 1 seat | 4 |
| | 5 | Tempat sampah plastic besar | 2 |
| | 6 | Jam dinding | 2 |
| | 7 | Papan Nama Dokter | 1 |
| | 8 | Kursi tunggu besi panjang (4 seat) | 1 |
| | 9 | Kursi tunggu besi panjang (2 seat) | 1 |
| | 10 | Pemadam kebakaran / APAR | 1 |
| | 11 | Pengharum ruangan | 5 |
| | 12 | TV Media | 1 |
| | 13 | Meja Security | 1 |
| | 14 | Meja kerja kayu | 1 |
| | 15 | Kursi hadap | 2 |
| | 16 | Kursi kerja security | 1 |
| | 17 | Kursi roda | 4 |
| | 18 | Stretcher | 2 |
| | 19 | Meja pendaftaran | 1 |
| | 20 | Kursi hadap pasien | 1 |
| | 21 | Kursi kerja bangket | 3 |
| | 22 | Komputer billing system | 1 |
| | 23 | Telephone PABX | 1 |
| | 24 | Telephone direct | 1 |
| | 25 | Jam dinding | 1 |
| | 26 | Tempat sampah plastik | 1 |
| | 27 | Pengeras suara | 1 |
| | 28 | Mobile file arsip | 1 |
| | 29 | Almari arsip kayu | 1 |
| | 30 | Printer | 1 |

| | | | | |
|---|---|-------------------------|---|--|
| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No | Nama Jabatan | Kualifikasi Formal | Kompetensi |
| | 1 | Kepala Instalasi | Dokter / Spesialis | |
| | 2 | Sekretaris Instalasi | S1 | |
| | 3 | Kepala Ruangan | S1 | Bersertifikat BLS / BCLS / PPGD / Managemen Bangsal / PPI Dasar / PMKP |
| | 4 | Perawat Pelaksana | D III / S1 Keperawatan | Bersertifikat BLS / BCLS / PPGD / PPI Dasar / Komunikasi Efektif / Disaster / PMKP |
| | 5 | Bidan Pelaksana | D III AkBid / S1 Kebidanan | Bersertifikat PPGD / PPI Dasar / Komunikasi Efektif / Disaster |
| | 6 | Administrasi | D III / S1 | |
| | 7 | PRS | SMA / SMK | Bersertifikat PPGD / Disaster |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No. | Jenis Ketenagaan | Jumlah | |
| | 1 | Medis (dokter umum) | 1 | |
| | 2 | Perawat | GNA 1 = 2 GNA 2 = 13 GNA 3 = 9 GNA 4 = 11 GNA ANAK = 10 KOSMED = 1 | |
| | 3 | Bidan | GNA 1 = 2 GNA 3 = 4 | |
| | 4 | <i>Non Kesehatan :</i> | | |
| Administrasi | | | 5 | |
| | PRS | | GNA 1 = 1 GNA 2 = 3 GNA 3 = 2 GNA 4 = 2 GNA ANAK = 3 KOSMED = 1 | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun | | | |

| | |
|---|--|
| | dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Graha Nuur Afiyah Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur;</p> <p>5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;</p> <p>6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh.</p> |
|--|---|

E. INSTALASI RAWAT INAP 1

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah mendaftar di Rekam Medik 2. Membawa dokumen medis rawat inap 3. Membawa surat MRS dari dokter Rawat Jalan atau IGD |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien di acc rawat inap oleh DPJP; 2. Pasien mendaftar ke Admisi Rekam Medik; 3. Pasien memesan ruang rawat inap sesuai kebutuhan (Ruang Bedah, Ruang Menular, Ruang Medik Umum dan Ruang Isolasi). Jika ruangan penuh, maka pasien akan dirujuk ke RS lain; 4. Pasien melengkapi administrasi rawat inap, untuk pasien asuransi jika belum lengkap maka pasien akan diberi waktu 3x24 jam untuk melengkapi administrasi, jika lebih dari 3x24 jam belum melengkapi maka akan menjadi pasien umum; 5. Perawat melapor ke DPJP; 6. Dilakukan pelayanan PPA; 7. Dilakukan pemeriksaan penunjang; 8. Konsultasi antar KSM (jika diperlukan); 9. Dilakukan pelayanan lanjutan; 10. Pasien KRS, pasien KRS ada 2 macam yaitu: <ol style="list-style-type: none"> a. Dipulangkan oleh DPJP; b. Pasien pulang Paksa (pulang atas permintaan |

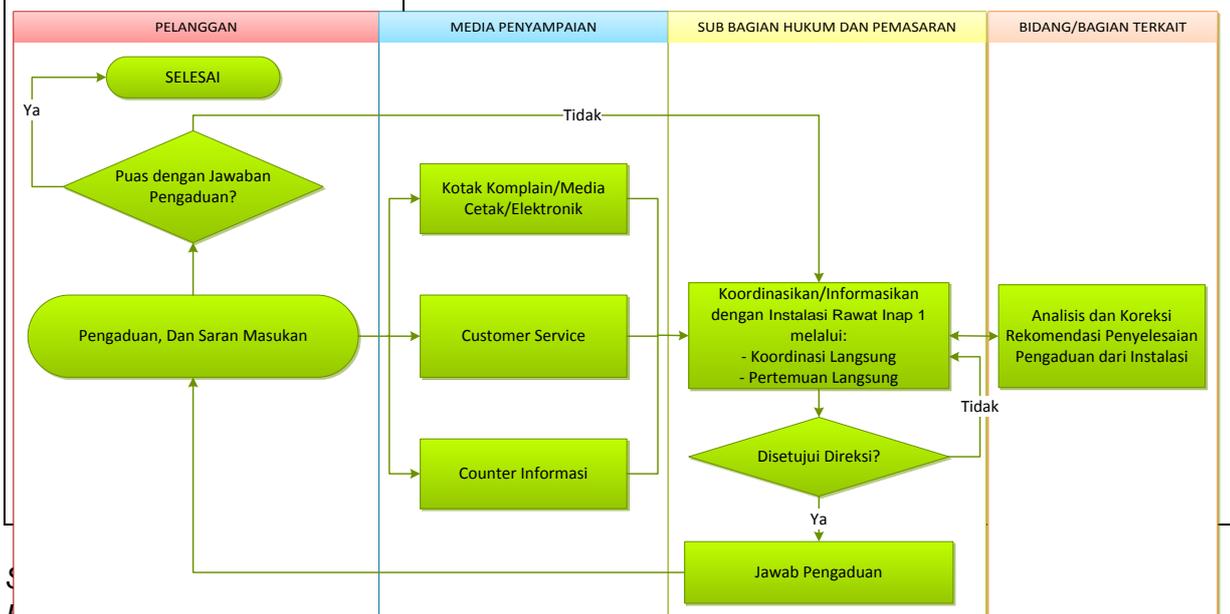
| | |
|---|--|
| | <p>sendiri), pasien diminta mengisi <i>informed consent</i>.</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Pasien KRS melengkapi administrasi KRS dan pelayanan farmasi; 12. Keluarga pasien mengurus proses KRS di <i>casemix</i> (untuk pasien asuransi); 13. Keluarga pasien melakukan pembayaran di kasir; 14. Kasir mengeluarkan bukti pembayaran. |
| II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan | <p>Lama Waktu Penyelesaian Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu penerimaan pasien baru : <ol style="list-style-type: none"> a. Mulai petugas rawat inap menerima informasi adanya pasien baru sampai siap menerima pasien baru ≤ 60 menit; b. Pada saat ruangan penuh, dihitung mulai pasien lama pulang sampai siap menerima pasien baru ≤ 20 menit. 2. Lama waktu pelayanan administrasi pasien pulang: Mulai dokumen medik selesai ditanda tangani dokter sampai perincian biaya selesai ≤ 60 menit. |
| II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| II.1.5 Produk Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap Medikal; 2. Rawat Inap Anak; 3. Rawat Inap Bedah; 4. Rawat Inap Isolasi. |
| II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung |

| | |
|--|--|
| | <p>Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service.</p> <p>2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099.</p> <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <p>1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <p>1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI</p> <p>2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit).</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP</p> <p>3) Publik → Masyarakat, LSM dll</p> <p>b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Inap 1 terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rawat Inap 1 memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Rawat Inap 1; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; |
|--|--|

7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Inap 1 kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran;
8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Rawat Inap 1 kepada pihak yang membuat pengaduan;
9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;
10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



| II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (<i>Manufacturing</i>) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|-------------|---|--------------------|------------|---|-----------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|--|---------------------------------------|---|---|----------------------|---|---|----------|---|---|-----|---|---|---------------|---|---|--------------|----|----|----------------|----|----|--------------------------------|---|----|-----------------|---|----|---------------|---|----|----------------------|---|----|----------------------------------|---|----|-------------|----|----|------------|----|----|------------|----|----|------------------|---|----|---------------|---|----|-----------|---|----|--------------|---|----|-------------|---|----|-----------------------------|---|----|------------------|---|----|-----------------------------|----|----|------------|-----|----|------------------|----|----|-------------|---|----|--------------------------|----|----|------------------|----|----|-----|---|----|---------|---|----|-----------|----|----|----------------|----|
| II.2.1 Dasar Hukum | Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 599 Tahun 2022 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Nama Alat</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Stetoskop (D/A/By)</td><td>17/2/2</td></tr> <tr><td>2</td><td>Termometer Digital/Termogun</td><td>24</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tensimeter Digital (D/A)</td><td>17</td></tr> <tr><td>4</td><td>Timbangan BB (D/A/By)</td><td>4</td></tr> <tr><td>5</td><td>Pengukur TB (D/A/By)</td><td>1</td></tr> <tr><td>6</td><td>Penlight</td><td>3</td></tr> <tr><td>7</td><td>ECG</td><td>8</td></tr> <tr><td>8</td><td>Infusion Pump</td><td>9</td></tr> <tr><td>9</td><td>Syringe Pump</td><td>27</td></tr> <tr><td>10</td><td>Pulse Oximeter</td><td>26</td></tr> <tr><td>11</td><td>Otolaringoscope & Oftalmoscope</td><td>0</td></tr> <tr><td>12</td><td>Spekulum hidung</td><td>1</td></tr> <tr><td>13</td><td>Reflek Hammer</td><td>3</td></tr> <tr><td>14</td><td>Emergency kit dg BHP</td><td>6</td></tr> <tr><td>15</td><td>Trolley Emergency dg defebriator</td><td>0</td></tr> <tr><td>16</td><td>Tiang Infus</td><td>84</td></tr> <tr><td>17</td><td>Oxigen Set</td><td>47</td></tr> <tr><td>18</td><td>Kursi Roda</td><td>12</td></tr> <tr><td>19</td><td>Brankar/Strecher</td><td>7</td></tr> <tr><td>20</td><td>Lampu Periksa</td><td>7</td></tr> <tr><td>21</td><td>Nebulezer</td><td>9</td></tr> <tr><td>22</td><td>Suction Pump</td><td>8</td></tr> <tr><td>23</td><td>Film viewer</td><td>6</td></tr> <tr><td>24</td><td>Minor Surgery Instrumen Set</td><td>1</td></tr> <tr><td>25</td><td>Vena Suction Set</td><td>5</td></tr> <tr><td>26</td><td>Suction Pump Dinding/Mobile</td><td>14</td></tr> <tr><td>27</td><td>Hand Scrub</td><td>120</td></tr> <tr><td>28</td><td>Oxigen Transport</td><td>12</td></tr> <tr><td>29</td><td>Kasur Angin</td><td>6</td></tr> <tr><td>30</td><td>Instrumen Set Rawat Luka</td><td>24</td></tr> <tr><td>31</td><td>Trolley Tindakan</td><td>12</td></tr> <tr><td>32</td><td>WSD</td><td>0</td></tr> <tr><td>33</td><td>THT Set</td><td>0</td></tr> <tr><td>34</td><td>Flowmeter</td><td>50</td></tr> <tr><td>35</td><td>Bedset monitor</td><td>17</td></tr> </tbody> </table> | No | Nama Alat | Jumlah | 1 | Stetoskop (D/A/By) | 17/2/2 | 2 | Termometer Digital/Termogun | 24 | 3 | Tensimeter Digital (D/A) | 17 | 4 | Timbangan BB (D/A/By) | 4 | 5 | Pengukur TB (D/A/By) | 1 | 6 | Penlight | 3 | 7 | ECG | 8 | 8 | Infusion Pump | 9 | 9 | Syringe Pump | 27 | 10 | Pulse Oximeter | 26 | 11 | Otolaringoscope & Oftalmoscope | 0 | 12 | Spekulum hidung | 1 | 13 | Reflek Hammer | 3 | 14 | Emergency kit dg BHP | 6 | 15 | Trolley Emergency dg defebriator | 0 | 16 | Tiang Infus | 84 | 17 | Oxigen Set | 47 | 18 | Kursi Roda | 12 | 19 | Brankar/Strecher | 7 | 20 | Lampu Periksa | 7 | 21 | Nebulezer | 9 | 22 | Suction Pump | 8 | 23 | Film viewer | 6 | 24 | Minor Surgery Instrumen Set | 1 | 25 | Vena Suction Set | 5 | 26 | Suction Pump Dinding/Mobile | 14 | 27 | Hand Scrub | 120 | 28 | Oxigen Transport | 12 | 29 | Kasur Angin | 6 | 30 | Instrumen Set Rawat Luka | 24 | 31 | Trolley Tindakan | 12 | 32 | WSD | 0 | 33 | THT Set | 0 | 34 | Flowmeter | 50 | 35 | Bedset monitor | 17 |
| No | Nama Alat | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Stetoskop (D/A/By) | 17/2/2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Termometer Digital/Termogun | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Tensimeter Digital (D/A) | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Timbangan BB (D/A/By) | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Pengukur TB (D/A/By) | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Penlight | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | ECG | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Infusion Pump | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Syringe Pump | 27 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Pulse Oximeter | 26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Otolaringoscope & Oftalmoscope | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Spekulum hidung | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Reflek Hammer | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Emergency kit dg BHP | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | Trolley Emergency dg defebriator | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Tiang Infus | 84 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | Oxigen Set | 47 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | Kursi Roda | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | Brankar/Strecher | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | Lampu Periksa | 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | Nebulezer | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | Suction Pump | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | Film viewer | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | Minor Surgery Instrumen Set | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | Vena Suction Set | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 26 | Suction Pump Dinding/Mobile | 14 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | Hand Scrub | 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 28 | Oxigen Transport | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 29 | Kasur Angin | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 | Instrumen Set Rawat Luka | 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 31 | Trolley Tindakan | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 32 | WSD | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 33 | THT Set | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 34 | Flowmeter | 50 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35 | Bedset monitor | 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Jenis SDM</th> <th colspan="2">Kualifikasi</th> </tr> <tr> <th>Formal</th> <th>Sertifikat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kepala Instalasi</td> <td>a. Dokter b. Masa kerja minimal 3 tahun c. Dapat dihubungi setiap diperlukan</td> <td>Pelatihan manajerial dan komunikasi</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sekretaris Instalasi</td> <td>a. Minimal S1 Keperawatan b. Masa kerja</td> <td>a. Pelatihan PPIDasar b. Pelatihan</td> </tr> </tbody> </table> | No | Jenis SDM | Kualifikasi | | Formal | Sertifikat | 1 | Kepala Instalasi | a. Dokter b. Masa kerja minimal 3 tahun c. Dapat dihubungi setiap diperlukan | Pelatihan manajerial dan komunikasi | 2 | Sekretaris Instalasi | a. Minimal S1 Keperawatan b. Masa kerja | a. Pelatihan PPIDasar b. Pelatihan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Jenis SDM | | | Kualifikasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Formal | Sertifikat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kepala Instalasi | a. Dokter b. Masa kerja minimal 3 tahun c. Dapat dihubungi setiap diperlukan | Pelatihan manajerial dan komunikasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Sekretaris Instalasi | a. Minimal S1 Keperawatan b. Masa kerja | a. Pelatihan PPIDasar b. Pelatihan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|---|--------------------------|--|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> c. minimal 5 tahun c. Pengalaman sebagai kepala ruangan minimal 5 tahun d. Minimal PNS Gol. III d | <ul style="list-style-type: none"> PPGD c. Pelatihan Pasien Safety d. Pelatihan MKE/Komunikasi Efektif e. SP2KP f. K3RS g. PCC |
| 3 | Administrasi tiap gedung | a. Minimal D3 | |
| 4 | Kepala Ruang | <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan Minimal S1 Kep.Ners, PK III dan PM I b. Pengalaman kerja minimal 3 tahun sebagai PP/katim di ruang rawat inap umum, atau PP/Katim di ruang ICU untuk karu ruang isolasi ICU c. Mempunyai jiwa kepemimpinan dan bertanggung jawab d. Tidak ada pelanggaran etik dan hukum e. sehat jasmani dan rohani di zona hijau | PPGD, PPI dasar, Keselamatan pasien dan Manajemen kepala ruangan keperawatan |
| 5 | Perawat | <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal lulusan D3 Keperawatan b. Memiliki STR dan SIPP/SIPB yang masih berlaku c. PK II : memiliki RKK dan SPK d. Pengalaman klinik 2 tahun e. Umur kurang dari 50 tahun f. Skrening awal : Berbadan sehat jasmani dan rohani dan di zona hijau (pemeriksaan foto thorak, DL dan Swab Antigen Non Reaktif) | a. Memiliki sertifikat PPGD,PPI dasar dan keselamatan pasien |
| 6 | Koordinator | | |
| 7 | PPJA | a. pendidikan | a. Bersertifikat: |

| | | | | |
|---|---|--|---|---|
| | | (Perawat Penanggung Jawab Asuhan) /Ketua tim | minimal D3 Keperawatan PK III, jika Ns. PK II b. Pengalaman kerja minimal 2 tahun sebagai katim di ruang rawat inap umum | PPGD, PPI dasar, Keselamatan pasien dan Penyakit Menular b. Ns yang memiliki Sertifikat ICU dasar c. Mempunyai jiwa kepemimpinan d. sehat jasmani dan rohani di zona hijau |
| | 8 | Pramu Bhakti | Minimal SLTA | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | 1. Perawat : 97 Orang 2. Pramu Bhakti : 26 Orang | | | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Rawat Inap 1 Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> | | | |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | II.2.8.1 Jaminan Keamanan Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|--|

F. INSTALASI RAWAT INAP 2

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah mendaftar di Rekam Medik; 2. Membawa dokumen medis rawat inap; 3. Membawa surat MRS dari dokter Rawat Jalan atau IGD. |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien di acc rawat inap oleh DPJP; 2. Pasien mendaftar ke Admisi Rekam Medik; 3. Pasien memesan ruang rawat inap sesuai kebutuhan (Ruang Bedah, Ruang Medik Umum dan Ruang |

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>Isolasi). Jika ruangan penuh, maka pasien akan dirujuk ke RS lain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien melengkapi administrasi rawat inap, untuk pasien asuransi jika belum lengkap maka pasien akan diberi waktu 3x24 jam untuk melengkapi administrasi, jika lebih dari 3x24 jam belum melengkapi maka akan menjadi pasien umum; 5. Perawat melapor ke DPJP; 6. Dilakukan pelayanan PPA; 7. Dilakukan pemeriksaan penunjang; 8. Konsultasi antar KSM (jika diperlukan); 9. Dilakukan pelayanan lanjutan; 10. Pasien KRS, pasien KRS ada 2 macam yaitu: <ol style="list-style-type: none"> b. Dipulangkan oleh DPJP; c. Pasien pulang Paksa (pulang atas permintaan sendiri), pasien diminta mengisi <i>informed consent</i>. 11. Pasien KRS melengkapi administrasi KRS dan pelayanan farmasi; 12. Keluarga pasien mengurus proses KRS di <i>casemix</i> (untuk pasien asuransi); 13. Keluarga pasien melakukan pembayaran di kasir; 14. Kasir mengeluarkan bukti pembayaran. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>Lama Waktu Penyelesaian Pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu penerimaan pasien baru : <ol style="list-style-type: none"> a. Mulai petugas rawat inap menerima informasi adanya pasien baru sampai siap menerima pasien baru \leq 60 menit; b. Pada saat ruangan penuh, dihitung mulai pasien lama pulang sampai siap menerima pasien baru \leq 20 menit. 2. Lama waktu pelayanan administrasi pasien pulang: |

| | |
|---|---|
| | Mulai dokumen medik selesai ditanda tangani dokter sampai perincian biaya selesai ≤ 60 menit. |
| II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| II.1.5 Produk Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat Inap Medikal; 2. Rawat Inap Kandungan dan Kebidanan; 3. Rawat Inap Bedah; 4. Rawat Inap Isolasi; 5. Rawat Inap Stroke; 6. Rawat Inap Jantung. |
| II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service |

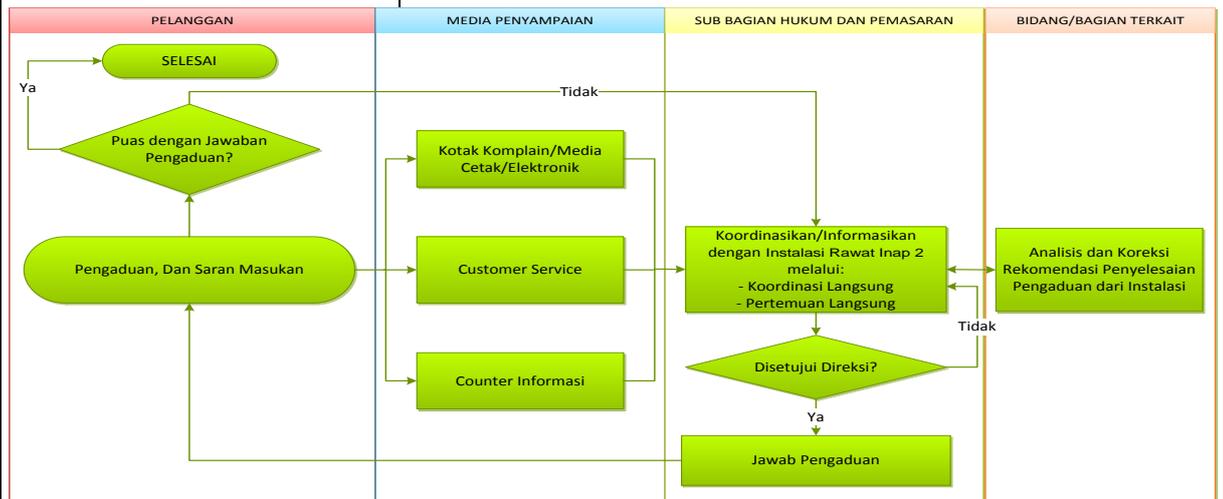
| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit <ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : <ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). a. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status complain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Inap 2 terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rawat Inap 2 memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Rawat Inap 2; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Inap 2 kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Rawat Inap 2 kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan |
|--|--|

dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 728 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Inap 2

II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan

1. Al-Aqsha 4 (Kandungan)

| No | Uraian | Jumlah |
|----|-----------------|--------|
| 1 | Ivstand | 13 |
| 2 | Ivhangerroad | 3 |
| 3 | Monitor | 4 |
| 4 | Mesin ECG | 1 |
| 5 | Syringe pump | 7 |
| 6 | Over bed table | 4 |
| 7 | Infus pump | 3 |
| 8 | Stetoskop | 1 |
| 9 | Monitor dinding | 2 |
| 10 | Kursi roda | 2 |
| 11 | Bed pasien | 13 |
| 12 | O2 transport | 3 |

| | | |
|----|---------------------|---|
| 13 | Kereta O2 | 3 |
| 14 | Trolley emergency | 1 |
| 15 | Stretcher | 1 |
| 16 | Viewer | 1 |
| 17 | Suction | 1 |
| 18 | Timbangan | 1 |
| 19 | Tensimeter standing | 1 |
| 20 | Saturasi | 1 |
| 21 | Defibrilator | 1 |
| 22 | Viewer | 1 |
| 23 | Suction | 1 |
| 24 | Timbangan | 1 |
| 25 | Tensi standing | 1 |

| 2. Al-Aqsha 4 (Rawat Gabung) | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|---------------|
| No | Uraian | Jumlah |
| 1 | Resusitasi dewasa & bayi | 1&1 |
| 2 | Bak Instrumen tanpa tutup | 5 |
| 3 | Bak Instrumen Kecil untuk rawat luka | 12 |
| 4 | Bak Instrumen Besar + tutup | 4 |
| 5 | Bengkok | 8 |
| 6 | Cucing kecil | 3 |
| 7 | Cucing sedang | 7 |
| 8 | Cucing sedang + tutup rawat payudara | 5 |
| 9 | Cucing Besar tanpa tutup | 1 |
| 10 | Doppler | 1 |
| 11 | ECG | 1 |
| 12 | Examination lamp | 1 |
| 13 | Funduscope | 3 |
| 14 | Gunting Angkat Jahitan Lancip | 4 |
| 15 | Gunting Angkat Tumpul | 4 |
| 16 | Hemorargi Set | 1 |
| 17 | Incubator transport | 2 |
| 18 | Infant warmer | 2 |
| 19 | Infusepump | 3 |
| 20 | Jacksonrees bayi | 3 |
| 21 | Jacksonress dewasa | 3 |
| 22 | Klem | 1 |
| 23 | Lampu foto terapi | 3 |
| 24 | Lightpen | 1 |
| 25 | Manometer oksigen infant | 3 |
| 26 | Manometer oksigen sentral dewasa | 21 |

| | | |
|----|-----------------------------|-----|
| 27 | Manometer oksigen transport | 3 |
| 28 | Monitor bed side | 1 |
| 29 | Nebulizer | 1 |
| 30 | Nierbekken | 4 |
| 31 | PEBSet | 1 |
| 32 | Pinset Anatomi | 6 |
| 33 | Pinset Chirurgi | 4 |
| 34 | Pompa ASI | 1 |
| 35 | Saturasi O2 | 2 |
| 36 | Spill Kit | 1 |
| 37 | Stetoskop Bayi | 2 |
| 38 | Stetoskop Dewasa | 3 |
| 39 | Suction pump | 1 |
| 40 | Syringe Pump | 3 |
| 41 | Tabung Oksigen Kecil | 5 |
| 42 | Tensimeter | 4 |
| 43 | Termometer digital | 2/2 |
| 44 | Timbangan Bayi | 2 |
| 45 | Tong Spatel | 3 |
| 46 | Tourniquet | 5 |
| 47 | Troly Emergency | 1 |
| 48 | Dressingcart | 1 |
| 49 | Tromol Besar | 1 |
| 50 | Tromol Kecil | 1 |
| 51 | Tromol kecil sekali | 1 |
| 52 | Tromol Sedang | 2 |
| 53 | Troli Linen | 1 |
| 54 | TT pasien + matras baru | 15 |
| 55 | TT Pasien + Matras lama | 6 |
| 56 | Brankard | 2 |
| 57 | Kursi Roda | 8 |
| 58 | Tiang infus kaki lima | 4 |
| 59 | Box Bayi Baru | 10 |
| 60 | Box Bayi Lama | 2 |

C. Al-Aqsha 5

| No | Uraian | Jumlah |
|-----------|----------------------|---------------|
| 1 | Bed Supramax | 11 |
| 2 | Bedside monitor | 1 |
| 3 | Bak injek sikecil | 5 |
| 4 | Bak instrument besar | 2 |
| 5 | Bakin strumen sedang | 8 |
| 6 | Bed Paramount | 12 |
| 7 | Almari instrumen | 1 |
| 8 | Ambubag | 1 |
| 9 | Bengkok | 8 |
| 10 | Dressing card | 2 |

| | | |
|----------------------|---------------------------------|---------------|
| 11 | EKG | 1 |
| 12 | Gelas ukur | 5 |
| 13 | Gunting anatomi | 13 |
| 14 | Gunting gips | 1 |
| 15 | Gunting perban | 4 |
| 16 | Handrub | 32 |
| 17 | Humidifier | 23 |
| 18 | Infu spump | 1 |
| 19 | Kasur angin | 2 |
| 20 | Klem | 10 |
| 21 | Kursi roda | 2 |
| 22 | Lampu kepala | 1 |
| 23 | Lemari Px | 24 |
| 24 | Manometer | 23 |
| 25 | Meja Paramount | 24 |
| 26 | Nebuleser | 1 |
| 27 | Penlight | 3 |
| 28 | Pinset anatomi | 13 |
| 29 | Pinset chirurgie | 13 |
| 30 | Pispot | 6 |
| 31 | Pulse oxymetri | 2 |
| 32 | Reflex hammer | 1 |
| 33 | Standar tinfus | 7 |
| 34 | Stetoscop Litman Quality Anak | 1 |
| 35 | Stetoscop Litman Quality Dewasa | 3 |
| 36 | Strecher | 2 |
| 37 | Suction portable | 1 |
| 38 | Suction regulator | 23 |
| 39 | Syringe Pump | 2 |
| 40 | Tabung O2 kecil | 2 |
| 41 | Tensi berdiri jarum | 3 |
| 42 | Termometer | 4 |
| 43 | Timbangan | 1 |
| 44 | Troli EKG | 1 |
| 45 | Troli Emergency | 1 |
| 46 | Troli obat | 1 |
| 47 | Urinal | 6 |
| 48 | WSD | 1 |
| 49 | GDA stik | 1 |
| D. Al-Aqsha 6 | | |
| NO | Uraian | Jumlah |
| 1 | Bak Instrumen | 8 |
| 2 | Bed Pasien | 10 |
| 3 | Bengkok | 4 |
| 4 | Buli-buli Panas | 1 |

| | | |
|----|---------------------|----|
| 5 | BVM Anak | 1 |
| 6 | BVM Dewasa | 2 |
| 7 | Dressing Cart | 3 |
| 8 | Humidifier | 10 |
| 9 | Humidifier Portable | 1 |
| 11 | Kasur Angin | 2 |
| 12 | Klem | 2 |
| 13 | Kursi Roda | 3 |
| 14 | Lemari Pasien | 10 |
| 19 | Meja Pasien | 10 |
| 20 | Nebulizer | 3 |
| 21 | Oksigen Portable | 2 |
| 22 | Oxymetri Portable | 1 |
| 23 | Penlight | 2 |
| 24 | Rollbackspine | 2 |
| 25 | Standart Infus | 1 |
| 26 | Stetoscop | 10 |
| 27 | Strecher | 2 |
| 28 | Suction sentral | 4 |
| 29 | Tensimeter Digital | 2 |
| 30 | WSD | 2 |
| 31 | XViewer | 1 |
| 32 | Timbangan pampes | 1 |
| 33 | Monitor bedside | 10 |
| 34 | EKG | 3 |
| 35 | Oximetry Bedside | 5 |
| 36 | Infus Pump | 4 |
| 37 | Syring Pump | 4 |
| 38 | Central moneter | 4 |
| 39 | HFNC | 8 |
| 40 | CPAP | 2 |
| 41 | VENTILATOR | |
| | - HamiltonT1:3 | 3 |
| | - HamiltonC2:1 | 1 |
| | - Vent-i | 4 |
| 42 | UPS | 7 |
| 43 | Laryngoscope | - |
| 44 | Monitorbedside | 10 |
| 45 | Flowmeter | 10 |
| 46 | Saturasioksigen | 8 |
| 47 | Strecher | 2 |
| 48 | Defibrillator | 1 |
| 49 | Ambubagdewasa | 1 |

| II.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No. | Nama Jabatan | Kualifikasi | |
|---------------------------------------|-----|-----------------------|---|--|
| | | | Formal | Sertifikat |
| | 1. | Ka.Instalasi | - Dokter Spesialis - Masa Kerja Minimal 3 Tahun | Pelatihan Managerial dan Komunikasi |
| | 2. | Sekretaris | - Minimal S1 - Keperawatan Ners - Masa Kerja Minimal 5 Th - Pengalaman kerja sebagai Kepala Ruangan Minimal 5 th - Minimal Golongan III d - Perawat Klinik 3 | - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE / Komunikasi Efektif - SP2KP - K3RS - PCC |
| | 3. | Kepala Ruangan | - Minimal S1 - Keperawatan Ners - PK 3 dan sebagai PP 3 th - Minimal Golongan III c | - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE / Komunikasi Efektif - SP2KP - K3RS - PCC |
| | 4. | Koordinator Mutu | - DIII Keperawatan, PK3, sebagai PP - S1 Kep Ners PK 2, sebagai PP - BLUD ,PK3 | - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE / Komunikasi Efektif - SP2KP - K3RS - PCC |
| | 5. | Koordinator Pelayanan | - DIII Keperawatan, PK3, sebagai PP - S1 Kep Ners, PK 2 sebagai PP - BLUD,PK3 | - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE / Komunikasi Efektif - SP2KP - K3RS |

| | | | | |
|---|--|--|---|---|
| | 6. | Koordinator Sarana Prasarana | <ul style="list-style-type: none"> - DIII Keperawatan, PK3, sebagai PP - S1 Kep Ners PK 2 sebagai PP - BLUD, PK3 | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan PPI Dasar - Pelatihan PPGD - Pelatihan Pasien Safety - Pelatihan MKE / Komunikasi Efektif - SP2KP - K3RS |
| | 7. | Pekarya Rumah Sakit | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal SLTA | Pelatihan Pelayanan Prima, PPGD Untuk Awam |
| | 8. | Petugas Administrasi | <ul style="list-style-type: none"> - Minimal SLTA | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan Komputer - Pelatihan Pelayanan Prima |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No | Tempat Tugas | Jumlah Tenaga Menurut Kualifikasi | |
| | 1. | Ruang Sekretariat Instalasi Rawat Jalan | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Instalasi Rawat Jalan - 2 Orang Sekretaris - 1 Orang Administrasi | |
| | 2. | Ruang AI – Aqsha 3 / Ruang | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Ruangan | |
| | 3. | Ruang AI – Aqsha 4 / Ruang Kandungan dan Kebidanan | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Ruangan - 16 Orang Bidan - 3 Orang pramu bhakti | |
| | 4. | Ruang AI – Aqsha 5 / Ruang Bedah | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Ruangan - 14 Orang Perawat - 3 Orang pramu bhakti | |
| | 5. | Ruang AI - Aqsha6 / Ruang Isolasi Intensive Covid | <ul style="list-style-type: none"> - 1 Orang Kepala Ruangan - 13 Orang Perawat - 3 Orang pramu bhakti - 12 orang tenaga Intensive | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Rawat Inap 2 Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;</p> <p>6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh.</p> |
|--|---|

G. RAWAT INTENSIF

| Variabel | Kriteria |
|---|---|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien telah mendaftarkan di pendaftaran rekam medis; 2. Berkas persyaratan untuk pasien asuransi sesuai dengan persyaratan administrasi asuransi terkait; 3. Surat Permintaan Masuk Rumah Sakit dan menandatangani <i>general consent</i>. |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. ICU</p> <p>Sebelum pasien masuk ke ruang ICU, pasien dan/atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapat perawatan di ICU, serta tindakan kedokteran yang mungkin selama pasien dirawat di IRI / ICU . Penjelasan tersebut diberikan oleh dokter yang bertugas. Atas penjelasan tersebut pasien dan /atau keluarganya dapat menerima/menyatakan persetujuan untuk dirawat di IRI / ICU. Persetujuan dinyatakan dengan menandatangani formulir <i>informed consent</i>.</p> <p>Pada keadaan sarana dan prasarana IRI / ICU yang terbatas pada suatu Rumah Sakit, diperlukan mekanisme untuk membuat prioritas apabila kebutuhan atau permintaan akan pelayanan IRI / ICU lebih tinggi dari kemampuan pelayanan yang dapat diberikan. Kepala IRI / ICU bertanggung jawab atas kesesuaian indikasi perawatan pasien di IRI / ICU . Bila kebutuhan pasien masuk IRI / ICU melebihi tempat tidur yang tersedia, kepala IRI / ICU menentukan kondisi berdasarkan prioritas kondisi medik, pasien mana yang akan dirawat di IRI / ICU.</p> <p>1. Indikasi pasien masuk ICU:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prioritas 1 <p>Pasien yang mengalami gangguan akut pada organ vital yang memerlukan tindakan dan terapi yang intensif cepat yaitu utamanya pada pasien dengan</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>gangguan pada sistem Pernafasan (B1), Sirkulasi Darah (B2), Susunan syaraf pusat (B3) yang tidak stabil contoh :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan atau gagal nafas akut; • Gangguan atau gagal sirkulasi/ Kardiovaskuler; • Gangguan atau gagal susunan syaraf; • Gangguan atau gagal ginjal. <p>2. Prioritas 2 Pasien yang memerlukan pemantauan dengan mempergunakan peralatan monitor, misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi intensif pasca bedah operasi: post trepanasi, post laparatomy dengan komplikasi,dll; • Observasi intensif pasca henti jantung dalam keadaan stabil; • Observasi pada pasca bedah dengan penyakit jantung. <p>3. Prioritas 3 Pasien yang dalam kondisi kritis dan tidak stabil yang mempunyai harapan kecil untuk disembuhkan atau manfaat dari tindakan yang didapat sangat kecil. Pasien ini hanya memerlukan terapi intensif pada penyakit akutnya tetapi tidak dilakukan intubasi atau Resusitasi Kardiopulmoner.</p> <p>2. Indikasi Pasien Keluar ICU :</p> <p>Pada pasien yang dengan terapi atau pemantauan intensif tidak diharapkan atau tidak memberikan hasil, dan sesuai dengan prioritas yaitu :</p> <p>a) Prioritas I Dipindah apabila pasien tidak membutuhkan Rawat intensif lagi, tetapi mengalami kegagalan, prognosa jangka pendek buruk sedikit kemungkinan bila rawat intensif dilanjutkan misalnya : pasien yang mengalami tiga atau lebih gagal sistem organ yang tidak berespon terhadap pengelolaan agresif. Misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang mengalami MBO (mati batang otak); • Pasien ARDS stadium akhir. <p>b) Prioritas II Pasien dipindahkan apabila hasil pemantauan intensif menunjukkan bahwa rawat intensif tidak dibutuhkan dan pemantauan intensif selanjutnya tidak diperlukan lagi, misalnya pada pasien yang</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>telah membaik dan cukup stabil sehingga tidak memerlukan terapi atau pemantauan intensif lebih lanjut</p> <p>c) Prioritas III Tidak ada lagi kebutuhan untuk terapi intensif jika diketahui kemungkinan untuk pulih kembali sangat kecil dan keuntungan terapi hanya sedikit manfaatnya misalnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dengan penyakit lanjut; • Pasien dengan penyakit paru kronis; • Penyakit liver terminal; • Metastase carcinoma. <p>d) Pasien yang hanya memerlukan observasi intensif saja, sedangkan adapasien yang lebih gawat dan lebih memerlukan terapi atau pemantauan intensif lebih lanjut;</p> <p>e) Pasien atau keluarga menolak untuk dirawat lebih lanjut di ICU / pulang atas permintaan sendiri.</p> <p>B. ICCU Pasien yang dirawat di ICCU adalah:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien yang memerlukan intervensi Medis segera oleh tim Intensive Cardiac Care; • Pasien yang memerlukan pengelolaan fungsi sistem organ tubuh terutama kardiovaskular secara terkoordinasi dan berkelanjutan sehingga dapat dilakukan pengawasan yang konstan dengan metode terapi titrasi; • Pasien sakit kritis yang memerlukan pemantauan kontinyu dan tindakan segera untuk mencegah timbulnya dekompensasi fisiologi; <p>1. Indikasi pasien masuk ICCU Pasien dengan diagnosa primer penyakit jantung, atas persetujuan DPJP Jantung yang terkait, dan setuju untuk menjalani rawat inap di <i>Intensive Cardiac Care Unit</i> (ICCU), contohnya:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Semua pasien dengan sindrom koroner akut; b) Pasien dengan syok kardiogenik; c) Pasien dengan aritmia yang mengancam jiwa, karena segala macam sebab; d) Pasien tidak stabil, paska tindakan PCI yang sulit, yang membutuhkan monitor ketat (berdasarkan pertimbangan dokter penanggung jawab |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>tindakan);</p> <p>e) Pasien dengan gagal jantung akut yang membutuhkan terapi IV secara berkesinambungan atau terus – menerus dan monitor hemodinamik ketat;</p> <p>f) Pasien dengan edema paru akut yang tidak teratasi dengan terapi awal, tanpa penyulit yang memerlukan terapi khusus, misalkan CKD HD reguler;</p> <p>g) Pasien paska operasi transplantasi jantung dengan problem akut, seperti: infeksi, gangguan hemodinamik, ketidak seimbangan elektrolit, dugaan rejeksi akut organ transplan;</p> <p>h) Pasien dengan emboli paru massif;</p> <p>i) Pasien miokarditis;</p> <p>j) Pasien krisishipertensi;</p> <p>k) Pasien penyakit jantung lain, yang memerlukan monitor hemodinamik untuk evaluasi terapi;</p> <p>l) Pengecualian (Pasien yang tidak perlu masuk ICCU) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien / keluarga yang menolak dirawat di ICCU (atas dasar “informed consent”). • Pasien dengan fase terminal suatu penyakit (seperti kanker stadium akhir). • Pasien dengan risiko penyakit menular, misalnya:tuberkulosis, flu burung, HIV, dsb. <p>2. Indikasi pasien keluar ICCU</p> <p>a) Setelah keadaan pasien stabil, berdasarkan pertimbangan medis dan persetujuan dari DPJP Jantung, maka pasien dapat dipindahkan dari ICCU ke <i>Intermediate Cardiac Care Unit</i> (dilengkapi dengan sarana monitor EKG sederhana, dan tenaga kesehatan jantung) atau ke ruang perawatan jantung;</p> <p>b) Kegawatan utama pasien bukan disebabkan oleh penyakit jantung, dan dapat dipindah ke unit perawatan intensif lain;</p> <p>c) Pasien diketahui menderita penyakit menular, misalnya: tuberkulosis, flu burung, HIV, dsb;</p> <p>d) Pasien yang meninggal dunia (akan dibawa ke ruang pemulasaraan jenazah setelah 2 jam observasi di ICCU);</p> |
|--|---|

- e) Pasien yang akan dirujuk ke RS tipe A untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut;
- f) Pasien yang ingin dirawat di RS lain atas permintaan sendiri / keluarga;
- g) Pasien yang pulang paksa, setelah menandatangani pernyataan tidak ingin dirawat.

C. NICU

Ruang lingkup pelayanan yang diberikan di Ruang Perinatologi mengacu pada tiga tingkat pelayanan yaitu :

1. Pelayanan Neonatus pada tingkat II A:

Merupakan pelayanan keperawatan neonatus dengan ketergantungan tinggi, berikut indikasi pasien masuk ke ruang perawatan neonatus tingkat IIA :

- a) Bayi Prematur dan atau sakit yang memerlukan resusitasi dan stabilisasi sebelum dipindahkan ke fasilitas perawatan intensif neonatus;
- b) Bayi yang lahir dengan usia kehamilan > 32 minggu dan memiliki berat lahir \geq 1500 gram yang tidak memiliki ketidak matangan fisiologis seperti apneu, preaturitas, ketidak mampuan menerima asuhan oral atau menderita sakit yang tidak diantisipasi sebelumnya;
- c) Bayi yang memerlukan oksigen nasal dengan pemantauan saturasi oksigen;
- d) Bayi yang memerlukan infus intravena perifer dan mungkin nutrisi parenteral untuk jangka waktu yang terbatas;
- e) Bayi yang sedang dalam penyembuhan setelah perawatan intensif

2. Pelayanan Neonatus pada tingkat II B:

Merupakan pelayanan keperawatan Neonatus sama dengan tingkat II A ditambah dengan pelayanan keperawatan pada bayi *hyperbilirubin* yang memerlukan foto terapi dan perawatan bayi dengan penggunaan ventilasi mekanik selama jangka waktu singkat (< 24 jam) atau CPAP, infus intravena, nutrisi parenteral total dan mungkin memakai jalur sentral menggunakan tali pusat dan jalur sentral melalui intravena perkutan;

3. Pelayanan Neonatus pada tingkat III A / Pelayanan

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>NICU: Merupakan pelayanan neonatus intensif yang memerlukan pengawasan terus menerus dari dokter dan perawat serta dukungan fasilitas berteknologi tinggi, berikut pelayanan di ruang NICU :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Memberikan asuhan menyeluruh untuk bayi lahir dengan usia kehamilan \geq 28 minggu dengan berat lahir \geq 1000 gram; b) Memberikan dukungan kehidupan terus menerus yang terbatas pada ventilasi mekanik tetapi tidak menggunakan HFO (High Frequency Oscillation); c) Melakukan prosedur pembedahan minor seperti penggantian kateter vena sentral atau perbaikan hernia inguinal; d) Akses segera untuk berbagai konsultan ahli untuk semua sub spesialisik. <p>Kriteria pasien keluar NICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Kondisi pasien stabil dengan hemodinamik (RR : 20-30x/menit, HR : 110 – 120 x/menit, Saturasi Oksigen : 95 – 100%) seperti pada pasien dengan Asfiksia, RDS, TTN, PDA; b) Pasien sudah dapat memenuhi kebutuhan dasar (Makan dan minum sesuai dengan kebutuhan cairan); c) Hiperbilirubin teratasi (nilai bilirubin di bawah 12 mg/dl); d) Pasien dengan Premature dengan BB 2 kg, pasien dapat minum, tidak hipotermi (Suhu : 36,7 – 37 C), reflek hisap baik. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam pelayanan di Instalasi Rawat Intensif adalah 24 jam; 2. Asesmen awal keperawatan rawat inap diselesaikan setelah pasien tiba di ruangan dan asesmen ulang keperawatan dicatat di CPPT setiap pagi yang merupakan kesimpulan dari catatan timbang terima selama 24 jam; 3. Asesmen lanjutan dilakukan dalam waktu 2x24 jam untuk pasien beresiko malnutrisi; 4. Asesmen awal medis rawat inap dalam waktu 1x24 jam dan dilakukan asesmen ulang setiap hari serta dicatat di CPPT, kecuali untuk pasien dengan kondisi khusus seperti <i>emergency</i>, kritis, setelah tindakan |

| | |
|--|--|
| | <p>khusus, pasien akan KRS, dsb. Harus dilakukan asesmen ulang sesuai kebutuhan pasien;</p> <p>5. Dilakukan pengulangan asesmen awal untuk kasus-kasus kronis (HD, radioterapi, kemoterapi, diagnostik intervensi) jika ada perubahan status penyakit.</p> |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <p>1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur;</p> <p>2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>1. ICU</p> <p>2. ICCU</p> <p>3. NICU</p> |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran |

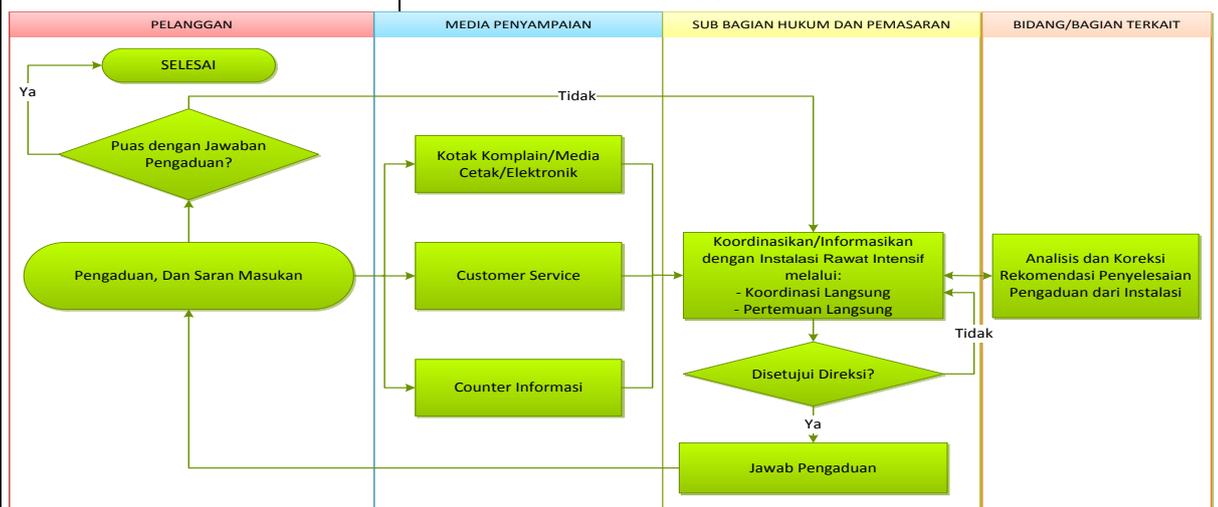
| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ul style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>dalam log status komplain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Intensif terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rawat Intensif memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Rawat Intensif; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rawat Intensif kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Rawat Intensif kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk |
|--|---|

memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang - undang No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 436 / Menkes / SK / VI / 1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;
3. Undang - undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
4. Undang - undang No 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
5. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 779 / Menkes / SK / VIII / 2008, tentang Standar;
6. Pelayanan Anestesiologi dan Reanimasi di Rumah Sakit
7. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 834 / MENKES / SK / VII / 2010 tentang;
8. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan *High Care Unit* (HCU);

| | <p>9. Keputusan Menteri Kesehatan RI No 1778 / MENKES/ SK/ XII / 2010 tentang;</p> <p>10. Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit (ICU) di Rumah Sakit;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No 519 / Menkes / PER / III / 2011 tentang Pedoman;</p> <p>12. Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit;</p> <p>13. Keputusan Direktur Jenderal Upaya Kesehatan No HK. 02.04/1966/11, tentang Petunjuk Tehnis Penyelenggaraan Pelayanan Intensive Care Unit Di Rumah Sakit;</p> <p>14. Peraturan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/727/304/2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Rawat Intensif.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------|--|--|-----------|--------------|---------------|---|---------------------|---|---|---------------------|---|--|---|--------|--|---|--------|---|---------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|--------------------|---|---|-----------------|---|---|--------------------------------|---|---|--------------|---|---|------------------------|---|----|---|---|----|---------------------|---|----|------------|----|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3" data-bbox="702 824 1532 869">A. ICU</th> </tr> <tr> <th data-bbox="702 869 813 913">No</th> <th data-bbox="813 869 1308 913">Jenis</th> <th data-bbox="1308 869 1532 913">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="702 913 813 958">1</td> <td data-bbox="813 913 1308 958">Bed Pasien Elektrik</td> <td data-bbox="1308 913 1532 958">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 958 813 1003">2</td> <td data-bbox="813 958 1308 1003">Peralatan monitor :</td> <td data-bbox="1308 958 1532 1003">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1003 813 1216"></td> <td data-bbox="813 1003 1308 1216"> INVASIF : - Monitor tekanan darah invasive - Monitor Tekanan vena sentral </td> <td data-bbox="1308 1003 1532 1216">- -</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1216 813 1429"></td> <td data-bbox="813 1216 1308 1429"> NON INVASIF : - Tekanan darah - EKG dan laju jantung - Saturasi oksigen KAPNOGRAF </td> <td data-bbox="1308 1216 1532 1429">8 4</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1429 813 1473">3</td> <td data-bbox="813 1429 1308 1473">Alat pengukur suhu pasien</td> <td data-bbox="1308 1429 1532 1473">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1473 813 1518">4</td> <td data-bbox="813 1473 1308 1518">Alat penghisap (suction) sentral</td> <td data-bbox="1308 1473 1532 1518">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1518 813 1563">5</td> <td data-bbox="813 1518 1308 1563">Ventilator mekanik</td> <td data-bbox="1308 1518 1532 1563">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1563 813 1608">6</td> <td data-bbox="813 1563 1308 1608">Oksigen sentral</td> <td data-bbox="1308 1563 1532 1608">8</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1608 813 1686">7</td> <td data-bbox="813 1608 1308 1686">Lampu untuk melakukan tindakan</td> <td data-bbox="1308 1608 1532 1686">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1686 813 1731">8</td> <td data-bbox="813 1686 1308 1731">Defibrilator</td> <td data-bbox="1308 1686 1532 1731">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1731 813 1776">9</td> <td data-bbox="813 1731 1308 1776">Peralatan drain toraks</td> <td data-bbox="1308 1731 1532 1776">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1776 813 1910">10</td> <td data-bbox="813 1776 1308 1910">Emergency trolley yang berisi: Airway, laringoskop, ambu bag, O₂, adrenalin, dll</td> <td data-bbox="1308 1776 1532 1910">1</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1910 813 1955">11</td> <td data-bbox="813 1910 1308 1955">Trolley ganti balut</td> <td data-bbox="1308 1910 1532 1955">2</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1955 813 1982">12</td> <td data-bbox="813 1955 1308 1982">Infus Pump</td> <td data-bbox="1308 1955 1532 1982">13</td> </tr> </tbody> </table> | A. ICU | | | No | Jenis | Jumlah | 1 | Bed Pasien Elektrik | 8 | 2 | Peralatan monitor : | 8 | | INVASIF : - Monitor tekanan darah invasive - Monitor Tekanan vena sentral | - - | | NON INVASIF : - Tekanan darah - EKG dan laju jantung - Saturasi oksigen KAPNOGRAF | 8 4 | 3 | Alat pengukur suhu pasien | 8 | 4 | Alat penghisap (suction) sentral | 8 | 5 | Ventilator mekanik | 8 | 6 | Oksigen sentral | 8 | 7 | Lampu untuk melakukan tindakan | 2 | 8 | Defibrilator | 2 | 9 | Peralatan drain toraks | 2 | 10 | Emergency trolley yang berisi: Airway, laringoskop, ambu bag, O ₂ , adrenalin, dll | 1 | 11 | Trolley ganti balut | 2 | 12 | Infus Pump | 13 |
| A. ICU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Jenis | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Bed Pasien Elektrik | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Peralatan monitor : | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INVASIF : - Monitor tekanan darah invasive - Monitor Tekanan vena sentral | - - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | NON INVASIF : - Tekanan darah - EKG dan laju jantung - Saturasi oksigen KAPNOGRAF | 8 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Alat pengukur suhu pasien | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Alat penghisap (suction) sentral | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Ventilator mekanik | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Oksigen sentral | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Lampu untuk melakukan tindakan | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Defibrilator | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Peralatan drain toraks | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Emergency trolley yang berisi: Airway, laringoskop, ambu bag, O ₂ , adrenalin, dll | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Trolley ganti balut | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | Infus Pump | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|----------------|-----------|---|---------------|
| | 13 | Syringe Pump | 12 |
| | 14 | EKG | 2 |
| | 15 | CRRT | 2 |
| B. ICCU | | | |
| | No | Jenis | Jumlah |
| | 1 | Bed Pasien Elektrik | 6 |
| | 2 | Peralatan monitor: | 6 |
| | | INVASIF: | |
| | | - Monitor tekanan darah invasif | - |
| | | - Monitor Tekanan vena sentral | - |
| | | NON INVASIF: | |
| | | - Tekanan darah | 6 |
| | | - Cardiac monitor | 6 |
| | | - Saturasi oksigen | 6 |
| | | Kapnograph | 1 |
| | 3 | Alat pengukur suhu pasien | 6 |
| | 4 | Alat penghisap (suction) sentral | 6 |
| | 5 | Ventilator mekanik | 1 |
| | 6 | Oksigen sentral | 6 |
| | 7 | Lampu untuk melakukan tindakan | 1 |
| | 8 | Defibrilator | 1 |
| | 9 | Peralatan drain toraks | - |
| | 10 | Emergency trolley yang berisi: Airway, laringoskop, ambu bag, O ₂ , adrenalin, dll | 1 |
| | 11 | Trolley ganti balut | 1 |
| | 12 | Infus Pump | 8 |
| | 13 | Syringe Pump | 10 |
| | 14 | EKG | 1 |
| C. NICU | | | |
| | No | Jenis | Jumlah |
| | 1 | Incubator | 10 |
| | 2 | Incubator Transport | 1 |
| | 3 | Infant Warmer | 4 |
| | 4 | Ventilator | 2 |
| | 5 | Foto Therapi | 4 |
| | 6 | CPAP | 6 |
| | 7 | Vein Viewer | 1 |

| | 8 | Nebulizer | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|--------------|-------------|--|------------|------------|---|--|--|--|---|---------------------------|-------------|------|---|---------------------|----------------|---------------------------------|---|-----------|---|------------|---|-------------------------------------|--------------------|---------------------------------|---|-------------|---------------------|---|----------------|---|---|--------------|---------------------|--|----------------|--|
| | 9 | Patient Monitor | 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10 | Suction Pump Portable | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 | Syringe Pump | 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 | Infusion Pump | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 | Dressing Cart | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 | Trolley Emergency | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Jenis Tenaga</th> <th colspan="2">Kualifikasi</th> </tr> <tr> <th>Pendidikan</th> <th>Sertifikat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Kepala Instalasi Rawat Intensif dan Anestesi</td> <td>Dokter spesialis anestesi KIC/ Konsultan Intensive Care</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Manajemen Pelayanan ICU di Rumah Sakit Pelatihan Teknis Anestesiologi & Reanimasi </td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Sekretaris Rawat Intensif</td> <td>Dokter umum</td> <td>ACLS</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Sekretaris Anestesi</td> <td>S1 Keperawatan</td> <td>Manajemen Bangsal & Keperawatan</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Tim Medis</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Dokter spesialis dari semua SMF sebagai konsulan Dokter Umum sebagai dokter jaga ruangan </td> <td>ACLS/ ATLS</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Kepala Ruangan ICU/ ICCU/ NICU/ HCU</td> <td>S1 keperawatan/ D4</td> <td>Manajemen Bangsal & Keperawatan</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">6</td> <td rowspan="2">Perawat ICU</td> <td>S1 Keperawatan / D4</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD </td> </tr> <tr> <td>D3 Keperawatan</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD </td> </tr> <tr> <td rowspan="2">7</td> <td rowspan="2">Perawat NICU</td> <td>S1 Keperawatan / D4</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU BLS / PPGD </td> </tr> <tr> <td>D3 Keperawatan</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU PPGD Neonatus life support/STABLE </td> </tr> </tbody> </table> | | | No | Jenis Tenaga | Kualifikasi | | Pendidikan | Sertifikat | 1 | Kepala Instalasi Rawat Intensif dan Anestesi | Dokter spesialis anestesi KIC/ Konsultan Intensive Care | <ul style="list-style-type: none"> Manajemen Pelayanan ICU di Rumah Sakit Pelatihan Teknis Anestesiologi & Reanimasi | 2 | Sekretaris Rawat Intensif | Dokter umum | ACLS | 3 | Sekretaris Anestesi | S1 Keperawatan | Manajemen Bangsal & Keperawatan | 4 | Tim Medis | <ul style="list-style-type: none"> Dokter spesialis dari semua SMF sebagai konsulan Dokter Umum sebagai dokter jaga ruangan | ACLS/ ATLS | 5 | Kepala Ruangan ICU/ ICCU/ NICU/ HCU | S1 keperawatan/ D4 | Manajemen Bangsal & Keperawatan | 6 | Perawat ICU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD | 7 | Perawat NICU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU BLS / PPGD | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU PPGD Neonatus life support/STABLE |
| | No | Jenis Tenaga | Kualifikasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | Pendidikan | Sertifikat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | Kepala Instalasi Rawat Intensif dan Anestesi | Dokter spesialis anestesi KIC/ Konsultan Intensive Care | <ul style="list-style-type: none"> Manajemen Pelayanan ICU di Rumah Sakit Pelatihan Teknis Anestesiologi & Reanimasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 | Sekretaris Rawat Intensif | Dokter umum | ACLS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 | Sekretaris Anestesi | S1 Keperawatan | Manajemen Bangsal & Keperawatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 | Tim Medis | <ul style="list-style-type: none"> Dokter spesialis dari semua SMF sebagai konsulan Dokter Umum sebagai dokter jaga ruangan | ACLS/ ATLS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 | Kepala Ruangan ICU/ ICCU/ NICU/ HCU | S1 keperawatan/ D4 | Manajemen Bangsal & Keperawatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6 | Perawat ICU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> Basic ICU BLS/PPGD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Perawat NICU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU BLS / PPGD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> Basic NICU PPGD Neonatus life support/STABLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|--|
| | | | D3/D4 Kebidanan | <ul style="list-style-type: none"> • Basic NICU • PPGD • Neonatus life support/STABLE |
| | 8 | Perawat ICCU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> • Basic ICU/ICCU • BLS/PPGD |
| | | | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> • Basic ICU/ICCU • BLS/ PPGD |
| | 9 | Perawat HCU | S1 Keperawatan / D4 | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan HCU • BLS/ PPGD |
| | | | D3 Keperawatan | <ul style="list-style-type: none"> • Pelatihan HCU • BLS/ PPGD |
| | 10 | Pelaksana Administrasi, Keuangan, SDM | S1 | Komputer Dasar |
| | 11 | Tenaga Pekarya | - | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No | Shift | Keterangan | |
| | 1 | Pagi | <ul style="list-style-type: none"> - 1 orang Kepala Ruangan - 1 orang Katim - Jumlah perawat pelaksana disesuaikan jumlah pasien/ TT - 1 /2 orang PRS <p>Minimal 1 orang bersertifikat Basic ICU</p> | |
| | 2 | Sore | <ul style="list-style-type: none"> - 1 orang Katim - Jumlah perawat pelaksana disesuaikan dengan jumlah pasien / TT - 1 orang PRS <p>Minimal 1 orang bersertifikat Basic ICU</p> | |
| | 3 | Malam | <ul style="list-style-type: none"> - 1 orang Katim - Perawat pelaksana disesuaikan dengan jumlah pasien/ TT <p>Minimal 1 orang bersertifikat Basic ICU</p> | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan | | | |

| | |
|---|--|
| | kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Rawat Intensif Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur;</p> <p>5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;</p> <p>6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh.</p> |
|--|---|

H. INSTALASI BEDAH SENTRAL

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <p>1. Persyaratan Administrasi:</p> <p>a. Pasien telah menandatangani informed consent;</p> <p>b. Dokumen medis lengkap.</p> <p>2. Persyaratan Tehnis Penjadwalan:</p> <p>a. Penderita darurat didahulukan daripada penderitaelektif terencana;</p> <p>b. Penderita bayi dan anak didahulukan dari pada penderita dewasa;</p> <p>c. Penderita elektif dilihat dari tipe operasi, dengan urutan:</p> <p>1) Operasi Bersih;</p> <p>2) Operasi Terkontaminasi;</p> <p>3) Operasi kotor.</p> |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>1. Pelayanan Operasi Terencana</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang ke loket pendaftaran Bedah Sentral untuk daftar operasi dengan membawa persyaratan yang diperlukan; b. 24 jam sebelum dilakukan operasi pasien masuk ruang rawat inap (MRS), melalui rawat jalan. Bagi pasien yang tidak memerlukan pembiusan pasien tidak perlu MRS; c. Pada waktu yang telah ditentukan, penderita dikirim dari ruang rawat inap ke kamar operasi dengan segala kelengkapannya, atau bagi pasien yang tidak MRS langsung datang sendiri ke kamar operasi Bedah Sentral; d. Setelah selesai dilakukan tindakan pembedahan, bagi pasien yang dilakukan pembiusan menunggu di ruang pulih sadar selama \pm 2 jam. Kemudian pasien dikirim kembali ke ruang rawat inap asal atau ruang rawat intensif sesuai kondisi pasien; e. Bagi pasien yang tidak MRS dapat langsung pulang dengan menyelesaikan administrasi pembayaran terlebih dahulu. <p>2. Pelayanan Operasi Darurat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas IGD atau petugas rawat inap menghubungi petugas Bedah Sentral bahwa ada pasien yang harus di operasi darurat (<i>Cito Emergency</i>); b. Pasien dikirim ke kamar operasi dengan segala kelengkapannya; c. Setelah dilakukan tindakan operasi darurat (<i>cito emergency</i>), penderita kebalik dikirim ke ruang rawat inap atau ruang Rawat Intensif. |
|--|--|

| | |
|--|--|
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>1. Waktu Tunggu Pelayanan Operasi: a. Operasi Terencana: < 24 jam; b. Operasi Darurat: < 2 jam. 2. Waktu tunggu penyelesaian operasi: Sesuai jenis tindakan operasi.</p> |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <p>1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>1. Pelayanan pembedahan terencana; 2. Pelayanan pembedahan darurat (<i>emergency</i>); 3. Pelayanan pembedahan sehari (<i>one day surgery</i>).</p> |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran |

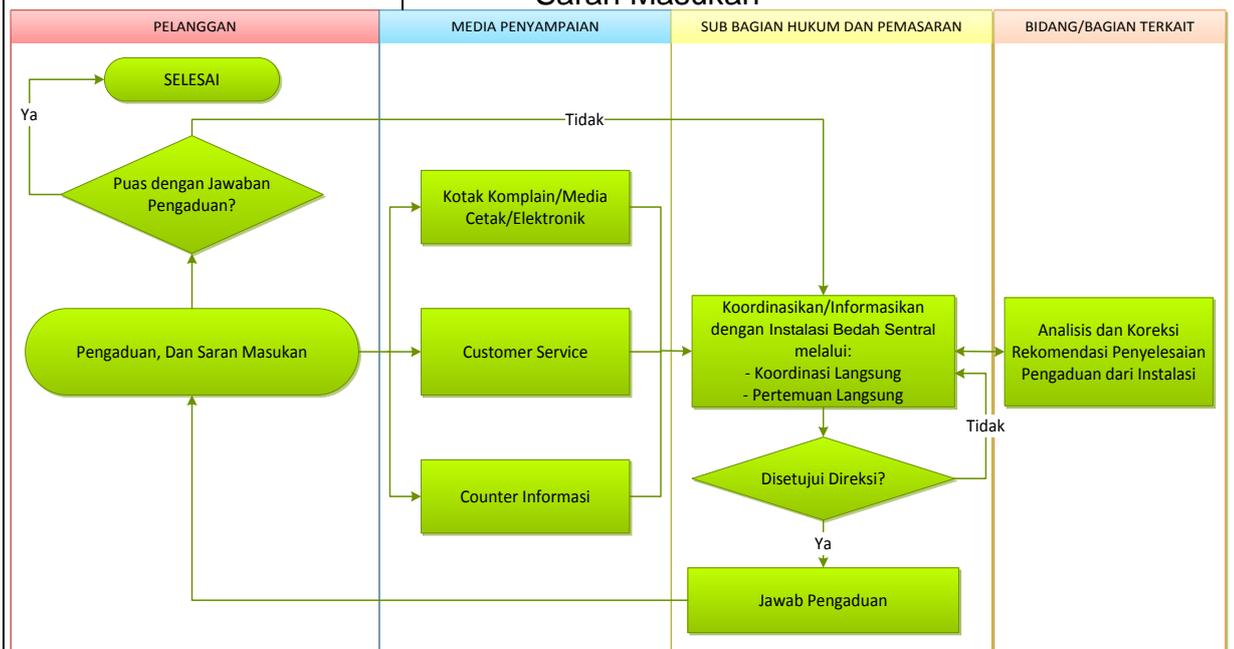
| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ul style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>dalam log status komplain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Bedah Sentral terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Bedah Sentral memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Bedah Sentral; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Bedah Sentral kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Bedah Sentral kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk |
|--|--|

memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/719/304/2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan

- | | | |
|----------------------|-----------------------|---------------------------|
| 1) Meja operasi | 9) Monitor Anestesi | 17) Box resusitator |
| 2) Mesin anestesi | 10) C- Arm | 18) Meja traksi |
| 3) Lampu operasi | 11) Mikroskop Mata | 19) Endolaparos copy unit |
| 4) Meja instrumen | 12) Mikroskop THT | 20) Bor elektrik saraf |
| 5) Instrumen lengkap | 13) Cess Bipolar Mata | 21) Bor Orthopaedic |
| 6) Suction sentral | 14) Box Foto | 22) Brancart |
| 7) Suction Elektrik | 15) Sterilisator | 23) Strecher |
| 8) Electrosurgical | 16) DC Shock | 24) Antroscopi set |

| | |
|---|--|
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | <p>Dokter yang bertugas di Instalasi Bedah Sentral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis, lulus program pendidikan dokter spesialis dan bekerja sebagai dokter spesialis tetap sesuai disiplin ilmu; 2. Dokter spesialis tamu yang telah mendapatkan ijin dari Direksi RSUD Haji Provinsi Jawa Timur. |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Bedah Umum : 3 2. Dokter Spesialis Bedah Orthopedi : 4 3. Dokter Spesialis Bedah Urologi : 2 4. Dokter Spesialis Bedah Saraf : 2 5. Dokter Spesialis Bedah Plastik : 2 6. Dokter Spesialis Obsgyn : 7 7. Dokter Spesialis Mata : 4 8. Dokter Spesialis THT : 3 9. Dokter Spesialis Bedah Mulut : 1 10. Dokter Spesialis Anestesi : 4 11. Perawat Bedah : 26 12. Perawat Anestesi : 19 13. Pramubakti Bedah : 7 14. Pramubakti Anestesi : 2 15. Tenaga Administrasi Bedah : 2 16. Tenaga Administrasi Anestesi : 1 |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Bedah Sentral Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan</i> |

| | |
|---|---|
| | <i>yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; |

| | |
|--|---|
| | <p>15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan;</p> <p>16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

I. INSTALASI HEMODIALISIS

| <i>Variabel</i> | <i>Kriteria</i> |
|--|---|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <p>A. Persyaratan Administrasi</p> <p>3. Pasien telah menandatangani <i>informed consent</i>;</p> <p>4. Dokumen medis lengkap.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>B. Persyaratan Tehnis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penjadwalan : <ol style="list-style-type: none"> a. Penderita darurat didahulukan daripada penderita elektif terencana; b. Penderita telah terjadwal (terencana). 2. Persyaratan Tehnis Persyaratan teknis tindakan Hemodialisis sesuai dengan acuan PERNEFRI |
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>A. Tata Laksana Administrasi Pasien Pendaftaran pasien yang datang ke HD dilakukan oleh pasien / keluarga di bagian administrasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien HD Emergency dan Reguler yang sudah terjadwal <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang sesuai jadwal HD; b. Pasien/keluarga mendaftar di rekam medik pendaftaran IGD dengan tujuan ruang Hemodialisis; c. Pasien/keluarga mendapatkan gelang identifikasi pasien (bila ada) dan lembar SEP BPJS bagi pasien BPJS; d. Pasien ke ruang Hemodialisis untuk dilakukan pelayanan Hemodialisis. 2. Pasien yang belum mendapatkan tempat (mesin) dan masih masuk dalam daftar tunggu (<i>waiting list</i>): <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien daftar dengan memberikan data nama lengkap, umur, alamat, nomor telepon; b. Diberikan informasi bahwa bila sudah ada tempat (mesin) akan dihubungi melalui telepon sesuai dengan nomor urut daftar tunggu. <p>B. Tata Laksana Pengisian <i>Informed Consent</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat yang sedang bertugas menjelaskan tujuan dari pengisian <i>informed consent</i> pada pasien / keluarga pasien; 2. Pasien menyetujui, <i>informed consent</i> diisi dengan lengkap disaksikan oleh perawat; 3. Setelah diisi dimasukkan dalam status medik pasien. <p>C. Tata Laksana Pelayanan Tindakan Hemodialisis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang akan HD melaksanakan tindakan hemodialisis mengikuti alur pelayanan hemodialisis dengan melakukan screening |

| | |
|--|---|
| | <p>HbsAg, Anti HIV dan Anti HCV sebelumnya;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pasien dengan indikasi dialisis dan sudah terjadwal datang ke Instalasi Hemodialisis sesuai jadwal HD; 3. Persiapan alat, persiapan mesin (setting dan preming) untuk tindakan hemodialisis; 4. Persiapan Pasien Sebelum Hemodialisis; 5. Pasien ditimbang berat badan dan diukur tekanan darahnya; 6. Perawat HD menyambungkan <i>pungsi vascular</i> akses HD pasien dan Pemberian anti koagulan pada HD; 7. Memulai hemodialisis dan penatalaksanaannya, memprogram dan memonitor mesin HD serta observasi pasien selama HD; 8. Selama tindakan HD berlangsung apabila terdengar bunyi alarm mesin HD maka tindakan yang diambil mengikuti SPO tindakan yang diambil jika alarm berbunyi saat HD berlangsung; 9. Apabila terdapat kondisi khusus dalam pelayanan maka mengikuti SPO terkait; 10. Bila Hemodialisis selesai, lepas sambungan akses HD pasien dengan mesin HD. <p>D. Tata Laksana Reuse Hollow Fiber</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah pasien selesai HD, <i>Hollow Fiber</i> dibawa ke tempat reuse dengan blood line merah tetap terpasang (dipotong ± 30 cm); 2. Bersihkan HF (kompartemen darah dan air) dengan air <i>Water Treatment RO</i> setelah itu dikeringkan; 3. Setelah kering masukkan H₂O₂ 3% pada kedua kompartemen dengan menggunakan spuit 50 cc, diamkan 15 menit; 4. Bilas HF dengan air <i>water treatment RO</i> sampai bersih pada kedua kompartemen; 5. Ukur volume HF (80% volume HF), bila < 80% total volume, maka HF tidak bisa dipakai; 6. Jika telah yakin HF bersih (tanpa ada bekuan darah) kompartemen darah dibebaskan dari udara setelah itu beri renalin 3% selama 7 jam; 7. Tutup HF dengan rapat dan simpan di tempat yang telah disediakan. |
|--|---|

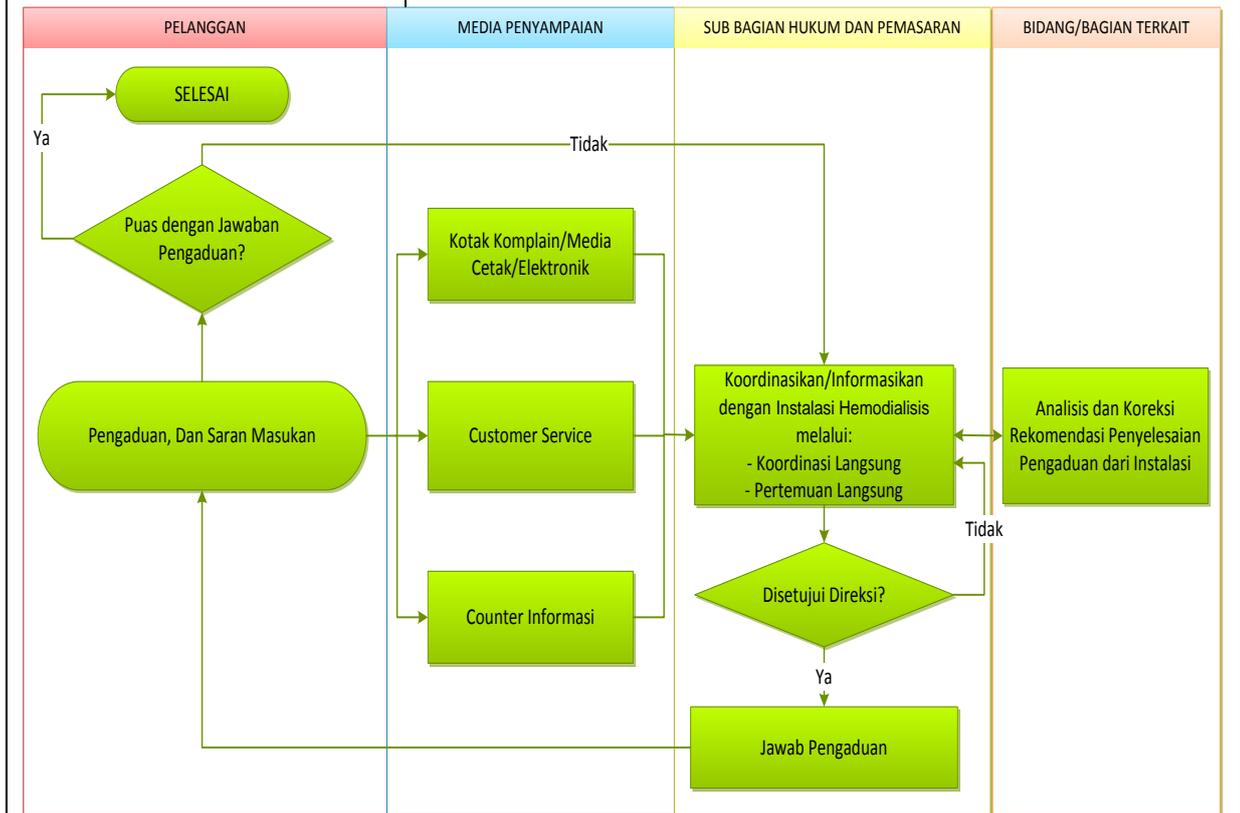
| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>E. Tata Laksana Pembuangan <i>Hollow Fiber</i> dan <i>Blood Line Hemodialisis</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Persiapkan alat dan APD; 2. Petugas HD mencuci tangan dan memakai APD; 3. Membawa timba tertutup ke mesin yang selesai proses HD; 4. Mematikan putaran aliran mesin HD, menutup klem ABL dan VBL; 5. Melepas HF dan blood line dari mesin HD, memasukkan ke dalam timba tertutup, kemudian bawa ke re-use dialyzer; 6. Melepas sambungan blood line dari HF, kemudian masukkan keduanya ke tempat sampah medis; 7. Melepas APD dan cuci tangan; 8. Petugas mencatat jumlah HF yang dibuang ke tempat sampah medis di buku ekspedisi pengiriman sampah medis; 9. Petugas mengirim sampah medis ke tempat pengelolaan limbah (incenerator) dengan membawa buku ekspedisi untuk serah terima dengan petugas incenerator. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu tunggu pelayanan Hemodialisis: <ol style="list-style-type: none"> a. Hemodialisis terencana : < 24 jam (tergantung hasil laborat HbsAg, anti HCV, anti HIV); b. Hemodialisis Darurat (Emergency) : < 6 jam (tergantung hasil laborat HbsAg). 2. Waktu tunggu penyelesaian tindakan Hemodialisis : Sesuai jenis tindakan Hemodialisis |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemodialisis Reguler; 2. Hemodialisis Emergency (Cyto). |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Komite Mutu & Panitia Audit).</p> <p>a. Pengawasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll <p>b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Hemodialisis terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Hemodialisis memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Hemodialisis; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Hemodialisis kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Hemodialisis kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|--|

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang-undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. Undang-undang No.8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
3. Undang-undang No.29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
4. Undang-undang No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
5. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.436/Menkes/SK/VI/1993 tentang berlakunya Standar Pelayanan di Rumah Sakit;
6. Surat Keputusan Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan RI Nomor HK.03.05/III/1125/07 tentang Pedoman Pelayanan

| | | | | |
|--|---|-----------------------------------|----------------------|----------------------|
| | <p>Hemodialisis di Sarana Pelayanan Kesehatan;</p> <p>7. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;</p> <p>8. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/441/KPTS/013/2008 tanggal 30 Desember 2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah;</p> <p>9. Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor 445/16/304/2012 tentang Pembentukan/Perubahan dan Penghapusan Instalasi RSU Haji Surabaya;</p> | | | |
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <p>No.</p> | <p>Nama Barang</p> | <p>Satuan</p> | <p>Jumlah</p> |
| | 1. | AJ Set | Set | 1 |
| | 2. | Ambu Bag | Buah | 1 |
| | 3. | Bed Pasien | Buah | 15 |
| | 4. | <i>Bed Side Monitor</i> | Buah | 1 |
| | 5. | <i>Dressing Car</i> | Buah | 4 |
| | 6. | ECG Rekam | Buah | 1 |
| | 7. | <i>Flowmeter</i> Oksigen | Buah | 15 |
| | 8. | <i>Infusion Pump</i> | Buah | 4 |
| | 9. | Kursi Roda | Buah | 3 |
| | 10. | <i>Laryngoscope</i> | Buah | 1 |
| | 11. | <i>Stetoscope</i> | Buah | 3 |
| | 12. | <i>Suction Pump Manual</i> | Buah | 1 |
| | 13. | <i>Tabung O₂ Kecil</i> | Buah | 2 |
| | 14. | <i>Trolley Emergency</i> | Buah | 2 |
| | 15. | Vena Seksi Set | Buah | 2 |
| | 16. | Tensimeter Manual | Buah | 2 |
| | 17. | Bak Instrumen Kecil | Buah | 5 |
| | 18. | Bak Instrumen Besar | Buah | 4 |
| | 19. | Instubasi set | Buah | 1 |
| | 20. | Urinal | Buah | 1 |
| | 21. | Stek pam | Buah | 1 |
| | 22. | Kereta <i>O₂</i> kecil | Buah | 2 |
| | 23. | Gelas ukur plastik 2L | Buah | 50 |
| | 24. | Gelas ukur plastik 1L | Buah | 5 |

| | | | | |
|---|---|----------------------------|--|---|
| | 25. | Kereta linen bersih | Buah | 1 |
| | 26. | Kereta linen kotor | Buah | 1 |
| | 27. | Kaca mata goggles | Buah | 2 |
| | 28. | Timbangan Badan | Buah | 1 |
| | 29. | Timba plastik | Buah | 30 |
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No. | Nama Jabatan | Kualifikasi Formal | Kompetensi |
| | 1. | Ka. Instalasi Hemodialisis | Dokter Spesialis Penyakit Dalam | Bersertifikat Penanggung Jawab Hemodialisis |
| | 2. | Ka. Ruangan Hemodialisis | D IV / S1 / S2 Keperawatan | Bersertifikat Mahir HD |
| | 3. | Perawat Pelaksana HD | D III Keperawatan | Bersertifikat Mahir HD |
| | 4. | Administrasi | SMA / D III Administrasi / S1 Administrasi Manajemen | Mampu mengoperasikan Komputer & Ms. Office |
| | 5. | PRS | SMA | - |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | 1. Dokter spesialis : 1 2. Tenaga Perawat : 15 3. Tenaga Paramubakti : 3 4. Tenaga Administrasi : 1 | | | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Hemodialisis Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya "Kami berkomitmen | | | |

| | |
|--|---|
| | <p><i>memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; |

| | |
|--|---|
| | <p>14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV;</p> <p>15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan;</p> <p>16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

J. INSTALASI GIZI

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <p>A. Konsultasi Gizi Pasien Rawat Jalan</p> <p>1. Berdasarkan Rujukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien rujukan dari klinik lain; Pasien rujukan dari klinik praktek luar (diluar RSUD Haji Provinsi Jawa Timur); Pasien datang atas permintaan sendiri. <p>2. Berdasarkan Jenis Pembayaran : Pasien Umum dan asuransi : Telah mendaftar di pendaftaran Rekam Medis.</p> <p>B. Asuhan Gizi Pasien Rawat Inap</p> <p>1. Berdasarkan Klas Perawatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien Klas / Umum; Pasien Graha Nur Afiya (Pavilyun) <p>2. Berdasarkan Jenis Pembayaran : Pasien Umum dan asuransi : Telah terdaftar di pendaftaran Rekam Medis.</p> |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan</p> <p>A. Asuhan Gizi di Ruang Rawat Inap</p> <p>Tata laksana asuhan gizi di ruang rawat inap adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persiapan Sebelum ke ruang rawat inap, ahli gizi mempersiapkan kebutuhan kegiatan rawat inap seperti : <ol style="list-style-type: none"> Mencetak/print lembar monev ahli gizi; Mengecek ketepatan diet pasien. Bila ada yang tidak tepat segera melakukan perbaikan data pada sistem online; Menyiapkan leaflet yang diperlukan; Menyiapkan lembar asuhan gizi; Menyiapkan alat tulis dan peralatan lain yang diperlukan saat asuhan gizi di ruang rawat inap; Menyiapkan Alat Pelindung Diri (APD) diantaranya ; masker dobel, baju APD dan Face shield, dan APD level 4 bila masuk ruang isolasi / covid; |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> g. Menuju ruang perawatan pasien; h. Mengecek status nutritional pasien pada lembar keperawatan, memastikan apakah pasien masuk dalam resiko malnutrisi atau tidak atau kondisi khusus; i. Mengisi data identitas pasien; j. Mengisi diagnosa medis; k. Mengisi skrining lanjutan; l. Mengisi data riwayat pasien (Client History). <p>2. Melakukan Asesmen / Pengkajian gizi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengumpulan data Dietary meliputi riwayat alergi, pola makan dan recall. Untuk Pasien Isolasi/Covid : Pada pasien covid dilakukan dengan cara virtual melalui chatting WA atau video call dan tanya ke keluarga, atau bila APD mencukupi dilakukan wawancara langsung ke pasien dengan menggunakan APD level 3; b. Pengumpulan data Antromometri yaitu BB, TB atau Lila dengan cara salah satu dibawah ini: <ul style="list-style-type: none"> 1) Diambil dari data sekunder yang sudah tercatat di rekam medik/status pasien; 2) Bila belum ada data BB atau TB dilakukan penimbangan dan pengukuran oleh ahli Gizi; 3) Bila tidak memungkinkan dilakukan penimbangan dan pengukuran TB maka bertanya kepada pasien atau keluarga, berapa berat badan terakhir, kapan dilakukan, dan apakah sekarang mengalami penurunan, kenaikan. atau tetap; 4) Bila pasien/keluarga tidak bisa memberikan data, maka dilakukan pengukuran LILA. Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non isolasi / covid c. Pengumpulan Data Biokimia diambil dari hasil pemeriksaan laboratorium, foto thorax, Hasil USG, dan lain-lain pada rekam |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>medik/status pasien atau data yang ada pada sistem informasi.</p> <p>Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non isolasi / covid</p> <p>d. Pengumpulan data Klinik/fisik meliputi suhu, tensi, nadi, kesadaran, keadaan umum, odem, dll di dapat dari data sekunder hasil pengukuran perawat yang tercatat di rekam medik/status pasien.</p> <p>Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non isolasi / covid</p> <p>3. Membuat Diagnosis Gizi</p> <p>Berdasarkan data pengkajian dicari pola dan hubungan antar data yang terkumpul dan memilah masalah gizi dan penyebab masalah. Penulisan diagnosis gizi dengan konsep PES (Problem, Etiologi dan sign/symptom)</p> <p>Beberapa diagnosa yang sering digunakan pada pasien diantaranya :</p> <ol style="list-style-type: none"> Peningkatan kebutuhan energi ekpenditur terkait infeksi / hipermetabolis/covid19 ditandai dengan suhu tubuh tinggi.(NI.1.1) Kekurangan intake makanan dan minuman oral terkait dengan mual, muntah, gangguan penyerapan zat gizi, ditandai dengan hasil recall kurang dari kebutuhan, penurunan berat badan dll. (NI.2.1) Peningkatan kebutuhan cairan terkait dengan hypertermi, diare, muntah, ditandai dengan kulit keriput, lemas, dll. (NI.5.1) Peningkatan kebutuhan protein, purin terkait infeksi/hipermetabolis/covid19 ditandai dengan albumin rendah, leukositosis, dll. (NI.5.1) Peningkatan kebutuhan Kalium terkait reaksi obat deuretik, PJK, ditandai dengan kadar Kalium dibawah normal.(NI.5.1) Peningkatan kebutuhan Fe terkait perdarahan,infeksi, penyakit kronik, ditandai dengan kadar HB rendah.(NI.5.1) Penurunan kebutuhan KH terkait sesak/ riwayat DM ditandai dengan saturasi |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>dibawah 95% / gula darah tinggi.(NI.5.4).</p> <ul style="list-style-type: none"> h. Penurunan kebutuhan protein terkait CKD ditandai dengan hasil Bun / Sc diatas normal. (NI.5.3) i. Penurunan Kebutuhan Lemak / colessterol terkait penyakit PJK, CVA, Lever, berat badan lebih,....(NI.5.3) j. Penurunan kebutuhan serat terkait diare, gastritis (NI.5.3) k. Kekurangan intake Fe terkait pengetahuan tentang makanan sumber Fe kurang, faktor ekonomi, ditandai dengan kadar Hb rendah (NI.5.10.1) l. Kelebihan intake lemak/colessterol terkait pengetahuan tentang makanan sehat kurang, ketidaksiapan merubah pola makan, ditandai dengan asupan lemak berlebih. (NI.5.5.2) m. Asupan jenis KH tidak sesuai terkait DM, pengetahuan sumber KH sederhana, ketidak siapan merubah pola makan, ditandai dengan asupan KH berlebih, kadar GD tinggi/ rendah (NI.5.8.3) n. Perubahan nilai laboratorium GD, BUN, SC, CKMB, Leukosit, Kalium, albumin, terkait gangguan fungsi endokrin/ CKD / PJK / infeksi / o. Berat badan kurang terkait pola makan / penyakit infeksi / pengetahuan kurang / faktor ekonomi / peningkatan kebutuhan energi ditandai dengan IMT kurang. (NI.3.1) p. Berat badan lebih terkait dengan pola makan salah, ketidaksiapan merubah pola makan, ditandai dengan IMT lebih. (NC.3.3) q. Kekeliruan pola makan terkait pengetahuan kurang tentang makanan sehat, ditandai dengan intake makan berlebih, over weght, (NB.1.5) <p>Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non covid / isolasi</p> <p>4. Membuat Intervensi Gizi Intervensi terdiri dari perencanaan dan</p> |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>implementasi. Pada perencanaan dilakukan penetapan tujuan dan menghitung kebutuhan zat gizi, jenis diet, modifikasi diet, jadwal pemberian dan akses/jalur makanan. Implementasi yaitu melaksanakan rencana asuhan.</p> <p>a. Tujuan Diet : Meningkatkan atau mengurangi asupan zat gizi baik mikro maupun makro dalam waktu tertentu dengan target minimal 80% dari kebutuhan sesuai diagnosa gizi.</p> <p>b. Prinsip Diet : Ditentukan sesuai dengan diagnosa gizi seperti: Tinggi energi, tinggi protein, rendah lemak, rendah protein, rendah garam, tinggi kalium, tinggi Fe, dll.</p> <p>c. Kebutuhan zat gizi Kebutuhan zat Gizi makro pada umumnya dihitung sebagaimana berikut : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan energi = 30-35 kkal/KgBB; 2. Kebutuhan protein = 1,2–2 g/kg BB/hari atau 15-25% kebutuhan energi total; 3. Kebutuhan lemak 25-30% kebutuhan energi total; 4. Kebutuhan karbohidrat 50–60 % kebutuhan energi total. </p> <p>d. Konsistensi Diet Ahli gizi menentukan konsistensi diet pasien sesuai kondisi dan kemampuan pasien. Jenis konsistensi diet bisa meliputi : Nasi, Tim, Bubur kasar (BK), Bubur Halus (BH), cair atau sonde. Atau tidak bisa menentukan konsistensi diet dikarenakan pasien puasa. Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> <p>e. Jalur Makanan Ahli gizi juga menentukan jalur makanan pasien sesuai kondisi dan kemampuan pasien. Jenis jalur makanan diantaranya adalah : Oral (melalui mulut), NGT (selang makanan), dan Parenteral (Infus) atau campuran. Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>f. Jadwal Pemberian Diet</p> <p>Ahli gizi juga menentukan jadwal pemberian makanan pasien sesuai kebutuhan dan jadwal distribusi makanan pasien.</p> <p>Untuk makanan biasa 3 kali makan utama dan 2 kali snack</p> <p>Untuk pasien DM dan diet tertentu 3 kali makan utama dan 3 kali snack.</p> <p>Jadwal makanan menyesuaikan jam distribusi yaitu:</p> <p>Jam 07.00 WIB (makan pagi), jam 10.00 WIB (snack), jam 13.00 WIB (makan siang), jam 16.00 WIB (snack) jam 19.00 WIB (makan malam) dan jam 21.00 WIB (snack malam).</p> <p>Pada Pasien Isolasi / Covid :</p> <p>Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> <p>5. Melakukan Monitoring Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kegiatan ini dilakukan untuk untuk mengetahui respon pasien terhadap intervensi yang dilakukan dan keberhasilannya. b. Hal-hal yang perlu dimonitoring disesuaikan dengan diagnosa gizi dan intervensi, diantaranya: <ol style="list-style-type: none"> 1) Asupan makan pasien, bisa dimonitor melalui sisa makanan pasien dan atau recall kepada pasien. 2) Antropometri, dilakukan bila perlu dan memungkinkan, 3) Hasil pemeriksaan biokimia, dimonitor melalui hasil pemeriksaan laboratorium pada rekam medis pasien. 4) Dan hasil pemeriksaan kondisi klinis, bisa dilihat pada rekam medis pasien/data sekunder berupa tensi, nadi, suhu dll serta kondisi fisik berupa odem, pucat, dll. <p>Pada Pasien Isolasi / Covid :</p> <p>Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> <p>6. Implementasi</p> <p>Kegiatan implementasi berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pemberian Diet : merupakan penentuan diet pasien berdasarkan kegiatan ADIME di atas. |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Penentuan diet merupakan dasar untuk pemesanan makanan pasien melalui sistem informasi RS;</p> <p>b. Edukasi Gizi : merupakan bentuk konsultasi gizi yang diberikan pada pasien sesuai diagnosa gizi;</p> <p>c. Koordinasi : merupakan kegiatan kolaborasi dengan Para Pemberi Asuhan Lain (PPA).</p> <p>Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> <p>7. Pencatatan</p> <p>a. Melakukan pencatatan dan pelaporan kegiatan asuhan gizi dilakukan sesuai tingkat resiko pasien oleh ahli gizi ruang rawat inap sebagai bentuk pengawasan dan pengendalian mutu pelayanan dan bentuk komunikasi terhadap profesional pemberi asuhan lain nya pada lembar CPPT. Format pencatatan menggunakan ADIME</p> <p>b. Menginput data hasil asuhan gizi pada sistem informasi Healthy Plus.</p> <p>c. Hasil inputan data pada sistem informasi adalah sekaligus bentuk pemesanan makanan pasien, karena sistem sudah otomatis merekap jenis diet pasien dan jumlahnya.</p> <p>Pada Pasien Isolasi / Covid : Sama dengan pasien non covid / isolasi.</p> <p>B. Pengkajian Status Gizi Pasien Dewasa</p> <p>Tata laksana pengkajian status gizi pasien dewasa di ruang rawat inap adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli gizi menyiapkan alat pengukur berat badan dan tinggi badan; 2. Penimbangan bisa dilakukan di ruang konsultasi gizi, atau di samping tempat tidur pasien; 3. Pasien dipersilahkan menginjak alat pengukur timbang badan; 4. Pastikan bahwa pasien tidak membawa barang atau apapun yang bisa membuat BB menjadi lebih berat, seperti; handphone, selimut yang masih menempel, baju yang bertumpuk, dll; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Pastikan bahwa pasien bisa berdiri sendiri tanpa berpegangan tempat tidur atau keluarga pasien; 6. Catat berat badan pasien dan tinggi badannya pada buku diet pasien; 7. Pasien disilahkan kembali ke tempat tidur/duduk; 8. Hitung status gizi pasien berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT); 9. Tentukan status gizinya; 10. Untuk pasien yang tidak bisa dilakukan penimbangan BB dan pengukuran TB penentuan status gizi dilakukan dengan melihat data laborat atau dengan pengukuran LILA (Lingkar Lengan Atas). <p>Tata laksana pengkajian status gizi pasien anak adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Catat berat badan, tinggi badan dan umur anak berdasarkan data yang ada di catatan medik pasien dalam buku diet pasien; 2. Lihat tabel pada standard antropometri penilaian status gizi anak, Kemenkes RI tahun 2011, Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor : 1995 / MENKES / SK / XII /2010; 3. Anak usia 0-5 tahun menggunakan indikator BB/U; 4. Anak diatas usia 5 tahun menggunakan indikator IMT/U; 5. Tentukan status gizi anak berdasarkan tabel WHO-NCHS; 6. Input hasil status gizi pada data online. <p>D. Pemberian Edukasi Batasan Diet Kepada Pasien dan Keluarga</p> <p>Tata laksana pemberian edukasi batasan diet kepada pasien dan keluarga adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli gizi menyiapkan lembar asuhan gizi; 2. Menyapa pasien yang dituju dengan 'assalamu'alaikum wr.wb'; 3. Mengenalkan diri kepada pasien nama dan sebagai ahli gizi ruangan; 4. Melakukan identifikasi pasien dengan bertanya |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>nama dan tanggal lahir;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Melakukan assesmen dengan mengisi lembar asuhan gizi; 6. Dari data assesmen dan diagnosa medis, ahli gizi menjelaskan kepada pasien dan keluarga dengan menggunakan leaflet sesuai diagnosa medis dan diagnosa gizi; 7. Ahli gizi menjelaskan tentang tujuan diet, makanan yang dianjurkan, makanan yang boleh dan makanan yang dilarang kepada pasien dan keluarganya, serta menjelaskan kemungkinan masakan yang akan disajikan seperti : <ol style="list-style-type: none"> a) Rasa 'hambar' bila pasien dengan diet Rendah Garam (RG); b) Tidak ada menu gorengan bila pasien dengan diet Rendah Lemak (RL); c) Tidak ada rasa manis bila pasien dengan diet Diabetes Mellitus (DM); d) Tidak ada rasa kaldu dan lauk nabati bila pasien dengan diet Rendah Purin; e) Tidak ada buah bila pasien dengan diet Gagal Ginjal kronis (Haemodialisa); f) Dll. 8. Memberikan motivasi kepada pasien agar menghabiskan makanan yang disajikan rumah sakit; 9. Memberikan penjelasan kepada pasien bahwa pasien tidak boleh mengkonsumsi makanan dari luar selain yang disediakan oleh Instalasi Gizi rumah sakit; 10. Memberi saran kepada pasien dan keluarganya, apabila pasien mendapatkan makanan dari pengunjung, maka makanan tersebut harus dibawa pulang; 11. Memberikan penjelasan agar pasien atau keluarga tetap menempatkan alat makan pasien di meja pasien bila sudah selesai makan, atau meletakkannya pada box alat makan kotor yang sudah disediakan, tidak meletakkannya di selasar ruangan, atau tempat lainnya; 12. Mengevaluasi hasil edukasi dengan bertanya |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>kembali tentang bahan makanan yang boleh dan tidak diperbolehkan;</p> <p>13. Menutup edukasi dengan berkata terima kasih dan ucapan semoga lekas sembuh dan Salam “Assalamu’alaikum wr.wb”;</p> <p>14. Meminta pasien atau keluarga untuk memberikan tanda tangan pada lembar edukasi terpadu;</p> <p>E. Tata Laksana Konsultasi Gizi Pasien Rawat Jalan</p> <p>Tata laksana pelayanan konsultasi gizi rawat jalan, adalah sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran pasien ke poli konsultasi gizi <ol style="list-style-type: none"> a. Rujukan dari dokter poli lain di Rumah Sakit Umum haji Surabaya : membawa surat permintaan konseling gizi dari dokter poli; b. Rujukan dari dokter praktek swasta dan pasien atas kemauan sendiri, : mengikuti prosedur pendaftaran / penerimaan pasien di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. 2. Pasien mendaftar konsultasi gizi di kasir/administrasi untuk mendapatkan nomor antrian konsultasi gizi; 3. Pasien menunggu di ruang tunggu poli rawat jalan rumah sakit umum Haji Surabaya; 4. Pasien yang dipanggil, masuk ke klinik gizi oleh ahli gizi sesuai urutan nomor antrian; 5. Ahli gizi melakukan kegiatan pelayanan gizi rawat jalan dengan tahapan : <ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam; b. Perkenalan; c. Identifikasi pasien; d. Membaca surat pengantar; e. Melakukan pengkajian data; f. Melakukan penetapan Diagnosis Gizi; g. Menyusun Intervensi; h. Menyiapkan leaflet sesuai dengan intervensi; i. Melakukan Konseling Gizi; j. Menganjurkan kunjungan ulang bagi pasien yang memerlukan monitoring evaluasi terkait intervensi gizi yang diberikan; k. Meminta tanda tangan pasien pada blanko asuhan gizi; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>l. Menyelesaikan administrasi sesuai prosedur; m. Menutup pertemuan dengan mengucapkan terima kasih; n. Mengucapkan salam.</p> |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>1. Pelayanan Konsultasi Gizi Pasien Rawat Jalan a. Jam 08.00 – selesai b. Setiap hari kerja: Senin – Jumat c. Lama Pelayanan Konsultasi Gizi : 20 – 30 menit/pasien 2. Pelayanan Asuhan Gizi Pasien di Rawat Inap a. Jam 08.00 – selesai b. Setiap hari kerja: Senin – Sabtu c. Lama Pelayanan Asuhan Gizi : 10 – 15 menit/pasien</p> |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <p>1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>1. Pelayanan Konsultasi Gizi Pasien Rawat Jalan Tertanganinya pasien yang membutuhkan konsultasi gizi 2. Pelayanan Asuhan Gizi Pasien Rawat Inap Tertanganinya pasien yang membutuhkan asuhan gizi di ruang rawat inap</p> |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur |

Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no :
081230340088/085257540099.

II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan

1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang :
 - a. Petugas Customer Service
 - b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran
 - c. Bidang/bagian terkait
 - d. Direks
2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.

II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan

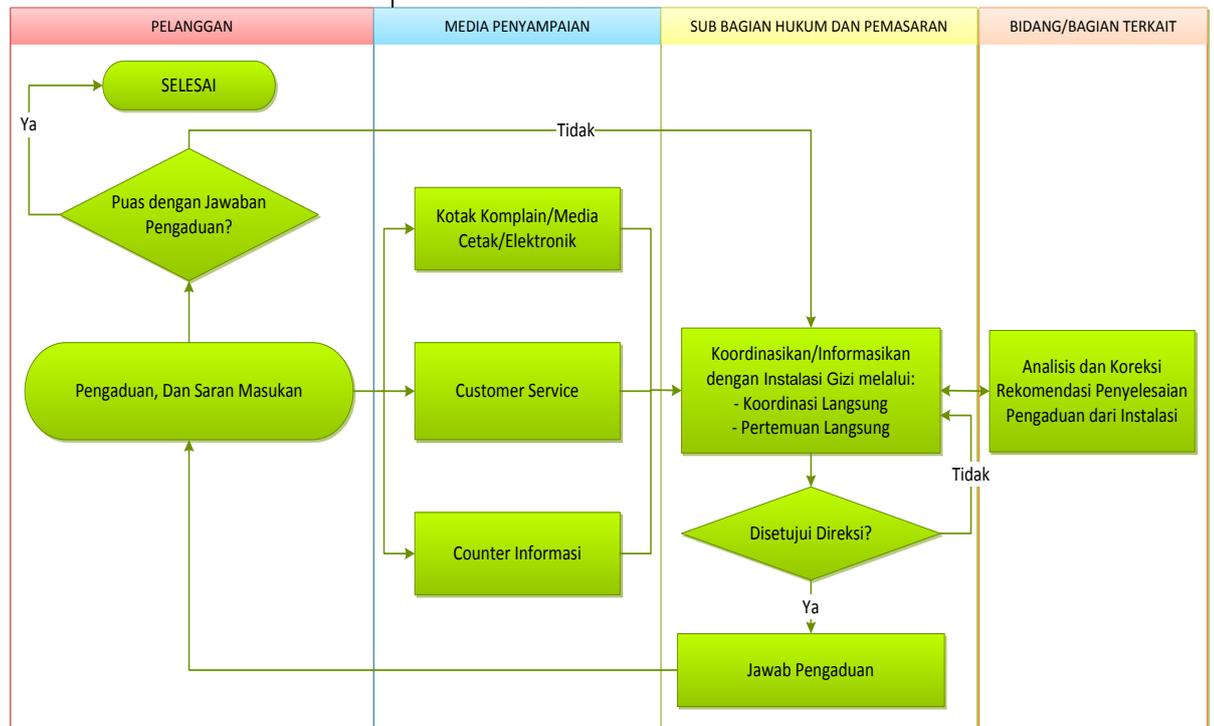
1. Audit
Pelaksanaan Audit oleh SPI
2. Monitoring & Evaluasi :
Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit).
 - a. Pengawasan :
 - 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager
 - 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP
 - 3) Publik → Masyarakat, LSM dll
 - b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)

II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan

| | |
|--|---|
| | <p style="text-align: center;">Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Gizi terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Gizi memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Gizi; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Gizi kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Gizi kepada pihak yang membuat pengaduan; |
|--|---|

9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;
10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 tentang

| | <p>Rumah Sakit;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Undang-undang Nomor 29 tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 4. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen; 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/Menkes/Per/VI/2011 tentang Higiene Sanitasi Jasaboga; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit; 9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 1204/Menkes/Sk/X/2004 Tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan; 10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 727/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (<i>Hospital by Laws</i>); 11. Surat Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya No. 445/558/SK/304/2010 tentang Penetapan Pelayanan Gizi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|-------------|--------|--------|----|------------|------|---|----|-------------|------|---|----|-------------|------|---|----|---------------|------|---|----|----------------------------|------|---|----|----|------|---|----|-------------|------|---|----|---------------|------|---|----|---------|------|---|-----|-------------|--------|--------|----|------------------|------|---|----|------------------|------|---|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <p>A. Ruang Administrasi Instalasi Gizi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengawas Produksi dan Distribusi <table border="1" data-bbox="810 1339 1519 1776"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Nama Barang</th> <th>Satuan</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Meja kerja</td> <td>Buah</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kursi kerja</td> <td>Buah</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Papan tulis</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Meja computer</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Komputer dan printer label</td> <td>Unit</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>AC</td> <td>Unit</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>Jam dinding</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>Kulkas sampel</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>Telepon</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> 2. Ruang Rapat <table border="1" data-bbox="810 1861 1519 1977"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Nama Barang</th> <th>Satuan</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Meja kerja besar</td> <td>Buah</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meja kerja kecil</td> <td>Buah</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah | 1. | Meja kerja | Buah | 2 | 2. | Kursi kerja | Buah | 4 | 3. | Papan tulis | Buah | 1 | 4. | Meja computer | Buah | 1 | 5. | Komputer dan printer label | Unit | 1 | 6. | AC | Unit | 1 | 7. | Jam dinding | Buah | 1 | 8. | Kulkas sampel | Buah | 1 | 9. | Telepon | Buah | 1 | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah | 1. | Meja kerja besar | Buah | 2 | 2. | Meja kerja kecil | Buah | 1 |
| No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Meja kerja | Buah | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Kursi kerja | Buah | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Papan tulis | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Meja computer | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Komputer dan printer label | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | AC | Unit | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | Jam dinding | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Kulkas sampel | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | Telepon | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Meja kerja besar | Buah | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Meja kerja kecil | Buah | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|--|-------------------------|---------------|---------------|
| | 3. | Kursi kayu panjang | Buah | 2 |
| | 4. | Almari dokumen | Unit | 4 |
| | 5. | Locker pegawai | Unit | 1 |
| | 6. | Papan informasi | Buah | 1 |
| | 7. | Pigura | Buah | 6 |
| | 8. | AC | Buah | 1 |
| | 9. | Slide besar | Buah | 1 |
| | 3. Ruang Administrasi Ahli Gizi Rawat Inap | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Meja kerja | Buah | 11 |
| | 2. | Meja computer | Buah | 1 |
| | 3. | Kursi kerja | Buah | 12 |
| | 4. | Komputer | Unit | 3 |
| | 5. | Printer | Unit | 1 |
| | 6. | Almari es | Unit | 1 |
| | 7. | Almari dokumen | Buah | 2 |
| | 8. | AC | Buah | 1 |
| | 4. Ruang Kepala Instalasi Gizi | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Meja kerja | Buah | 1 |
| | 2. | Meja computer | Buah | 1 |
| | 3. | Kursi kerja | Buah | 4 |
| | 4. | Komputer | Unit | 1 |
| | 5. | Printer | Unit | 1 |
| | 6. | Almari dokumen | Buah | 2 |
| | 7. | AC | Buah | 1 |
| | 8. | Kursi putar | Buah | 1 |
| | B. Ruang Penyelenggaraan Makanan | | | |
| | 1. Ruang Penerimaan Bahan Makanan | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Meja stainlesssteel | Buah | 1 |
| | 2. | Kereta bahan makanan | Buah | 1 |
| | 3. | Timbangan meja | Buah | 1 |
| | 4. | Telenan | Buah | 2 |
| | 5. | Pisau | Buah | 2 |
| | 6. | Locker pegawai | Buah | 1 |
| | 2. Ruang Pencucian dan Penyimpanan Alat | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Almari penyimpanan alat | Buah | 1 |

| | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------|---------------|---------------|
| | 2. | Wastafel 2 lubang | Buah | 1 |
| | 3. | Pemanas air | Buah | 1 |
| | 3. Ruang Pengolahan Makanan Pasien | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Rice Cooker 3 susun | Buah | 1 |
| | 2. | Rice cooker 7 kgr | Buah | 2 |
| | 3. | Kompor portable | Buah | 4 |
| | 4. | Kompor 4 tungku | Buah | 1 |
| | 5. | Kompor 6 tungku | Buah | 1 |
| | 6. | Kompor single besar | Buah | 2 |
| | 7. | Meja stainlessstell | Buah | 2 |
| | 8. | Alas kompor stainlessstell | Buah | 2 |
| | 9. | Trolley | Buah | 2 |
| | 10. | Wastafel stainlessstel | Buah | 1 |
| | 11. | Termometer ruangan | Buah | 1 |
| | 12. | Jam dinding | Buah | 1 |
| | 4. Ruang Penyimpanan Bahan Basah | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Almari es (Showcase) | Buah | 2 |
| | 2. | Ciller | Buah | 1 |
| | 5. Ruang Pemorsian makanan | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Meja stainless | Buah | 5 |
| | 2. | Timbangan kap 1 kg | Buah | 1 |
| | 3. | Alat pemotong wrapping | Buah | 4 |
| | 4. | Papan standar diet | Buah | 1 |
| | 6. Ruang Pendistribusian makanan | | | |
| | No. | Nama Barang | Satuan | Jumlah |
| | 1. | Almari Penyimpanan alat | Buah | 2 |
| | 2. | Kereta makan tertutup | Buah | 6 |
| | 3. | Papan code red | Buah | 1 |

| | | | | |
|--------------------------------------|--|--|---|--|
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No. | Nama Jabatan | Kualifikasi | |
| | | | Formal | Sertifikasi |
| | 1. | Kepala Instalasi | S2-Gizi / Kesehatan atau S1-Gizi/Kesehatan, atau D4 Gizi (Dikdas D3 Gizi) | - Manajemen PGRS - Kompetensi Ahli Gizi - Pelatihan Jabatan Fungsional Nutrisionis |
| | 2. | Sekretaris | S1/D4-Gizi | - Manajemen PGRS - Kompetensi Ahli Gizi - Pelatihan Jabatan Fungsional Nutrisionis |
| | 3. | Koordinator Unit | S1/D4/D3 -Gizi | - Kompetensi Ahli Ahli Gizi |
| | 4. | Pelaksana Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan | S1/D4/D3 Gizi (Dikdas D3 Gizi) | - Kompetensi Ahli Gizi |
| 5. | Pengawas Produksi dan Distribusi | D3-Gizi/D1-Gizi/SMK Gizi | - | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | 1. Kepala Instalasi Gizi : 1 orang 2. Sekretaris : 1 orang 3. Pelaksana Ahli Gizi - Koordinator Penyelenggaraan makanan pasien dan karyawan : 1 orang - Koordinator Pelayanan gizi di ruang rawat inap dan rawat jalan : 1 orang - Koordinator Monitoring evaluasi dan peningkatan mutu pelayanan gizi : 1 orang - Pelaksana Pelayanan Gizi di Ruang Rawat Inap : 10 orang 4. Pengawas Produksi dan Distribusi Makanan : 4 orang 5. Pengurus barang logistik : 1 orang | | | |

| | |
|---|---|
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Gizi Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur;</p> <p>5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;</p> <p>6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh.</p> |
|--|---|

K. INSTALASI FARMASI

| <i>Variabel</i> | <i>Kriteria</i> |
|---|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Depo Farmasi IGD <ol style="list-style-type: none"> a. Membawa resep obat asli; b. Membawa SEP untuk pasien JKN; c. Membawa persyaratan untuk pasien pihak ketiga antara lain resep rangkap 2; SEP; dan <i>fotocopy</i> kartu asuransi. 2. Depo Farmasi Rawat Jalan JKN <ol style="list-style-type: none"> a. Membawa persyaratan JKN NON-PBI/ JKN-PBI (SEP rawat jalan); b. Membawa resep obat asli dan <i>fotocopy</i> hasil lab (bila diperlukan); c. Membawa Catatan Pengambilan Obat (CPO) ; d. Untuk pasien SKM membawa SKM dari Kelurahan; fotocopy identitas (KK/KTP) dan rujukan dari puskesmas. 3. Depo Farmasi Rawat Jalan Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Membawa resep obat asli; b. Membawa persyaratan untuk pasien pihak ketiga antara lain resep rangkap 2; SEP; dan <i>fotocopy</i> kartu asuransi 4. Depo Farmasi Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> a. Resep obat asli (Form Rekam Pemberian Obat) dan <i>fotocopy</i> hasil lab (bila diperlukan); b. Terdapat keterangan sudah memiliki SEP di komputer untuk pasien SKTM, JKN dan pihak ketiga; c. SEP asli untuk pasien yang mendapatkan obat kemoterapi, antihemofilia. |

| | |
|--|---|
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>A. Depo Farmasi IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyerahan resep oleh pasien langsung: <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar resep diserahkan oleh pasien kepada petugas depo farmasi IGD untuk dilakukan pengkajian/telaah resep; b. Resep diserahkan kepada petugas peracikan (Asisten Apoteker) untuk pelaksanaan pelayanan resep; c. Obat yang disiapkan, diberi etiket/label obat; d. Setelah obat selesai dikerjakan, obat pasien dicek ulang terlebih dahulu, lalu diserahkan kepada pasien/petugas IGD disertai KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi); e. Untuk pasien umum, saat penyerahan obat disertai kuitansi pembayaran obat. <p>B. Depo Farmasi Rawat Jalan JKN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyerahan resep oleh pasien langsung: <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar resep diserahkan oleh pasien kepada petugas penerimaan resep untuk dilakukan pengkajian/telaah resep; b. Setelah itu data resep di-entry ke dalam sistem komputer rumah sakit dan Software apotek online BPJS; c. Resep diserahkan kepada petugas peracikan (Asisten Apoteker) untuk pelaksanaan pelayanan resep; d. Obat yang disiapkan, diberi etiket/label obat yang di-print dan daftar obat yang diberikan, ditempel pada CPO; e. Setelah obat selesai dikerjakan, obat pasien dicek ulang terlebih dahulu, lalu diserahkan kepada pasien oleh petugas penyerahan obat disertai KIE (Komunikasi, Informasi dan |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>Edukasi).</p> <p>2. Peresepan dari poli melalui e-resep:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien datang dari poli lalu mengambil nomor antrian terlebih dahulu di depo JKN; b. E-resep yang datang dari poli dilakukan proses pengkajian resep dan di-print; c. <i>Print-out</i> E-resep diserahkan kepada petugas entry (Asisten Apoteker) untuk dilakukan pengentryan dalam sistem komputer rumah sakit dan Software apotek online BPJS setelah itu obat disiapkan oleh petugas peracikan; d. Obat yang disiapkan, diberi etiket/label obat yang di-print dan daftar obat yang diberikan, ditempel pada CPO; e. Setelah obat selesai dikerjakan, obat pasien dicek ulang terlebih dahulu, lalu diserahkan kepada pasien oleh petugas penyerahan obat disertai KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi). <p>C. Depo Farmasi Rawat Jalan Umum</p> <p>15. Penyerahan resep oleh pasien langsung:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lembar resep diserahkan oleh pasien kepada petugas penerimaan resep untuk dilakukan pengkajian/telaah resep; b. Setelah itu dilakukan perhitungan harga, bila pasien menghendaki maka pasien membayar obat ke kasir; c. Resep diserahkan kepada petugas peracikan (Asisten Apoteker) untuk pelaksanaan pelayanan resep; d. Obat yang disiapkan, diberi etiket/label obat yang di-print dan daftar obat yang diberikan, |
|--|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>ditempel pada CPO;</p> <p>e. Setelah obat selesai dikerjakan, obat pasien dicek ulang terlebih dahulu, lalu diserahkan kepada pasien oleh petugas penyerahan obat disertai KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi).</p> <p>D. Depo Farmasi Rawat Inap</p> <p>1. <u>Pereseapan dari ruangan melalui e-resep:</u></p> <p>a. E-resep yang datang dari ruangan rawat inap yang telah dilakukan pengkajian oleh Apoteker di ruangan di-print;</p> <p>b. <i>Print-out</i> E-resep diserahkan kepada petugas peracikan (Asisten Apoteker) untuk pelaksanaan pelayanan resep;</p> <p>c. Obat yang disiapkan, diberi etiket/label obat yang di-print dan dikemas;</p> <p>d. Setelah obat selesai dikerjakan, obat pasien dicek ulang terlebih dahulu, lalu dikumpulkan untuk masing-masing ruangan selanjutnya dikirim ke semua ruangan rawat inap;</p> <p>e. Bila ada terapi tambahan yang belum sempat dikerjakan melalui e-resep maka ruangan rawat inap dapat menelepon ke depo farmasi rawat inap, selanjutnya di-entry dan resep dikerjakan.</p> |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>Jangka waktu pelayanan (mulai dari resep diserahkan kepada petugas penyedia obat (Asisten Apoteker) sampai dengan obat diterima pasien :</p> <p>a. Obat jadi (non racikan) : ≤ 30 menit;</p> <p>b. Obat racikan : ≤ 60 menit.</p> |

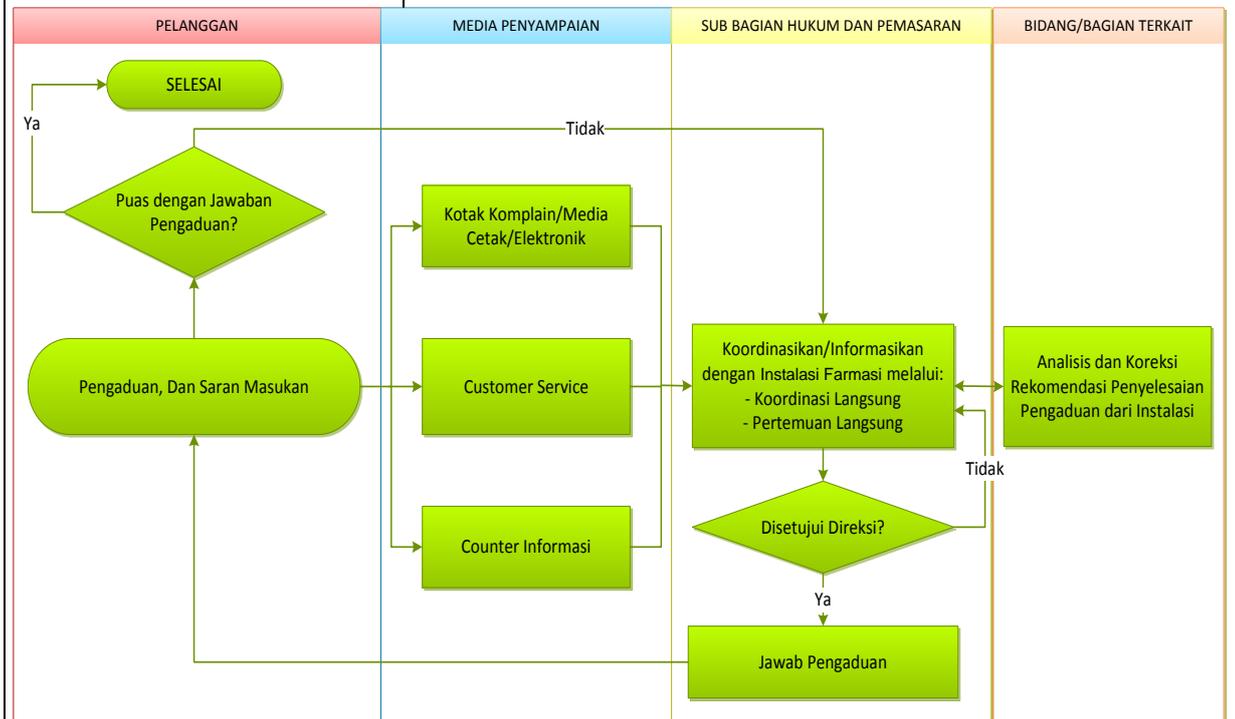
| | |
|--|---|
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>Obat dan/atau Alat Kesehatan yang sesuai dengan Formularium Nasional dan Formularium Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur</p> |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan |

| | |
|--|--|
| | <p>dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSU Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Farmasi terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>dari pelanggan;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Instalasi Farmasi memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Farmasi; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Farmasi kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Farmasi kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal |
|--|--|

keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
2. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
3. Undang-undang RI Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 1997 tentang psikotropik;
5. Undang-undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
6. Undang-Undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
7. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
8. Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan;

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 9. Peraturan Pemerintah RI Nomor 51 tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian; 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit; 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/Menkes/068/I/2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Kesehatan Pemerintah; 12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2015 Tentang Peredaran, Penyimpanan, Pemusnahan, Dan Pelaporan Narkotika, Psikotropika, Dan Prekursor Farmasi; 13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 14. Peraturan Kepala Badan Pengawasan Obat Dan Makanan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2013 Tentang Pedoman Pengelolaan Prekursor Farmasi Dan Obat Mengandung Prekursor Farmasi; 15. Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 28 Tahun 2018 tentang Pedoman Pengelolaan Obat-Obat Tertentu; 16. Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 24 Tahun 2021 tentang Pengawasan Pengelolaan Obat, Bahan Obat, Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian; 17. Peraturan Badan Pengawas Obat dan Makanan Nomor 6 Tahun 2020 tentang Pedoman Teknis Cara Distribusi Obat yang Baik; 18. Surat Edaran Dirjen Yanmed Nomor : YM02.04.3.5.2504 tahun 1997 tentang Pedoman Hak dan Kewajiban pasien, dokter dan Rumah Sakit; 19. Keputusan Menteri Dalam Negeri Nomor 1 tahun 2002 tentang Pedoman Susunan Organisasi dan Tata Kelola Rumah Sakit Daerah 20. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1439 /Menkes/SK/XI/2002 tentang Penggunaan Gas Medis Pada Sarana Pelayanan Kesehatan; 21. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>189/Menkes/SK/III/2006 tentang Kebijakan Obat Nasional;</p> <p>22. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/Menkes/6485/2021 tentang Formularium Nasional;</p> <p>23. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 tahun 2008 tentang Organisasi dan Tatakerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur.</p> |
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Kantor/Administrasi Instalasi Farmasi; 2. Ruang Penyimpanan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai; 3. Ruang distribusi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai; 4. Ruang Pelayanan Informasi Obat; 5. Ruang Konsultasi / konseling obat; 6. Ruang Produksi; 7. Ruang <i>Aseptic Dispensing</i>; 8. Fasilitas lain: <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang tunggu pasien; b. Ruang penyimpanan dokumen/arsip Resep, sebaiknya ada ruangan khusus untuk menyimpan dokumen dalam rangka menjamin agar penyimpanan sesuai hukum, aturan, persyaratan, dan teknik manajemen yang baik; c. Ruang tempat penyimpanan obat di ruang perawatan; d. Ruang penyimpanan reagen dan bahan medis habis pakai lainnya di Instalasi Patologi Klinik dan Instalasi Patologi Anatomi; e. Ruang penyimpanan Film dan bahan medis habis pakai lainnya di Instalasi Radiologi; f. Ruang penyimpanan bahan medis habis pakai di Instalasi Haemodialisa; g. Fasilitas toilet, kamar mandi untuk staf. |

| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | Jabatan | Fungsi | Kualifikasi |
|--------------------------------------|--|---|--|
| | Kepala Instalasi | Mengorganisir semua kegiatan di Instalasi Farmasi | Apoteker, Apoteker S-2 Farmasi Klinik/Manajemen Farmasi, atau pelatihan manajemen farmasi Rumah Sakit dan farmasi klinik disesuaikan dengan akreditasi Rumah Sakit |
| | Sekretaris | Mengkoordinir dan mengendalikan kegiatan administrasi umum, keuangan dan kepegawaian. | Apoteker, Apoteker S-2 Farmasi klinik/manajemen farmasi pelatihan manajemen Farmasi Rumah Sakit atau farmasi klinik |
| | Kepala pelayanan, pengelolaan | Mengkoordinir koordinator depo farmasi / kepala pelayanan. | Apoteker, Apoteker S-2 Farmasi klinik / manajemen farmasi, pelatihan manajemen Farmasi Rumah Sakit atau farmasi klinik |
| | Kepala Depo Farmasi / Kepala Pelayanan | Mengkoordinir kegiatan di depo farmasi atau kegiatan pelayanan farmasi klinik | Apoteker, Apoteker S-2 Farmasi klinik / manajemen farmasi, pelatihan manajemen Farmasi Rumah Sakit atau farmasi klinik |
| | Koordinator Pelayanan Harian | Membantu Kepala Depo Farmasi atau Kepala Pelayanan Mengkoordinir pelaksana pelayanan | Tenaga Teknis Kefarmasian yang sudah berpengalaman di pelayanan depo farmasi lebih dari 3 tahun |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|
| | Pelaksana Pelayanan Harian | Membantu Apoteker Melaksanakan pekerjaan kefarmasian | Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) dan Tenaga Penunjang (pelaksana komputer dan pembantu pelaksana) |
| | Pelaksana Administrasi | Melaksanakan pekerjaan administrasi umum, keuangan, dan kepegawaian | Sarjana akuntansi, dan / atau SMEA |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | Distribusi tenaga di Instalasi Farmasi sebagai berikut : 1. Tenaga non shift terdiri dari : a. Kepala Instalasi Farmasi : 1 Apoteker b. Sekretaris : 1 Apoteker c. Kepala & Koordinator Depo Farmasi : 5 Apoteker d. Apoteker Ruang Rawat Inap : 10 Apoteker e. Apoteker pelayanan Depo Farmasi : 2 Apoteker f. Tenaga produksi dan <i>handling</i> sediaan steril : 2 Apoteker dan 2 TTK g. Koordinator pelayanan harian : 5 TTK h. Tenaga administrasi : 1 TTK dan 3 tenaga penunjang i. Tenaga Logistik & Gudang Depo Farmasi : 5 TTK dan 4 tenaga penunjang 2. Tenaga shift didistribusikan pada Depo Farmasi : a. Rawat Jalan : 13 TTK dan 2 tenaga Penunjang b. Rawat Inap : 12 TTK dan 5 Tenaga Penunjang | | |

| | |
|---|--|
| | <p>c. IGD : 4 TTK dan 1 Tenaga Penunjang</p> <p>d. Al-Aqsha (OK) : 3 TTK</p> |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Farmasi Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|--|

L. INSTALASI RADIOLOGI

| Variabel | Kriteria |
|--|---|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <p>A. Persyaratan Administrasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat; 2. Blangko permintaan pemeriksaan; 3. Rujukan yang masih berlaku (untuk pasien asuransi) <p>B. Persyaratan Tehnis:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada pemeriksaan yang memerlukan kontras, pasien harus menyerahkan hasil Laboratorium (Bun/SC) dalam satu bulan terakhir dan petugas menyiapkan obat kontras media; 2. Khusus pemeriksaan <i>CT Scan Abdomen</i> dan <i>Thorax</i>, pasien harus dipuasakan dahulu minimal 6 jam; 3. Pemeriksaan <i>CT Scan</i> pada anak, memerlukan kerjasama dengan bagian anastesi untuk membantu memberi obat penenang kepada pasien; 4. Pemeriksaan <i>USG Abdomen Upper</i>, dipuasakan dulu minimal 4 jam. |

| | |
|--|---|
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>A. Tata Cara Pendaftaran Pemeriksaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari poliklinik (Rawat Jalan), Rawat Inap, dokter dari luar RSUD Haji Surabaya, dan lain - lain, datang ke loket Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional dengan membawa surat permintaan foto; b. Di bagian loket Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien diberi informasi tentang foto yang dimaksud; 2) Apakah foto tersebut memerlukan persiapan, penjadwalan dan perjanjian; 3) Dilakukan registrasi seperti : identitas pasien, diagnosa klinis, kiriman dari dokter siapa atau poli mana,dll; 4) Untuk pasien rawat jalan umum, dibuatkan pengantar pembayaran ke kasir Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional. c. Dengan membawa pengantar pembayaran, pasien membayar kekasir Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional. 2. Pasien JKN/Pihak Ketiga/Swasta <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari poliklinik dengan membawa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dari Kerja Sama/Tim Pengendali RSUD Haji, IGD, R.inap, Rumah Sakit luar dengan membawa surat permintaan foto dilengkapi dengan tanda tangan dokter. (khusus APS atau Atas Permintaan Sendiri mendapatkan surat permintaan foto dari petugasloket); b. Di Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional, pasien mengambil nomor antrian loket Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional di mesin otomatis yang tersedia dan menunggu di ruang tunggu loket Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional; c. Petugas loket memanggil nomor panggil sesuai nomor urut kemudian pasien menuju loket pendaftaran; d. Pasien diberikan penjelasan sesuai |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>permintaan foto apakah dijadwal, perlu persiapan atau langsung (tanpa persiapan) untuk menjalani pemeriksaan;</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Permintaan foto yang perlu dijadwal dan persiapan puasa adalah USG, CT-SCAN dan KONTRAS (IVP,HSG,FISTULOGRAFI dll); f. Permintaan foto polos / tanpa persiapan adalah foto THORAX dan foto ekstremitas (ANKLE, WRIST, SKULL dll); g. Petugas loket menginput data pasien (nomor reg, asal perujuk, nama dokter pengirim, memilih ruangan sesuai surat permintaan foto (untuk Rawat Inap), nama penanggung jawab instalasi, status pasien dan jenis tindakan foto yang diminta serta tarif sesuai PERDA), kemudian petugas Membuat nomor urut panggilan pemeriksaan, mencatat nama tindakan foto dan memeriksa SEP (JKN) satu rangkap yang terdiri atas warna putih, merah, atau kuning; h. Kemudian Pasien mendapatkan SEP (JKN) warna merah, putih atau kuning serta mendapatkan nomor antrian pemeriksaan dan petugas menunjukkan dimana tempat / ruang tunggu pemeriksaan; i. Pasien menuju ruang tunggu pemeriksaan, Diruang tunggu pemeriksaan pasien menunggu nomor urut panggilan pemeriksaan dengan sistem mesin panggil. <p>B. Persiapan Pemeriksaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan BOF, IVP, Colon In loop, OMD/UGI: <ul style="list-style-type: none"> a. Dua hari sebelum pemeriksaan pasien hanya boleh makan bubur kecap dan minum airputih; b. Malam hari sebelum pemeriksaan (Pk. 21.00 WIB) pasien minum urus – urus lalu puasa dan hanya boleh minum air putih; c. Pagi hari pukul 05.00 WIB pasien di lavement bagi pasien rawat inap dan menggunakan suppositoria bagi pasien rawat jalan; d. Pukul 08.00 WIB pasien sudah berada di Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensial dalam keadaan puasa. 2. Untuk pemeriksaan BOF acut, IVP, Colon In loop, |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>OMD / UGI anak-anak dibawah umur 7 tahun tidak perlu melakukan persiapan tetapi 10 jam sebelumnya harus puasa;</p> <p>3. Pemeriksaan USG (Ultrasonografi)</p> <p>a. Untuk pemeriksaan USG Abdomen dan pelvis non kebidanan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien harus puasa 10 jam sebelum pemeriksaan dan menahan kencing mulai pukul 06.00 WIB (kecuali acut dan anak dibawah umur 7 tahun); 2) Untuk pasien yang dipasang cateter harus diklem mulai pukul 06.00 WIB. <p>b. Untuk pemeriksaan USG Abdomen Kebidanan pasien tidak perlu puasa.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Untuk kehamilan muda, abortus, penyakit kandungan :[±] pasien harus minum ½ liter satu jam sebelum pemeriksaan dan tidak boleh kencing sebelum dilakukan pemeriksaan; 2) Untuk kehamilan : pasien tidak harus minum. <p>4. Pemeriksaan Cystografi, Urethrografi, Urethrocytografi (Bipolar), Fistulografi, Mylografi/Caudografi, Oesophagografi dan Cor Analisa pasien tidak perlu melakukan persiapan;</p> <p>5. Pemeriksaan HSG:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dua hari sesudah dan sebelumnya tidak boleh melakukan hubungan suami istri; b. Hari pelaksanaan hari ke 10, 11 dan 12 setelah menstruasi. <p>6. Pemeriksaan MSCT/MRI</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala tanpa kontras: Tanpa persiapan (Kondisi pasien kooperatif) b. Kepala dengan kontras : Sebaiknya puasa (Kondisi pasien kooperatif) Membawa kontras, spuit 50 cc dan needle. c. Thorax : kondisi puasa (Kondisi pasien kooperatif) Membawa kontras, Spuit 50 cc dan needle d. Abdomen : kondisi puasa (Kondisi pasien kooperatif) Membawa aqua 1,5 L, kontras, Spuit 50 cc dan needle <p>C. Pelaksanaan Pemeriksaan</p> <p>Pelayanan pemeriksaan di Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensial terdapat 2 jenis :</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Tanpa persiapan / pemeriksaan langsung: <ol style="list-style-type: none"> a. Foto X-Ray extremitas, thorax, MRI tanpa kontras dan MSCT tanpa kontras; b. Pemeriksaan cito. 2. Dengan persiapan /penjadwalan <ol style="list-style-type: none"> a. X-Ray general dengan kontras, MRI dengan kontras, MSCT dengan kontras dan USG; b. Pemeriksaan pada anak-anak yang memerlukan anesthesi harus konsul ke bagian anesthesi lebih dulu. 3. Cito Bed Adalah pemeriksaan X-ray yang dilakukan di tempat pasien dirawat dikarenakan keadaan pasien untransportable (terbatas untuk foto thorax AP) terutama untuk pasien IGD, ICU, ICCU, NICU dan HCU. 4. Bed Foto Adalah pemeriksaan foto X-ray yang dilaksanakan di Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensial namun pasien tidak dipindahkan dari tempat tidurnya (untuk pasien yang transportable). <p>D. Prosesing Film</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Computed Radiography (CR)</i> Yang dilakukan di ruang CR adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Verifikasi kesesuaian permintaan dan hasil foto; b. Pemberian ID , harus sesuai dengan print out inputan data pasien di SIM; c. Pemrosesan image; d. Printing dengan ukuran film sesuai aturan yang telah ditentukan. 2. <i>Digital Radiography (DR)</i> Yang dilakukan di ruang DR adalah: <ol style="list-style-type: none"> a. Verifikasi kesesuaian permintaan dan hasil foto; b. Pemberian ID, harus sesuai dengan print out inputan data pasien di SIM, Pemrosesan image; c. Printing dengan ukuran film sesuai aturan yang telah ditentukan. <p>E. Pemberian <i>Expertise</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Di dalam jam kerja |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Untuk pemeriksaan biasa/efektif hasil harus selesai 6 jam setelah selesai pemeriksaan, kecuali ada kasus - kasus tertentu yang memerlukan waktu untuk diskusi dll; b. Untuk pemeriksaan CITO hasil harus selesai dan siap diambil 2 jam setelah pemeriksaan. <p>2. Di luar jam kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien atau keluarganya datang ke loket Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional membawa surat permintaan foto yang ditandatangani oleh dokter; b. Radiografer melakukan verifikasi, bila diperlukan konsul dengan dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional, maka petugas segera menghubungi dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional untuk konfirmasi/menerima advice dan Radiografer melakukan pemeriksaan X-ray foto; c. Konsul melalui Teleradiografi, maka : <ul style="list-style-type: none"> 1) Dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional ditelepon oleh petugas jaga untuk konfirmasi akan mengirim e-mail/<i>whatsapp</i>; 2) Proses pengiriman e-mail atau <i>whatsapp</i> (berlaku prosedur Teleradiografi) sekaligus evaluasi apakah ada <i>trouble</i> pada jaringan internet RSUD Haji Provinsi Jawa Timur; 3) Selesai melakukan e-mail atau <i>whatsapp</i>, dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional di telepon kembali untuk konfirmasi bahwa e-mail dan <i>whatsapp</i> sudah terkirim sukses; 4) Radiografer menunggu jawaban e-mail atau <i>whatsapp</i> dari dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional; 5) Radiografer membuka e-mail atau <i>whatsapp</i> untuk selanjutnya melakukan pengetikan expertise/ print hasil Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional sementara diatas kertas hvs dan kertas bacaan asli, tanpa tanda tangan dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Intervensional, hanya mengetahui “<i>print by</i>” . . . (nama Radiografer jaga saat itu);</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Setelah selesai, petugas Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional menghubungi petugas Rawat Inap/IGD, memberitahukan kalau hasil bacaan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional siap untuk diambil (Berlaku Prosedur Pengambilan hasil Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional); 7) Kertas hvs diserahkan ke pengambil hasil sebagai hasil sementara; 8) Kertas bacaan asli diserahkan dokter jaga yang bersangkutan pada keesokan harinya untuk legalisasi/ tandatangan; 9) Selesai. <p>d. Bila ada pemeriksaan yang membutuhkan dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radiografer jaga menghubungi dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional untuk mengkomunikasikan tentang pemeriksaan yang dimaksud, antara lain: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pemeriksaan USG; ▪ Pemeriksaan dengan kontras media. 2. Petugas jaga menerima advice dari dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional dan menyampaikan kembali kepada petugas Rawat Inap/ IGD tentang kepastian pemeriksaan tersebut: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kapan (jam berapa) pelaksanaan pemeriksaannya; ▪ Persyaratan yang diperlukan sebelum pemeriksaan, misalnya pemeriksaan Lab. (BUN, Sc) harus normal dan sebagainya. 3. Pada jam yang ditentukan, petugas Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional menyiapkan alat yang akan digunakan untuk pemeriksaan tersebut; 4. Petugas Rawat Inap / IGD menyiapkan pasien di Ruang periksa Radiodiagnostik, Imajing dan |
|--|--|

| | <p>Radiologi Intervensional;</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Proses pemeriksaan di Instalasi Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional didampingi oleh perawat Rawat Inap/ IGD dinas shif pada saat itu; 6. Selesai pemeriksaan, dokter jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional melakukan expertisi hasil foto tersebut; 7. Hasil expertise diserahkan kepada radiografer jaga untuk diberi amplop sambil melakukan quality control; 8. Petugas jaga Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional menghubungi Rawat Inap/IGD menyampaikan bahwa hasil foto sudah bisa diambil (Berlaku Prosedur Pengambilan hasil Foto); 9. Selesai. <p>F. Nilai Kritis Instalasi Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional</p> <p>Hasil Kritis adalah hasil pemeriksanan radiologi yang secara signifikan diluar rentang nilai hasil yang seharusnya sehingga memberi indikasi risiko tinggi atau kondisi yang mengancam jiwa pasien. Yang disebut Nilai Kritis di bidang Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional adalah jika ditemukan hasil pemeriksaan sebagai berikut :</p> <table border="1" data-bbox="718 1366 1500 1964"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="718 1366 1500 1500"> Daftar Nilai Kritis Pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional </th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="718 1500 1005 1657">Area Anatomi/ Anatomical Area</td> <td data-bbox="1005 1500 1500 1657"> <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi Kategori Kritis Red Category Condition Laporkan Secara Lengkap dalam waktu 1 jam </td> </tr> <tr> <td data-bbox="718 1657 1005 1964">Sistem saraf pusat</td> <td data-bbox="1005 1657 1500 1964"> <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan serebral/Hematoma Tumor Otak (efek massa) - Stroke akut - Fraktur depresi pada tengkorak - Fraktur tulang belakang </td> </tr> </tbody> </table> | Daftar Nilai Kritis Pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional | | Area Anatomi/ Anatomical Area | <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi Kategori Kritis Red Category Condition Laporkan Secara Lengkap dalam waktu 1 jam | Sistem saraf pusat | <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan serebral/Hematoma Tumor Otak (efek massa) - Stroke akut - Fraktur depresi pada tengkorak - Fraktur tulang belakang |
|--|---|--|--|----------------------------------|--|--------------------|--|
| Daftar Nilai Kritis Pemeriksaan Radiodiagnostik, Imajing Dan Radiologi Intervensional | | | | | | | |
| Area Anatomi/ Anatomical Area | <ul style="list-style-type: none"> - Kondisi Kategori Kritis Red Category Condition Laporkan Secara Lengkap dalam waktu 1 jam | | | | | | |
| Sistem saraf pusat | <ul style="list-style-type: none"> - Perdarahan serebral/Hematoma Tumor Otak (efek massa) - Stroke akut - Fraktur depresi pada tengkorak - Fraktur tulang belakang | | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| | | servical Kompresi sumsum tulang belakang |
| | Leher | <ul style="list-style-type: none"> - Epiglottitis - Diseksi arteri karotis Critical carotid stenosis |
| | Dada | <ul style="list-style-type: none"> - Tension pneumothorax - Diseksi aorto - Emboli paru - Aneurisma pecah atau impeding rupture Emfisema mediastinum/ pneumomediastinum |
| | Abdomen | <ul style="list-style-type: none"> - Udara bebas di abdomen (bila tanpa riwayat pembedahan dalam waktu dekat) - Ischemic bowel - Appendicitis - Emboli vena porta - Volvolus - Perlukaan organ dalam traumatic - Perdarahan retroperitoneal - Obstruksi usus |
| | Urogenital | <ul style="list-style-type: none"> - Kehamilan ektopik - Obstruptio placenta - Placenta previa menjelang aterm - Torsio testis atau ovarium - Kematian fetus |
| | Umum | <ul style="list-style-type: none"> - Kesalahan lokasi pemasangan instrument selang/infuse (misal selang makan pada saluran napas) |
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika ditemukan hasil pemeriksaan yang diduga masuk dalam nilai kritis, maka dalam jangka waktu 5 menit radiografer harus melaporkan kepada dokter ahli radiologi; 2. Hasil pemeriksaan dilakukan validasi oleh dokter ahli radiologi; 3. Hasil yang sudah di validasi tersebut dalam waktu | |

| | |
|--|---|
| | <p>60 menit setelah selesai di foto/ pemeriksaan harus sudah diterima oleh perawat jaga/ dokter jaga tempat dimana pasiendirawat;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Radiografer mencatat dan mendokumentasikan di buku laporan angka kritis sebagai bukti bahwa angka kritis tersebut telah dilaporkan ke perawat jaga/ dokter jaga ruangan yang meminta pemeriksaan tersebut; 5. Isi buku laporan angka kritis meliputi hari, tanggal, jam, no register dan nama pasien, ruangan/rumah sakit pengirim, diagnosa hasil, dokter jaga radiologi, radiografer, perawat/ dokter jaga ruangan yang dilaporkan. <p>G. Penyerahan/Pengambilan Hasil Foto</p> <p>Hasil pemeriksaan yang sudah di expertise bisa diambil di loket. Penyerahan hasil untuk pemeriksaan efektif adalah 6 jam setelah pemeriksaan. Penyerahan pemeriksaan Cito bisa diambil 2 jam setelah pemeriksaan. Hasil bisa diambil sebelum pukul 15.00.</p> <p>H. Pengambilan hasil pemeriksaan tanpa expertise (bawa langsung tanpa bacaan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengambil hasil membuat pernyataan di lembar permintaan foto yang bersangkutan, bahwa hasil dibawa langsung, kemudian menandatangani; 2) Lembar permintaan tersebut di tinggal di Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional; 3) Petugas Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional mencatat dalam log book/ laporan jaga Radiografer; 4) Keesokan harinya pada jam dan hari kerja, pihak pengambil wajib menyerahkan kembali hasil pemeriksaan tersebut untuk di lakukan expertise; 5) Untuk foto di IGD/ diluar jam kerja, foto tetap dibaca oleh dokter jaga kemudian hasil bacaan diketik oleh radiografer jaga shift di SIM dan dicetak pada lembar bacaan. Kemudian digabung dengan lembar permintaan. Berkas ini setiap pagi diserahkan ke Radiologi pusat pada saat jam kerja. |
|--|---|

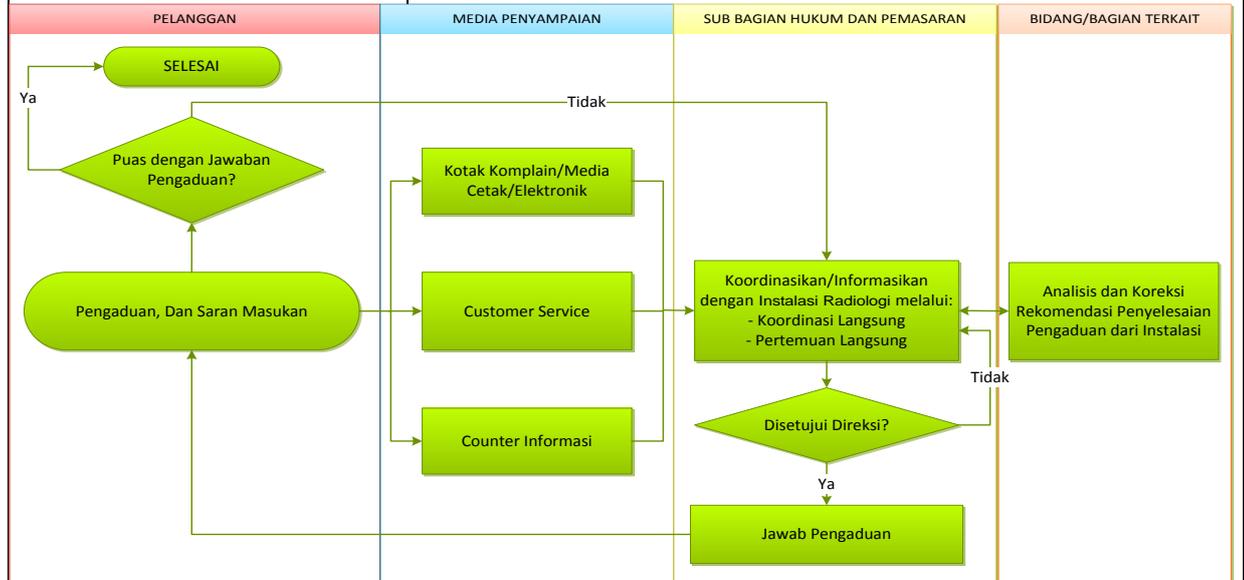
| | |
|---------------------------------------|--|
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu Tunggu Penyelesaian Pelayanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR) Cito ≤ 2 Jam; 2. Waktu Tunggu Penyelesaian Pelayanan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR) Elektif ≤ 6 Jam; 3. Waktu Laport Hasil Tes Kritis Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional (RIR) < 60 Menit. |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> b. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; c. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Foto X-ray; 2. Pelayanan USG (Ultrasonografi); 3. Pelayanan CT Scan; 4. Pelayanan MRI (Magnetic Resonance Imaging); 5. Pelayanan Foto Dental Panoramic; 6. Pelayanan Mammografi; 7. Pelayanan Angiografi/Cath Lab; 8. Pelayanan Radiologi 24jam; 9. Ruang Prosesing/ CR; 10. Ruang expertise; 11. Ruang pengamplopan; 12. Pelayanan Loker Radiologi. |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Komite Mutu & Panitia Audit).</p> <p>a. Pengawasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll <p>b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Radiologi terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Radiologi memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Radiologi; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Radiologi kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Radiologi kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|--|

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan;
2. Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang RumahSakit;
3. Undang – Undang Nomor 10 Tahun 1997 Tentang Ketenaganukliran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1997 Nomor 23, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3676);
4. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran;
5. Permenkes Nomor 357/Menkes/Per/V/2006 tentang Registrasi dan Izin Kerja Radiografer;
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan PraktikKedokteran;
7. Permenkes Nomor 375/Menkes/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Radiografer;
8. Permenkes Nomor 780/Menkes/Per/VIII/2008 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Radiologi;
9. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

| | |
|--|--|
| | <p>Nomor 1003/Menkes/SK/X/2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Provinsi Jawa Timur Sebagai Rumah Sakit Pendidikan;</p> <p>10. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.07.06/III/511/08 tanggal 19 Pebruari 2008 tentang pemberian Izin Penyelenggaraan Rumah Sakit Umum Daerah dengan nama Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pemerintah Provinsi Jawa Timur;</p> <p>11. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor 63/KEP/M.PAN/7/2003 tentang Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik;</p> <p>12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (Hospital By laws);</p> <p>13. Peraturan Pemerintah nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal;</p> <p>14. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor 49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637);</p> <p>15. Peraturan Pemerintah Nomor 33 Tahun 2007 tentang Keselamatan Radiasi Pengion dan Keamanan Sumber Radioaktif (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2007 Nomor 74, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor4730);</p> <p>16. Peraturan Pemerintah Nomor 29 Tahun 2008 tentang Perizinan sumber radiasi pengion dan</p> |
|--|--|

| | <p>bahan nuklir (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 54, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4839);</p> <p>17. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur (Lembaran Daerah Tahun 2008 Nomor 4, Seri D);</p> <p>18. Peraturan Daerah Provinsi Jawa Timur Nomor 11 Tahun 2005 tentang Pelayanan Publik di Provinsi Jawa Timur;</p> <p>19. Keputusan Gubernur Jawa Timur Nomor 188/441/KPTS/013/2008 tanggal 30 Desember 2008 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Provinsi Jawa Timur sebagai Badan Layanan Umum Daerah;</p> <p>20. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 445/589/304/2012 tentang Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya;</p> <p>21. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor: 445/1048/304/2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Radiodiagnostik, Imaging dan Radiologi Intervensional (RIR).</p> | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|-----------|-------------|--------|---|-----|---|--------|--|--|--|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="702 1496 798 1579">No</th> <th data-bbox="798 1496 1005 1579">Peralatan</th> <th data-bbox="1005 1496 1292 1579">Kelengkapan</th> <th data-bbox="1292 1496 1532 1579">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="702 1579 798 1982">1</td> <td data-bbox="798 1579 1005 1982">DSA</td> <td data-bbox="1005 1579 1292 1982">Multi function diagnostic dan therapy, vascular type, intensifying screen imager 30-35 inch, road map, land marking, rotation view (double tube, flat detector), DICOM 3 compliance</td> <td data-bbox="1292 1579 1532 1982">1 unit</td> </tr> </tbody> </table> | No | Peralatan | Kelengkapan | Jumlah | 1 | DSA | Multi function diagnostic dan therapy, vascular type, intensifying screen imager 30-35 inch, road map, land marking, rotation view (double tube, flat detector), DICOM 3 compliance | 1 unit | | | |
| No | Peralatan | Kelengkapan | Jumlah | | | | | | | | | |
| 1 | DSA | Multi function diagnostic dan therapy, vascular type, intensifying screen imager 30-35 inch, road map, land marking, rotation view (double tube, flat detector), DICOM 3 compliance | 1 unit | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--|---|---------------|---|---|
| | 2 | MRI | Minimal 1,5 Tesla. Optional sesuai kebutuhan, DICOM 3 compliance, neuro radiology, oncology, pediatric usculo sceletal, cardiology, spectroscopy dilengkapi dengan work station, injector, metal Detector | 1 unit |
| | 3 | CT Multislice | Diatas 64 slice dengan injector. Dilengkapi dengan work station, DICOM 3. Printer. Optional sesuai kebutuhan. Virtual colonoscopy / coronary | 2 unit: - 1 unit 128 slice - 1 unit 16 slice di IGD |
| | 4 | Fluoroskopi | Multipurpose fluoroskopi High frequency X ray generator 125 KV Controle table Undertable tube/low radiation Digital system atau compatible computed radiography (CR) Ceiling/floor tube support Tilting table dan bucky rapid spot film 4 image 2S Cassette system, Minimal 18 x 24, 24 x 30 Maksimal 35 x 35 High image intensifier TV camera/CCTV, High density resolution TV monitor 19 inch | 1 unit dengan CCTV |

| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| | 5 | USG | Multipurpose, color doppler, 3D Transducer linier dan curve/sektoral 2.5 – 10 mHz, transducer3D, transducer transcranial, transrectal/vaginal , Monitor dan printer USG | 3 unit : - 2 unit di arofah - 1 unit di IGD |
| | 6 | Analog X-ray Fixed Unit dan atau Digital | Multipurpose radiografi fungsional Controle table digital atau manual High tension transformer/ generator X-ray tube dengan kapasitas 40–150 KV dan minimal 500 mA Meja stationer dengan bucky dan bucky stand Expose time : 0,01 – 1 detik High X-ray voltage generator 40-150 KV | 4 unit |
| | 7 | Mobile x-ray | Punya 2 tuas tangkai tube agar pergerakan dapat leluasa Kekuatan 30–100 KV, minimal 100 mA Kelengkapan proteksi radiasi : minimal 2 apron, tebal 0,25 mm Pb Beroda, dengan atau tanpa battery | 2 unit |
| | 8 | Mammography | Digital, stereotactic, system bucky 18 x 24, 24 x 30, magnification device, compression system (manual | 1 unit |

| | | | |
|----|---------------------------------|--|--------|
| | | atau motorized), radiation shield. Optional sesuai kebutuhan (work station/viewer : 5 MP), mammo printer. | |
| 9 | Digital Panoramic/ Cephalometri | CCD system, high tension generator (direct current rectifying method; X-ray tube focal spot : 0,5 mm x 0,5 mm; tube voltage : 85kV (57-85 kV); tube current : 12 mA; exposure time : 12-16 sec (panoramic mode), 0,2-4 sec (TMJ dan cephalo mode); inherent filtration : more than 2,5 mm Al-equivalent; Film size : 150 mm x 300 mm (panoramic mode), 240 mm x 300 mm (cephalo mode); power requirement : AC 100V, 50/60 Hz | 1 unit |
| 10 | Dental X-ray, | Digital; Focal spot : 0.7mm x 0.7mm; tube voltage : 60-70kV; tube current : 4-7 mA; exposure time 0.01 –3.2 sec; Total filtration : 2.0 mmAl; half value layer : 1,5 mmAl | 1 Unit |

| | | | | |
|--|----|---|--|---|
| | 11 | C-arm | Digital, x-ray generator high frequency, KV range 40–120, mA range 25–100, exposure time 0.02–5 sec. II diameter 20–35 cm, TV monitor min 17 inch, cassette holder suites 24 x 30, DICOM 3, C-arm free space rotation, vertical, horizontal | 1 unit Digital |
| | 12 | Computed Radiography (CR) | All radiographic examination, cassette all size, out put power 90-100 atau 65 – 70, pixel matrix size good quality, patient ID, work station, DICOM 3 | 3 unit |
| | 13 | Picture Archiving Communication System (PACS) | Server data storage, viewer, printer, peralatan Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional, LAN, internet, bisa/upgraded dihubungkan dengan RIS (Radiology Intregated System) dan teleRadiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional | 1 unit mini PACS |
| | 14 | Peralatan protektif radiasi | Lead apron, tebal 0.25 - 0,5 mm Pb, Sarung tangan, 0.25 – 0.5 mm Pb Kaca mata Pb, 1 | <ul style="list-style-type: none"> - 40 unit tabir mobile - 30 unit apron - 11unit apron |

| | | | | |
|--|----|---------------------------------------|--|--|
| | | | mm Pb Pelindung tiroid Pb, 1 mm Pb. Pelindung gonad Pb, 0.25 – 0.5 mm Pb Tabir mobile minimal 200 cm (t)x100cm (l) setara 2 mm Pb + kaca Pb, ukuran kaca sesuai kebutuhan, tebal 2 mm Pb | thyroid - 12 unit google - 4 unit glove |
| | 15 | Perlengkapan proteksi radiasi | Surveimeter Digital Pocket Dosimeter Film badge/TLD, | - 1 Unit Surveimeter - 4 pendose dosimeter (Bapeten) - TLD setiap pekerja radiasi |
| | 16 | Quality Assurance dan Quality Control | Beam alignment test tool, densitometer, sensitometer, collimator tool, automatic beam analyzer, alat pengukur suhu dan kelembaban disesuaikan dengan alat | - 4 unit dehumidifier : - MSCT Arafah - MSCT IGD - DSA - MRI - 1 unit alat pengukur suhu di Angio - 1 unit Sensitometer - 1 unit collimeter tools - 1 unit beam analyzer |
| | 17 | Emergency kit | Peralatan dan obat-obatan untuk RJP sesuai dengan standar anestesi | 3 unit |

| | | | | |
|---|------------------------|--|--|---|
| | 18 | Viewing box | Double bank, sesuai kebutuhan | - 8 unit double view - 1 unit di angio - 1 unit di X- ray - 1 unit MRI |
| | 19 | Generator Set | Sesuai Kebutuhan | 1 unit |
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No | Jenis Tenaga | Kompetensi | |
| | 1 | Ka Instalasi | Dokter ahli Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional | |
| | 2 | Wa Ka Instalasi | Dokter ahli Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional | |
| | 3 | Radiolog | Dokter ahli Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional | |
| | 4 | Sekretaris /Ka Ru | Radiografer | |
| | 5 | Radiografer pelaksana | D-3/D-4 Teknik Radiodiagnostik, Imajing dan Radiologi Intervensional memiliki SIKR | |
| | 6 | Petugas Proteksi Radiasi (PPR) Medik | Tingkat I memiliki SIB | |
| | | | Tingkat II memiliki SIB | |
| | 7 | Fisikawan Medik | S 1 | |
| | 8 | Tenaga Elektromedis | D III ATEM | |
| | 9 | Pengadministrasi Umum | S 1 SKM | |
| | 10 | Tenaga Teknik Informasi | S 1 | |
| | 11 | Perawat | D III Keperawatan Memiliki SIP | |
| 12 | Tenaga Administrasi | SMU / Sederajat | | |

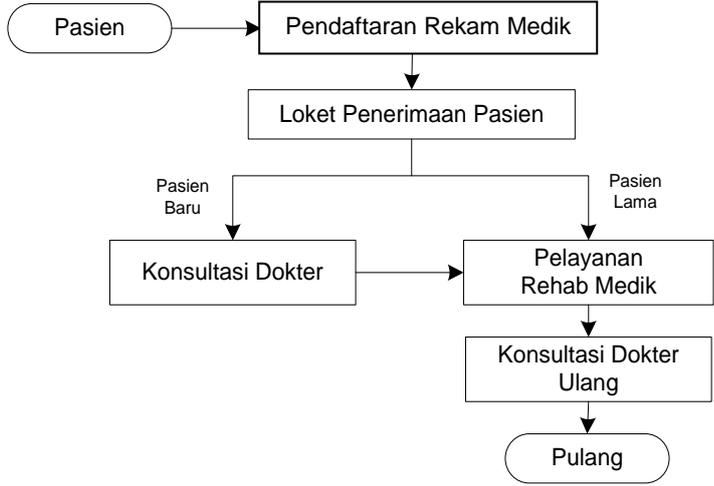
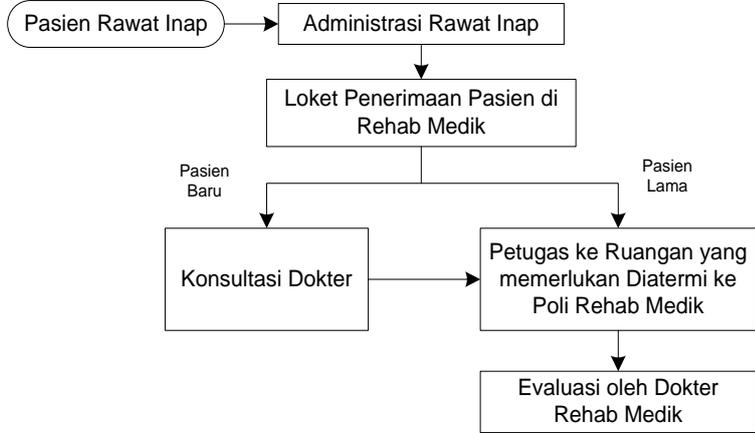
| | | | |
|---|--|--------------------------------------|------------------------------|
| | 13 | Tenaga pekarya kesehatan | SMU / sederajat |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No | Jenis Tenaga | Jumlah |
| | 1 | Ka Instalasi | 1 orang |
| | 2 | Wa Ka Instalasi | - |
| | 3 | Radiolog | 6 orang |
| | 4 | Sekretaris /Ka Ru | 1 orang |
| | 5 | Radiografer pelaksana | 28 Orang (14 Alat) |
| | 6 | Petugas Proteksi Radiasi (PPR) Medik | Minimal tiap ruangan ada PPR |
| | 7 | Fisikawan Medik | Proses Belajar |
| | 8 | Tenaga Elektromedis | 1 orang |
| | 9 | Pengadministrasi Umum | 2 orang |
| | 10 | Tenaga Teknik Informasi | 1 Orang |
| | 11 | Perawat | 5 orang |
| | 12 | Tenaga Administrasi | 5 orang |
| | 13 | Tenaga pekarya kesehatan | 2 orang |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Radiologi Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur | | |

| | |
|--|---|
| | <p>RSU Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSU Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSU Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang |

| | |
|--|---|
| | <p>membawa barang;</p> <p>13. Pengawasan terhadap pihak ke-3;</p> <p>14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV;</p> <p>15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan;</p> <p>16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

M.INSTALASI REHABILITASI MEDIK

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| <p>II.1.1 Persyaratan Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Persyaratan Administrasi <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Umum Rawat jalan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mendaftar di loket Rekam Medis; 2) Membawa surat rujukan antar klinik / surat rujukan dari luar rumah sakit / tanpa rujukan. b. Pasien JKN / Pihak Ke Tiga : <ol style="list-style-type: none"> 1) Telah mendaftar di loket Pendaftaran Rawat Jalan; 2) Surat Rujukan; 3) Surat Elegibilitas Peserta (SEP). 2. Persyaratan Tehnis <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien pada saat datang pertama diperiksa oleh Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik; b. Setelah pasien mendapatkan tindakan 5 kali kunjungan, pasien menemui Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik untuk dilakukan evaluasi; c. Pasien kunjungan ke-2 sampai ke-4 tidak perlu menemui dokter apabila tidak dianggap perlu sekali. |
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>1. Alur Pelayanan Pasien Umum</p> <pre> graph TD Pasien([Pasien]) --> RekamMedis[Rekam Medis] RekamMedis --> Loket[Loket Penerimaan Pasien] Loket --> PasienBaru[Pasien Baru] Loket --> PasienLama[Pasien Lama] PasienBaru --> KonsultasiDokter[Konsultasi Dokter] PasienLama --> PelayananRehab[Pelayanan Rehab Medik] KonsultasiDokter --> PelayananRehab PelayananRehab --> KonsultasiDokterUlang[Konsultasi Dokter Ulang] KonsultasiDokterUlang --> KASIR[KASIR] KASIR --> Pulang([Pulang]) </pre> |

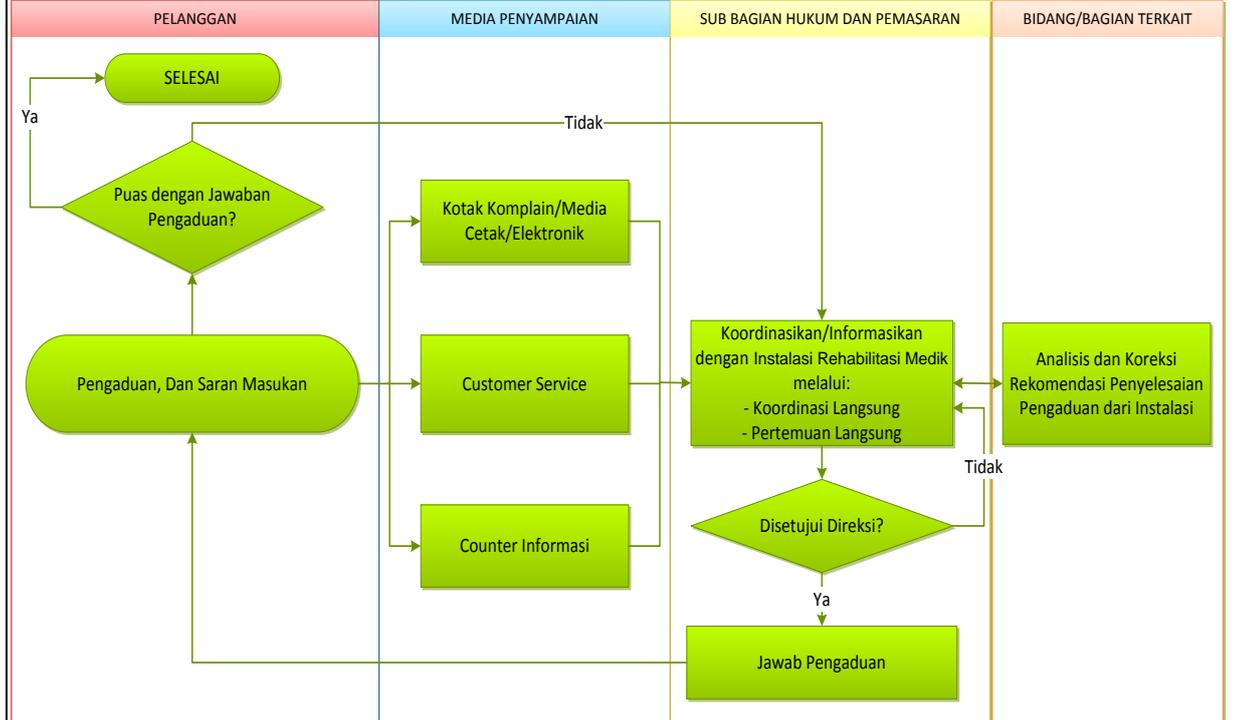
| | |
|---------------------------------------|--|
| | <p>2. Alur Pelayanan Pasien Asuransi</p>  <pre> graph TD Pasien([Pasien]) --> PRM[Pendaftaran Rekam Medik] PRM --> LPP[Loker Penerimaan Pasien] LPP -- Pasien Baru --> KD1[Konsultasi Dokter] LPP -- Pasien Lama --> PRM2[Pelayanan Rehab Medik] KD1 --> PRM2 PRM2 --> KDU[Konsultasi Dokter Ulang] KDU --> Pulang([Pulang]) </pre> <p>3. Alur Pelayanan Pasien Rawat Inap</p>  <pre> graph TD PIRI([Pasien Rawat Inap]) --> ARInap[Administrasi Rawat Inap] ARInap --> LPPRehab[Loker Penerimaan Pasien di Rehab Medik] LPPRehab -- Pasien Baru --> KD[Konsultasi Dokter] LPPRehab -- Pasien Lama --> PR[Petugas ke Ruang yang memerlukan Diatermi ke Poli Rehab Medik] KD --> PR PR --> EDR[Evaluasi oleh Dokter Rehab Medik] </pre> |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan pasien baru/kontrol ulang oleh dokter spesialis : 10 – 15 menit; 2. Pelayanan sub spesialis (Fisioterapi, Okupasi Terapi) : 15 – 45 menit |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSU Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSU Haji Surabaya. |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik; 2. Pelayanan Fisioterapi; 3. Pelayanan Okupasi Terapi; 4. Pelayanan Terapi Wicara; 5. Pelayanan Ortotik Prostetik. |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSU Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rehabilitasi Medik terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rehabilitasi Medik memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Rehabilitasi Medik; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rehabilitasi Medik kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Rehabilitasi Medik kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|--|

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang - undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
2. Undang - undang No. 4 Tahun 1997 tentang Penyandang Cacat;
3. Undang - undang No. 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
4. Undang - undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
5. Undang - undang No. 6 Tahun 1974 tentang Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat;
6. Peraturan Pemerintah RI No. 7 tahun 1987 Jo SKB No.48/MENKES/II/98 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintah dalam Bidang Kesehatan kepada Pemerintah Daerah;
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI no. 1045 Tahun 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit di Lingkungan Departemen Kesehatan;
8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 867 tahun 2004 tentang Registrasi dan Praktik Terapi Wicara;
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 585 Tahun 1989 tentang Persetujuan Tindakan Medik;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b Tahun

| | <p>1988 tentang Rumah Sakit;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 749a Tahun 1988 tentang Rekam Medis/Medical Record;</p> <p>12. Kepmenkes No. 1363 Tahun 2001 tentang Registrasi dan Izin Praktik Fisioterapis;</p> <p>13. Kepmenkes No. 1333 tahun 1999 tentang standar Pelayanan rumah Sakit;</p> <p>14. Kepmenkes No. 983 Tahun 1992 tentang Pedoman Organisasi rumah Sakit Umum;</p> <p>15. DIRJEN Bina Pelayanan Medik Tahun 2007: Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit Kelas, A,B, C, D;</p> <p>16. KEPMENKES RI No 378/Menkes/SK/IV/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|-------------------|-------------------------------|--------------------|--|---------|---|--------------|--|-------|---------------|-----------|-------------|--------------------|----------------|-----------------------|--------------------|--------|-------------------|---------------|-----------------|---------|---------|------------------|-----------------------|---------------|-------------------|-------------------|--|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <p>Alat-alat medis untuk pelayanan meliputi:</p> <table border="0"> <tr> <td>1. Bola Gymnastic</td> <td>12. Parafin bath</td> </tr> <tr> <td>2. EMG Biofeedback</td> <td>13. Pararel Bar</td> </tr> <tr> <td>3. ES</td> <td>14. Quadriceps bench</td> </tr> <tr> <td>4. Guling CP</td> <td>15. Static Bycikle</td> </tr> <tr> <td>5. IR</td> <td>16. SWD Glass</td> </tr> <tr> <td>6. Matras</td> <td>17. SWD Pad</td> </tr> <tr> <td>7. Matras segitiga</td> <td>18. Tensimeter</td> </tr> <tr> <td>8. Matras senam hamil</td> <td>19. Traksi listrik</td> </tr> <tr> <td>9. MWD</td> <td>20. Traksi Manual</td> </tr> <tr> <td>10. Nebulizer</td> <td>21. Tripod kayu</td> </tr> <tr> <td>11. OHP</td> <td>22. USD</td> </tr> <tr> <td>12. USD ombinasi</td> <td>23. Sensori Integrasi</td> </tr> <tr> <td>13. Treadmill</td> <td>24. Snozelen Room</td> </tr> <tr> <td>14. Tilting Table</td> <td></td> </tr> </table> | 1. Bola Gymnastic | 12. Parafin bath | 2. EMG Biofeedback | 13. Pararel Bar | 3. ES | 14. Quadriceps bench | 4. Guling CP | 15. Static Bycikle | 5. IR | 16. SWD Glass | 6. Matras | 17. SWD Pad | 7. Matras segitiga | 18. Tensimeter | 8. Matras senam hamil | 19. Traksi listrik | 9. MWD | 20. Traksi Manual | 10. Nebulizer | 21. Tripod kayu | 11. OHP | 22. USD | 12. USD ombinasi | 23. Sensori Integrasi | 13. Treadmill | 24. Snozelen Room | 14. Tilting Table | |
| 1. Bola Gymnastic | 12. Parafin bath | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. EMG Biofeedback | 13. Pararel Bar | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. ES | 14. Quadriceps bench | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Guling CP | 15. Static Bycikle | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. IR | 16. SWD Glass | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Matras | 17. SWD Pad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Matras segitiga | 18. Tensimeter | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Matras senam hamil | 19. Traksi listrik | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. MWD | 20. Traksi Manual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Nebulizer | 21. Tripod kayu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. OHP | 22. USD | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12. USD ombinasi | 23. Sensori Integrasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Treadmill | 24. Snozelen Room | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Tilting Table | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="702 1377 1037 1456">Nama Jabatan</th> <th data-bbox="1037 1377 1532 1456">Kualifikasi Formal & Informal</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="702 1456 1037 1612">Ka. Instalasi</td> <td data-bbox="1037 1456 1532 1612">S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1612 1037 1769">Ka. KSM</td> <td data-bbox="1037 1612 1532 1769">S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, (Pelatihan, workshop, seminar)</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 1769 1037 1930">KSM</td> <td data-bbox="1037 1769 1532 1930">S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar)</td> </tr> </tbody> </table> | Nama Jabatan | Kualifikasi Formal & Informal | Ka. Instalasi | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar) | Ka. KSM | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, (Pelatihan, workshop, seminar) | KSM | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nama Jabatan | Kualifikasi Formal & Informal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ka. Instalasi | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ka. KSM | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KSM | S2 Kedokteran Fisik & Rehabilitasi, S3 (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | Ka. Ruangan | D4 Fisioterapi (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--------------|--------|---------------|---|---------|---|-----|---|-------------|---|-------------|----|----------------|---|---------------|---|--------------------|---|-------|---|-----|---|
| | Fisioterapi | D3, D4, Profesi Fisioterapi (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Okupasi Terapi | D3, D4 Okupasi Terapi (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Terapi Wicara | D3 Terapi Wicara (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Orthotik Prostetik | D3 Orthotik Prostetik (Pelatihan, workshop, seminar) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Admin | SMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | PRS | SMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama Jabatan</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ka. Instalasi</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ka. KSM</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>KSM</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Ka. Ruangan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Fisioterapi</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>Okupasi Terapi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Terapi Wicara</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Orthotik Prostetik</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Admin</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PRS</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> | | Nama Jabatan | Jumlah | Ka. Instalasi | 1 | Ka. KSM | 1 | KSM | 3 | Ka. Ruangan | 1 | Fisioterapi | 13 | Okupasi Terapi | 2 | Terapi Wicara | 4 | Orthotik Prostetik | 1 | Admin | 1 | PRS | 1 |
| Nama Jabatan | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ka. Instalasi | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ka. KSM | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| KSM | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ka. Ruangan | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fisioterapi | 13 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Okupasi Terapi | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Terapi Wicara | 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orthotik Prostetik | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Admin | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PRS | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Rehabilitasi Medik Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <p>elayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; |

| | |
|--|--|
| | <p>12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang;</p> <p>13. Pengawasan terhadap pihak ke-3;</p> <p>14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV;</p> <p>15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan;</p> <p>16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|--|

N. INSTALASI PATOLOGI KLINIK

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Telah mendaftar di pendaftaran Rekam Medik; b. Blanko Pemeriksaan. 2. Pasien Asuransi <ol style="list-style-type: none"> a. Telah mendaftar di pendaftaran Rekam Medik; b. Lembar SEP; c. Blanko Pemeriksaan. |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. Tata Laksana Pelayanan Pasien Laboratorium</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Rawat Jalan <ol style="list-style-type: none"> a. Umum <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien umum datang ke loket laboratorium; 2. Pasien menyerahkan blangko permintaan pemeriksaan; 3. Dilakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi; 4. Pasien membayar biaya pemeriksaan di loket kasir laboratorium; 5. Pasien mendapat bukti pembayaran (kwitansi) berwarna putih; 6. Pasien menuju ruang pengambilan darah; 7. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah; 8. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; 9. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil sesuai waktu yang telah dijanjikan; 10. Pasien menunjukkan kwitansi warna putih sebagai bukti pengambilan hasil. b. BPJS (JKN NON PBI, JKN PBI) <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke loket Admisi Rawat Jalan dengan melengkapi persyaratan untuk di verifikasi dan mendapat nomer antrian untuk ke Laboratorium; 2. Pasien membawa blangko laboratorium yang sudah di verifikasi dan nomer antrian dari loket Admisi Rawat Jalan menuju |

| | |
|--|---|
| | <p>Laboratorium;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien datang ke loket administrasi Laboratorium sesuai panggilan nomer antrian; 4. Pasien menyerahkan blangko permintaan pemeriksaan; 5. Dilakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi; 6. Pasien menuju ruang pengambilan darah; 7. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah / sampling; 8. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; 9. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil sesuai waktu yang telah dijanjikan; 10. Sebelum ambil hasil, pasien datang ke loket Admisi Rawat Jalan untuk mendapatkan SEP; 11. Pasien datang ke laboratorium menunjukkan bukti pengambilan hasil dan SEP; 12. Pasien mendapatkan hasil pemeriksaan beserta kelengkapan SEP; 13. Pasien menyerahkan kembali kelengkapan SEP dan hasil pemeriksaan ke klinik yang dituju. <p>c. Pihak Ke III</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke loket Admisi Rawat Jalan dengan melengkapi persyaratan untuk mendapat SEP dan mengambil nomer antrian untuk Laboratorium; 2. Pasien membawa SEP dan nomer antrian dari loket Admisi Rawat Jalan menuju Laboratorium; 3. Pasien datang ke loket administrasi Laboratorium sesuai panggilan nomer antrian; 4. Pasien menyerahkan blangko permintaan pemeriksaan beserta kelengkapannya (SEP); |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. Dilakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi; 6. Pasien menuju ruang pengambilan darah; 7. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah / sampling; 8. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; 9. Pasien meminta SJP (Surat Jaminan Pelayanan) ke loket Admisi Rawat Jalan; 10. Pasien menunjukkan bukti pengambilan hasil disertai SJP; 11. Pasien mendapatkan hasil pemeriksaan disertai kelengkapan SJP; 12. Pasien menyerahkan hasil pemeriksaan ke klinik yang dituju. <p>d. Karyawan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke loket Laboratorium dengan membawa blangko pemeriksaan dan nomor antrian; 2. Dilakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan sesuai jenis layanan untuk karyawan (BPJS Non PBI) oleh petugas administrasi; 3. Pasien menuju ruang pengambilan darah; 4. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah; 5. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; 6. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil sesuai waktu yang telah dijanjikan; 7. Pasien menunjukkan nomer pengambilan untuk mendapatkan hasil. <p>e. Jamaah Haji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Jamaah Haji datang ke loket MCU dan menyelesaikan administrasi; 2. Dilakukan kelengkapan data permintaan pemeriksaan (pemberian label) oleh petugas rekam medis (khusus jamaah haji); 3. Pasien dipanggil oleh petugas sampling |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>untuk dilakukan pengambilan darah;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil oleh petugas MCU sesuai waktu yang telah dijanjikan. <p>f. MCU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke loket MCU dan menyelesaikan administrasi; 2. Pasien datang ke loket Laboratorium dengan membawa blangko pemeriksaan; 3. Dilakukan kelengkapan data permintaan pemeriksaan (pemberian label) oleh petugas administrasi laboratorium; 4. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah; 5. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; 6. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil oleh petugas MCU sesuai waktu yang telah dijanjikan. <p>2. Pasien Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bahan pemeriksaan yang telah diambil dari pasien oleh perawat, dikirim ke Laboratorium; b. Bahan pemeriksaan yang telah diterima oleh Laboratorium dilakukan proses identifikasi / registrasi data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi; c. Bahan pemeriksaan diperiksa berdasarkan permintaan; d. Hasil pemeriksaan dipisahkan berdasarkan ruangan, siap untuk diambil oleh petugas rawat inap. <p>B. Tata Laksana Pelayanan Pasien Cito (Emergency)</p> <p>1. Pasien Rawat Jalan.</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dari Rawat Jalan datang ke laborat ke loket administrasi; b. Pasien menyerahkan blangko permintaan pemeriksaan; c. Dilakukan entri data pasien sesuai jenis layanan (BPJS,Pihak ke III) dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi; d. Apabila pasien umum, maka dilakukan entri data dan pembayaran di kasir laboratorium; e. Pasien mendapat blangko pemeriksaan |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>laboratorium yang sudah dientrikan;</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Pasien langsung ke ruang sampling menyerahkan blangko pemeriksaan yang telah didaftar; g. Pasien dipanggil oleh petugas sampling untuk dilakukan pengambilan darah; h. Hasil pemeriksaan selesai kurang dari 2 jam diambil diruang lab. Cito; i. Pasien menunjukkan kwitansi (pasien umum) sebagai bukti pengambilan hasil. <p>2. IGD/Rawat Inap:</p> <p>a. Pasien IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dari IGD langsung ke ruang lab. Cito menyerahkan blangko pemeriksaan; 2. Dilakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas laboratorium cito; 3. Pasien kemudian diambil darahnya oleh petugas lab. Cito; <ol style="list-style-type: none"> a) Jika pasien datang sendiri diambil darah / sample oleh petugas lab Cito; b) Jika petugas IGD mengirim sample darah melalui pneumatic tube tersebut langsung di serahkan oleh petugas lab.Cito. 4. Bahan kemudian diproses hingga keluar hasil; 5. Hasil pemeriksaan kemudian dientrikan kekomputer; 6. Hasil pemeriksaan selesai kurang dari 2 jam diambil diruang lab.Cito. <p>b. Pasien IGD/Rawat Inap yang mengirim Sampel melalui pneumatic tube</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spesimen (sampel) dikirim melalui Alat Pneumatic Tube dari titik stasiun yang terpasang diruangan Rawat Inap dan IGD diterima oleh petugas laboratorium Cito; 2. Petugas laboratorium Cito menerima buku ekspedisi bahan dari Ruang Rawat Inap dan IGD; 3. Petugas laboratorium Cito melakukan Identifikasi untuk memastikan kesesuaian antara blanko permintaan,sampel pemeriksaan dan identitas pasien; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 4. Petugas laboratorium Cito menulis nama tanda terima di buku ekspedisi dan segera mengembalikan ekspedisi melalui pneumatic tube; 5. Petugas laboratorium Cito memberi label nomor lab. dan bahan diberi label nomor validasi; 6. Petugas laboratorium Cito memproses bahan hingga keluar hasil; 7. Hasil pemeriksaan kemudian dientrikan ke komputer; 8. Hasil pemeriksaan selesai kurang dari 2 jam diambil diruang lab. Cito; 9. Petugas laboratorium Cito melakukan pengiriman hasil pemeriksaan laboratorium melalui Pneumatic Tube dengan buku ekspedisi hasil; 10. Petugas Rawat Inap dan IGD mengirim kembali buku ekspedisi hasil ke laboratorium Cito. <p>C. Tata Laksana Pelayanan Bank Darah Di Dalam Jam Kerja</p> <p>1. Pasien Rawat Inap (UMUM), JKN NON PBI, JKN PBI :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bahan pemeriksaan yang telah diambil dari pasien rawat inap oleh perawat, dikirim ke bank darah laboratorium dan dilakukan entry data pasien sesuai dengan jenis permintaan darah oleh petugas administrasi kemudian dilakukan proses pemeriksaan oleh petugas bank darah laboratorium; b. Hasil permintaan darah diambil di bank darah laboratorium setelah petugas bank darah menghubungi rawat inap dan selanjutnya diambil oleh petugas rawat inap / keluarga pasien; c. Petugas memberikan kitir pengambilan darah sebagai bukti pengambilan darah; d. Pembayaran dilakukan pada waktu KRS (pasien keluar rumah sakit). <p>2. Jamaah Haji / Umum /JKN Non PBI / JKN PBI:</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Bahan pemeriksaan yang telah diambil dari pasien rawat inap oleh perawat, dikirim ke bank darah laboratorium dan dilakukan entry data pasien sesuai dengan jenis permintaan darah oleh petugas administrasi kemudian dilakukan proses pemeriksaan oleh petugas bank darah laboratorium; b. Hasil permintaan darah diambil di bank darah laboratorium setelah petugas bank darah menghubungi rawat inap dan selanjutnya diambil oleh petugas rawat inap / keluarga pasien; c. Petugas memberikan kitir pengambilan darah sebagai bukti pengambilan darah; d. Pembayaran dilakukan pada waktu KRS (pasien keluar rumah sakit). <p>D. Tata Laksana Pelayanan Bank Darah Di Luar Jam Kerja</p> <p>1. Pasien Rawat Inap (UMUM), JKN NON PBI, JKN PBI:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bahan pemeriksaan yang telah diambil dari pasien oleh perawat dan blanko permintaan darah yang telah mendapat stempel dari kasir IGD, dikirim ke bank darah laboratorium; b. Bahan pemeriksaan yang telah diterima oleh petugas penerima, dicatat di buku ekspedisi; c. Petugas penerima bahan menghubungi kurir yang bertugas; d. Kurir mengantar contoh darah dan blanko permintaan ke PMI; e. Kurir membawa kembali darah transfusi dan copy blanko permintaan darah ke Bank darah laboratorium; f. Kurir menyerahkan darah transfusi dan copy blanko ke petugas penerima di bank darah laboratorium; g. Petugas melakukan entry data pasien dan data permintaan darah; h. Petugas menghubungi ruangan tempat pasien dirawat; i. Petugas memberikan kitir pengambilan darah sebagai bukti pengambilan darah; j. Pembayaran dilakukan pada waktu KRS |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>(pasien keluar rumah sakit).</p> <p>2. Jamaah Haji / Umum / JKN Non PBI / JKN PBI :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bahan pemeriksaan yang telah diambil dari pasien oleh perawat dan blanko permintaan darah yang telah mendapat stempel dari kasir IGD, dikirim ke bank darah laboratorium; b. Bahan pemeriksaan yang telah diterima oleh petugas penerima, dicatat di buku ekspedisi; c. Petugas penerima bahan menghubungi kurir yang bertugas; d. Kurir mengantar contoh darah dan blanko permintaan ke PMI; e. Kurir membawa kembali darah transfusi dan copy blanko permintaan darah ke Bank darah laboratorium; f. Kurir menyerahkan darah transfusi dan copy blanko ke petugas penerima di bank darah laboratorium; g. Petugas melakukan entry data pasien dan data permintaan darah; h. Petugas menghubungi ruangan tempat pasien dirawat; i. Petugas memberikan kitir pengambilan darah sebagai bukti pengambilan darah; j. Pembayaran dilakukan pada waktu KRS (pasien keluar rumah sakit). <p>E. Tata Laksana Pelayanan Pasien Biomolekuler/PCR</p> <p>Alur Penanganan dan Pengiriman Sampel Swab PCR SARS CoV 2 ke Laboratorium Rujukan PCR: Sampel pasien swab berasal dari Bilik Swab dan ruangan rawat inap yang terindikasi memerlukan pengambilan swab untuk pemeriksaan PCR SARS CoV 2, selanjutnya dirujuk ke instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Provinsi Jawa Timur sebagai rujukan pemeriksaan PCR SARS CoV 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi Sampel di Dalam BSC (Biosafety Cabinet): <ol style="list-style-type: none"> a. Cek Label sampel swab (nama, register dan tanggal pengambilan sampel); b. Mencocokkan dengan Form 7; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>c. Identitas sampel swab dicatat di “Buku Pengambilan Sampel Swab” yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Nomor Urut; 2) Nama Pasien; 3) Nomor RM; 4) Alamat; 5) Tanggal, bulan dan tahun lahir; 6) Tanggal pengambilan swab; 7) Asal ruangan pasien; 8) Keterangan swab 1,2,3 dst. <p>2. Penanganan swab dengan kriteria sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Telah terdiri dari 1 pasang sampel swab suspek 1 dan 2 (sepasang); b. Sampel swab follow up (single); c. Sampel swab pasien yang meninggal, KRS paksa, swab ke-2 dari faskes lain; d. Sampel swab yang telah tersimpan maksimal 3 hari di suhu -4 °C. <p>3. Menyiapkan sampel swab untuk dipacking dan dikirim ke instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Surabaya untuk dilakukan pemeriksaan pemeriksaan PCR Sars CoV 2;</p> <p>4. Sampel yang sudah siap dikirim ke instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Surabaya maka dilakukan pengentrian data di Aplikasi online <u>Informasi Jejaring Laboratorium Pemeriksaan Covid-19</u>, Kemenkes RI (All New Record = ANR);</p> <p>5. Download data excel dari ANR sebagai lampiran untuk pengiriman ke instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Surabaya;</p> <p>6. Melaporkan pengiriman sampel swab via WA atau email kepada koordinator instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Surabaya;</p> <p>7. Sampel Swab yang ada di dalam <i>cooler box</i> dikirim ke instansi yang direkomendasikan oleh RSUD Haji Surabaya oleh petugas Laboratorium Patologi Klinik Surabaya dimana untuk alat transportasi disediakan oleh Bagian Umum RSUD Haji Surabaya;</p> <p>8. Hasil dapat di download dari aplikasi ANR sekitar 2 – 7 hari dari tanggal pengiriman sampel (kondisi normal);</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>9. Setelah hasil keluar melalui aplikasi ANR, dicetak dan direkap di buku arsip hasil PCR;</p> <p>10. Hasil di entry oleh petugas analis di aplikasi <i>Healthy Plus</i> (SIM) dan diverifikasi oleh dokter penanggungjawab hasil PCR;</p> <p>11. Hasil PCR diserahkan dengan kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> Jika pasien masih rawat inap maka petugas menginfokan ke ruang rawat inap bahwa hasil sudah selesai; Jika pasien sudah KRS (pulang atau meninggal dunia), maka hasil akan diserahkan ke RKI IGD bagian rekam medik untuk dimasukkan ke dokumen rekam medik pasien; Jika pasien rawat jalan, maka hasil akan diserahkan ke RKI IGD. <p>12. Rekap hasil pemeriksaan PCR diserahkan juga ke tim surveillance RSUD Haji Surabaya, untuk dilanjutkan menginfokan ke keluarga pasien.</p> <p>F. Tata Laksana Pelayanan Pasien Mikrobiologi</p> <p>1. Pasien Rawat Jalan (UMUM)</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien umum datang ke loket laboratorium Mikrobiologi Klinik; Pasien menyerahkan blanko permintaan pemeriksaan; Petugas administrasi memasukan data pasien dan data permintaan pemeriksaan; Pasien/ keluarga pasien melakukan pembayaran di loket rawat inap; Pasien /keluarga pasien mendapatkan bukti pembayaran (kuitansi) berwarna putih dan merah; Kuitansi berwarna putih diserahkan ke pasien / keluarga pasien dengan disertai tanggal pengambilan hasil, untuk pengambilan hasil; Kuitansi berwarna merah disimpan petugas administrasi. <p>2. Pasien JKN/ PIHAK Ketiga Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien datang ke loket Admisi Rawat Jalan dengan melengkapi persyaratan untuk mendapatkan Surat Elegibilitas Peserta (SEP); Pasien membawa SEP ke loket pendaftaran laboratorium Mikrobiologi Klinik; |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>c. Pasien menyerahkan SEP dan blanko pemeriksaan mikrobiologi klinik;</p> <p>d. Petugas administrasi laboratorium mikrobiologi klinik memasukkan data pasien dan permintaan pemeriksaan sesuai blanko permintaan;</p> <p>e. Petugas / analis melakukan pengambilan sampel sesuai blanko permintaan dan mengerjakan pemeriksaan terhadap bahan /sampel;</p> <p>f. Petugas administrasi memberikan kitir pengambilan hasil (disertai tanggal pengambilan hasil);</p> <p>g. Pasien mengambil hasil pemeriksaan sesuai tanggal yang telah ditentukan di loket laboratorium mikrobiologi klinik dengan membawa kitir/ bukti pengambilan hasil;</p> <p>h. Petugas administrasi menyerahkan hasil pemeriksaan beserta SEP dan bukti lunas pembayaran.</p> <p>3. Pasien rawat inap</p> <p>a. Petugas rawat inap membawa bahan pemeriksaan/ sampel pasien ke laboratorium mikrobiologi klinik beserta blanko permintaan pemeriksaan;</p> <p>b. Petugas administrasi melakukan validasi bahan pemeriksaan dengan blanko permintaan pemeriksaan;</p> <p>c. Petugas administrasi memasukkan data pasien dan jenis pemeriksaan sesuai blanko permintaan pemeriksaan dan menyerahkan bukti pengambilan hasil kepada petugas rawat inap;</p> <p>d. Bahan pemeriksaan diserahkan kepada petugas laboratorium/ analis;</p> <p>e. Petugas laboratorium/ analis melakukan validasi sesuai blanko permintaan;</p> <p>f. Analis mengerjakan pemeriksaan sesuai blanko permintaan pemeriksaan;</p> <p>g. Petugas rawat inap mengambil hasil dengan membawa kitir /bukti pengambilan hasil ke loket mikrobiologi klinik.</p> <p>4. Medical Check Up (MCU)</p> <p>a. Pasien datang ke loket pendaftaran MCU</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>(Tower Arofah Lt 4) dan menyelesaikan administrasi pemeriksaan;</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Pasien menuju loket mikrobiologi klinik dengan membawa blanko permintaan pemeriksaan; c. Petugas administrasi memasukkan data pasien dan jenis pemeriksaan sesuai blanko pemeriksaan; d. Petugas laboratorium/ analis melakukan pengambilan bahan pemeriksaan/ sampel sesuai blanko permintaan; e. Bahan pemeriksaan diproses petugas laboratorium/ analis sesuai permintaan; f. Petugas MCU mengambil hasil pemeriksaan ke loket mikrobiologi klinik dan menyerahkan hasil pemeriksaan ke pasien. <p>5. Penerimaan Sample atau Bahan Pemeriksaan Mikrobiologi di Luar Jam Dinas</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas rawat inap, dan IGD membawa sample atau bahan pemeriksaan beserta lembar permintaan pemeriksaan Mikrobiologi ke laboratorium PK (Gedung Tower Arofah Lt 3); b. Khusus jika ada operasi emergensi atau operasi di luar jam dinas, petugas bedah sentral (OK) menyerahkan bahan pemeriksaan beserta lembar permintaan kepada petugas ruangan tempat pasien rawat inap; c. Selanjutnya petugas ruangan bertanggung jawab menyerahkan bahan pemeriksaan ke laboratorium PK beserta lembar permintaan pemeriksaan mikrobiologi; d. Petugas laboratorium PK melakukan verifikasi atau pencocokan identitas pasien, jenis dan jumlah sample atau bahan yang akan diperiksa sesuai lembar permintaan, serta menandatangani buku ekspedisi pemeriksaan; e. Petugas laboratorium PK melakukan registrasi pemeriksaan Mikrobiologi; f. Penyimpanan bahan pemeriksaan berupa darah (dalam botol Bactec) disimpan dalam suhu ruang; g. Bahan pemeriksaan urin, feses, dan sputum serta pus (dalam spuit/ BHI) disimpan dalam |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>refrigerator bukan dalam freezer;</p> <p>h. Bahan pus (dalam transport Amies) disimpan pada suhu ruang;</p> <p>i. Petugas laboratorium PK menghubungi petugas mikrobiologi untuk mengambil sample atau bahan pemeriksaan beserta lembar permintaan pemeriksaan mikrobiologi pada saat jam kerja;</p> <p>j. Petugas Mikrobiologi mengambil bahan atau sample yang ada di laboratorium PK beserta lembar permintaan pada saat jam kerja;</p> <p>k. Petugas Mikrobiologi membawa bahan atau sample yang telah sesuai dengan lembar permintaan ke laboratorium Mikrobiologi.</p> <p>G. Tata Laksana Pelayanan Pasien Laboratorium Rujukan</p> <p>1. Pasien Rawat Jalan</p> <p>a. Pasien datang ke loket administrasi laboratorium Patologi Klinik RSUD Haji Surabaya;</p> <p>b. Melakukan entri data pasien dan data permintaan pemeriksaan oleh petugas administrasi laboratorium sesuai dengan pemeriksaan rujukan luar yang diminta;</p> <p>c. Pasien membayar biaya pemeriksaan di loket kasir laboratorium patologi klinik RSUD Haji Surabaya;</p> <p>d. Pasien mendapat bukti pembayaran (kwitansi) berwarna putih;</p> <p>e. Pasien mengumpulkan blangko pemeriksaan di ruang pengambilan darah (sampling);</p> <p>f. Pasien dipanggil oleh petugas analis bagian sampling untuk melakukan pengambilan darah;</p> <p>g. Menyiapkan Spesimen (sampel) untuk dirujuk ke laboratorium rujukan;</p> <p>h. Kurir dari Laboratorium rujukan mengambil bahan yang telah disiapkan oleh petugas Laboratorium Patologi Klinik RSUD Haji Surabaya;</p> <p>i. Hasil laboratorium rujukan diantar oleh petugas laboratorium rujukan sesuai waktu</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>yang dijanjikan;</p> <p>j. Hasil pemeriksaan diambil di loket pengambilan hasil laboratorium patologi klinik oleh pasien sesuai waktu yang telah dijanjikan;</p> <p>k. Pasien menyerahkan kwitansi warna putih sebagai bukti pengambilan hasil.</p> <p>2. Pasien Rawat Inap dan Paviliun</p> <p>a. Petugas ruangan Rawat Inap dan Paviliun menyerahkan sampel / spesimen ke Laboratorium RSUD Haji disertai blangko pemeriksaan;</p> <p>b. Sampel / spesimen disiapkan untuk dirujuk ke Laboratorium rujukan;</p> <p>c. Kurir dari Laboratorium rujukan mengambil bahan yang telah disiapkan oleh petugas Laboratorium Patologi Klinik RSUD Haji;</p> <p>d. Hasil laboratorium rujukan diantar oleh petugas laboratorium rujukan sesuai waktu yang dijanjikan;</p> <p>e. Petugas Laboratorium Patologi Klinik menyiapkan hasil Laboratorium Rujukan yang telah selesai;</p> <p>f. Petugas rawat inap dan paviliun mengambil hasil yang telah disiapkan oleh petugas laboratorium patologi klinik.</p> |
|--|---|

II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan

1. Pelayanan Laboratorium Elektif

Tindakan pemeriksaan laboratorium rutin dengan waktu 6 jam (kecuali pemeriksaan imunologi dan Evaluasi Hapusan Bone Marrow)

| Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Elektif / Rutin | | |
|--|---------|----------|
| | Minimum | Maksimum |
| Administrasi | | |
| Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit |
| Pengerjaan dengan alat | | |
| Kimia Klinik | 4 jam | 6 jam |
| Hematologi | 4 jam | 6 jam |
| Urinalisis | 4 jam | 6 jam |
| Serologi | 4 jam | 6 jam |
| Imunologi | 10 jam | 24 jam |
| Pengerjaan dengan bacaan Morfologi | | |
| Evaluasi Hapusan Darah Tepi | 4 jam | 6 jam |
| Evaluasi Hapusan Bone Marrow | 1 hari | 3 hari |

2. Pelayanan Laboratorium Cito (Emergency)

Tindakan pemeriksaan laboratorium Cito (Emergency) dengan waktu \leq 2 jam selama 24 jam.

| Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Cito / Emergency | | |
|---|----------|----------|
| | Minimum | Maksimum |
| Administrasi | | |
| Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit |
| Pengerjaan dengan alat | | |
| Kimia Klinik | 30 menit | 2 jam |
| a. Analisis Gas Darah; | 30 menit | 1 jam |
| b. Glukosa Darah Acak Stik. | 10 menit | 15 menit |
| Hematologi | 30 menit | 2 jam |
| Urinalisis | 30 menit | 2 jam |

3. Pelayanan Bank Darah

Tindakan pemeriksaan cross match dan ketersediaan darah bagi pasien yang memerlukan tambahan

darah.

| Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Bank Darah | | |
|---|---------|----------|
| | Minimum | Maksimum |
| Administrasi | | |
| Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit |
| Pengerjaan dengan alat | | |
| Cross Match | 1 jam | 3 jam |

4. Pelayanan Biomolekuler / PCR

Tindakan pemeriksaan Biomolekuler merupakan kegiatan untuk melakukan pengujian terhadap sampel secara molekuler (RNA atau DNA). Adapun pemeriksaan Biomolekuler yang dikerjakan adalah pemeriksaan *polymerase chain reaction* / PCR untuk mendiagnosis Covid-19 sehingga pemerintah dapat menyusun dan melakukan tindakan yang tepat untuk menghentikan penyebaran Covid-19.

| Tindakan Laboratorium Biomolekuler / PCR | | |
|---|---------|----------|
| | Minimum | Maksimum |
| Administrasi | | |
| Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit |
| Pengerjaan dengan alat | | |
| Ekstraksi | 1,5 jam | 2 jam |
| Deteksi | 1,5 jam | 2 jam |
| Pengerjaan dengan cara manual | | |
| Ekstraksi | 1,5 jam | 2 jam |
| Preparasi dan mixing | 2 jam | 3 jam |
| Entri dan print Hasil Pemeriksaan sampai verifikasi hasil dengan dr.Sp.PK | 1,5 jam | 2 jam |
| Waktu Tunggu hasil pemeriksaan | 1 hari | 2 hari |

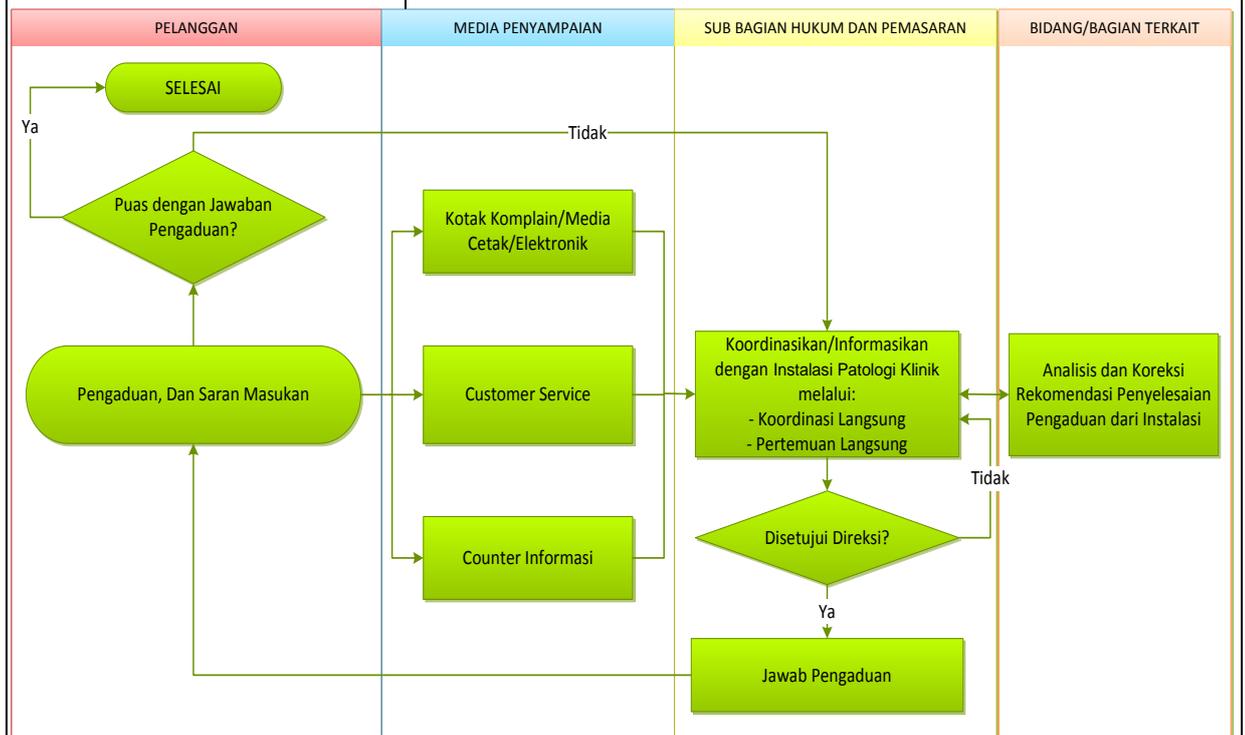
| | <p>5. Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi</p> <p>Tindakan pemeriksaan Mikrobiologi dengan identifikasi kuman beserta sensitivity test terhadap obatnya.</p> <table border="1" data-bbox="759 412 1519 1016"> <thead> <tr> <th colspan="3">Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Mikrobiologi</th> </tr> <tr> <th></th> <th>Minimum</th> <th>Maksimum</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="3">Administrasi</td> </tr> <tr> <td>Entri permintaan pemeriksaan</td> <td>3 Menit</td> <td>5 Menit</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Pengerjaan dengan alat</td> </tr> <tr> <td>Kultur Urine</td> <td>3 hari</td> <td>6 hari</td> </tr> <tr> <td>Kultur Sputum</td> <td>3 hari</td> <td>6 hari</td> </tr> <tr> <td>Kultur Pus</td> <td>3 hari</td> <td>6 hari</td> </tr> <tr> <td>Kultur Faeces</td> <td>3 hari</td> <td>4 hari</td> </tr> <tr> <td>Kultur Darah</td> <td>4 hari</td> <td>6 hari</td> </tr> <tr> <td>Pengecatan Gram dan ZN</td> <td>1 hari</td> <td>1 hari</td> </tr> </tbody> </table> | Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Mikrobiologi | | | | Minimum | Maksimum | Administrasi | | | Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit | Pengerjaan dengan alat | | | Kultur Urine | 3 hari | 6 hari | Kultur Sputum | 3 hari | 6 hari | Kultur Pus | 3 hari | 6 hari | Kultur Faeces | 3 hari | 4 hari | Kultur Darah | 4 hari | 6 hari | Pengecatan Gram dan ZN | 1 hari | 1 hari |
|---|---|---|--|--|--|---------|----------|---------------------|--|--|------------------------------|---------|---------|-------------------------------|--|--|--------------|--------|--------|---------------|--------|--------|------------|--------|--------|---------------|--------|--------|--------------|--------|--------|------------------------|--------|--------|
| Tindakan Laboratorium Patologi Klinik Mikrobiologi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Minimum | Maksimum | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Administrasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entri permintaan pemeriksaan | 3 Menit | 5 Menit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengerjaan dengan alat | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur Urine | 3 hari | 6 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur Sputum | 3 hari | 6 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur Pus | 3 hari | 6 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur Faeces | 3 hari | 4 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kultur Darah | 4 hari | 6 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pengecatan Gram dan ZN | 1 hari | 1 hari | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan Laboratorium Elektif; Pelayanan Laboratorium Cito (Emergency). Pelayanan Bank Darah Pelayanan Biomolekuler / PCR Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>Komite Mutu & Panitia Audit).</p> <p>a. Pengawasan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll <p>b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Patologi Klinik terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Patologi Klinik memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Patologi Klinik; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rehabilitasi Medik kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Patologi Klinik kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian; 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan. |
|--|---|

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang – undang No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
2. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 129 / Menkes / SK / VI / 2008 tentang berlakunya Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit;
3. Undang – undang No 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran;
4. Undang – undang No 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 159b/Menkes/SK/Per/II/1988 tentang Rumah Sakit;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 727/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit (*Hospital by Laws*).

| | | | | |
|---|------------------------------|--------------------|------------|------------|
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | No | Nama Barang | Jml | Ket |
| | A. Ruang Immunologi | | | |
| | 1 | Cobas e 411 | 1 | KSO |
| | 2 | Mikroskop | 1 | |
| | 3 | Rotator | 1 | |
| | 4 | Lemari Es | 1 | |
| | 5 | Meja | 1 | |
| | 6 | Meja | 1 | |
| | 7 | Meja | 1 | |
| | 8 | Kursi | 2 | |
| | 9 | Mikropipet | 1 | |
| | 10 | Mikropipet | 1 | |
| | 11 | Mikropiper | 1 | |
| | 12 | Mikropipet | 1 | |
| | 13 | Centrifuge | 1 | |
| | B. Ruang Urinalisis | | | |
| | 1 | Cobas U411 | 1 | KSO |
| | 2 | Centrifuge | 2 | |
| | 3 | Mikroskop | 1 | |
| | 4 | Meja | 2 | |
| | 5 | Kursi | 3 | |
| | 6 | Lemari Es | 1 | |
| | 7 | Tempat sampah | 2 | |
| | 8 | Mikropipet | 1 | |
| | 9 | Mikropipet | 1 | |
| | 10 | Komputer | 1 | |
| | 11 | Program LIS | | |
| | C. Ruang Kimia Klinik | | | |
| | 1 | Lemari Es | 1 | |
| | 2 | Komputer | 1 | KSO |
| | 3 | Meja | 1 | |
| | 4 | Kursi | 3 | |
| | 5 | Tempat Sampah | 1 | |

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|---|-----|
| 6 | COBAS C 501 | 1 | KSO |
| 7 | Centrifuge | 2 | |
| 8 | Mikropipet | 1 | |
| 9 | Mikropipet | 1 | |
| 10 | Komputer | 2 | KSO |
| 11 | Mixer | 1 | |
| 12 | Meja Komputer | 1 | KSO |
| 13 | Kursi | 2 | KSO |
| D. Ruang Hematologi | | | |
| 1 | XN-550 | 1 | KSO |
| 2 | CA 600 SERIES | 1 | KSO |
| 3 | Centrifuge | 1 | KSO |
| 4 | Mikropipet | 1 | |
| 5 | Mikropipet | 1 | |
| 6 | Mikropipet | 1 | |
| 7 | Mikropipet | 1 | |
| 8 | Mikropipet | 1 | KSO |
| 9 | Printer | 1 | |
| 11 | Kursi | 3 | |
| 12 | Meja | 3 | |
| 13 | Timer | 1 | |
| 14 | Stopwatch | 1 | |
| 15 | Telepon | 1 | |
| 16 | Termometer dinding | 1 | |
| 17 | Komputer | 2 | KSO |
| E. Ruang Proses Cito | | | |
| 1 | XN-350 | 1 | KSO |
| 2 | MIDITRON JUNIOR II | 1 | |
| 3 | BGA ANALYZER | 1 | KSO |
| 4 | Mikroskop | 1 | |
| 5 | Lampu sorot | 1 | |
| 6 | Centrifuge | 2 | |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|---|-------|
| | 7 | Mikropipet | 1 | |
| | 8 | Mikropipet | 1 | |
| | 9 | Mikropipet | 1 | |
| | 10 | Mikropipet | 1 | |
| | 11 | Mikropipet | 1 | |
| | 12 | Mikropipet | 1 | |
| | 13 | Printer Label | 1 | |
| | 14 | Kursi | 3 | |
| | 15 | Meja | 3 | |
| | 16 | Printer Laser | 1 | |
| | 17 | Telepon | 1 | |
| | 18 | Termometer dinding | 1 | |
| | 19 | Tempat tidur | 1 | |
| | 20 | Komputer | 2 | |
| | 21 | GDA STIK | 3 | |
| | 22 | Lemari arsip | 1 | |
| | 23 | Meja sampling | 1 | |
| | 24 | Kursi sampling | 1 | |
| | 25 | Komputer | 2 | 1 KSO |
| | F. Ruang Proses Bank Darah | | | |
| | 1 | Diacent sero centrifuge | 1 | |
| | 2 | ID Centrifuge 6 s | 1 | |
| | 3 | ID incubator 37 SI | 1 | |
| | 4 | Tube sealer | 1 | |
| | 5 | Blood bank | 1 | |
| | 6 | Agitator | 1 | |
| | 7 | Lemari Es | 1 | |
| | 8 | Komputer | 1 | |
| | 9 | Mikropipet | 1 | |
| | 10 | Mikropipet | 1 | |
| | 11 | Mikropipet | 1 | |
| | 12 | Mikropipet | 1 | |

| | | | |
|---|-------------------|---|-----------|
| 13 | Meja Proses | 1 | |
| 14 | Meja | 2 | |
| 15 | Komputer Server | 1 | KSO (LIS) |
| 16 | Kursi | 3 | |
| G. Ruang Proses Entry Hasil Laboratorium | | | |
| 1 | Komputer | 2 | |
| 2 | Kursi | 3 | |
| 3 | Televisi | 1 | |
| 4 | Meja | 1 | |
| 5 | Program LIS | | KSO |
| H. Ruang Ganti | | | |
| 1 | Rak Sepatu/Sandal | 1 | |
| 2 | Rak Baju Jas | 1 | |
| I. Ruang Penyimpanan Arsip | | | |
| 1 | Rak Arsip | 3 | |
| J. Ruang Penyimpanan Logistik (Reagen dan ATK) | | | |
| 1 | Lemari Es | 3 | |
| 2 | Rak Besar | 2 | |
| 3 | Lemari Kecil | 1 | |
| 4 | Meja | 1 | |
| 5 | Kursi | 1 | |
| 6 | Palette | 2 | |
| K. Ruang Sampling (Pengambilan sampel darah) | | | |
| 1 | Tempat Tidur | 1 | |
| 2 | Meja sampling | 2 | |
| 3 | Kursi bundar | 3 | |
| 4 | Kursi sampling | 3 | |
| 5 | Kursi Pasien | 2 | |
| 6 | Meja | 1 | |
| L. Ruang Kepala Instalasi | | | |
| 1 | Meja Tulis | 2 | |
| 2 | Kursi Tamu | 2 | |

| | | | |
|---|--|----|--|
| 3 | Kursi Putar | 1 | |
| 4 | Kursi Biasa | 3 | |
| 5 | Mikroskop Binokuler | 1 | |
| M. Ruang Locket / Administrasi | | | |
| 1 | Filling | 2 | |
| 2 | Lemari | 1 | |
| 3 | Meja Tulis | 1 | |
| 4 | Kursi | 5 | |
| 5 | Komputer | 3 | |
| N. Ruang Tunggu Pasien | | | |
| 1 | Kursi Panjang | 10 | |
| 2 | Kursi Panjang | 14 | |
| 3 | Televisi | 1 | |
| 4 | Monitor Antrian | 2 | |
| 5 | Tabung Pemadam Api | 3 | |
| 6 | Kotak Saran | 1 | |
| O. Ruang Laboratorium Biomolekuler / PCR | | | |
| 1 | Meja Kayu | 1 | |
| 2 | Botol Handrub | 1 | |
| 3 | Tempat Sampah kecil (Non infeksius) | 1 | |
| 4 | Botol Disinfektan | 1 | |
| 5 | Tempat sampah besar (Infeksius) | 1 | |
| P. Ruang Ganti | | | |
| 1 | Rak sepatu kaca | 1 | |
| 2 | Lemari susun besi | 1 | |
| 3 | Lemari kayu | 1 | |
| 4 | Tempat sampah kecil | 1 | |
| 5 | Botol Handrub | 1 | |
| 6 | Rak sepatu plastik | 1 | |
| 7 | Kaca | 1 | |
| Q. Ruang Penerimaan Sampel | | | |
| 1 | Kulkas | 2 | |
| 2 | Meja Kayu | 1 | |
| 3 | Kursi | 3 | |
| 4 | AC | 1 | |
| 5 | Tempat Sampah besar (Infeksius) | 1 | |

| | | | |
|-----------------------------|---------------------------------|---|--|
| 6 | Botol Handrub | 1 | |
| R. Ruang Antara | | | |
| 1 | Tempat sampah besar (Infeksius) | 3 | |
| 2 | Apar | 1 | |
| 3 | Hepafilter | 1 | |
| 4 | AC | 1 | |
| 5 | Botol Handrub | 1 | |
| 6 | Botol Alkohol | 1 | |
| 7 | Pass Box | 3 | |
| 8 | Telepon | 1 | |
| S. Ruang Sterilisasi | | | |
| 1 | Autoclave | 1 | |
| 2 | Meja kayu | 1 | |
| 3 | Tempat sampah besar (Infeksius) | 1 | |
| 4 | Tempat Tissue | 1 | |
| 5 | Tempat Sabun | 1 | |
| T. Ruang Ekstraksi | | | |
| 1 | Ekstraksi bioneer | 2 | |
| 2 | Biosafety Cabinet (BSC) | 1 | |
| 3 | Frezeer (-20) | 1 | |
| 4 | Centrifuge | 1 | |
| 5 | Spin Down | 1 | |
| 6 | Vortex | 1 | |
| 7 | CCTV | 1 | |
| 8 | Passbox | 3 | |
| 9 | Pesawat Telepon | 1 | |
| 10 | Exiprep | 2 | |
| 11 | Meja besi | 2 | |
| 12 | AC | 2 | |
| 13 | Frezeer (-70) | 1 | |
| 14 | Lemari kaca | 2 | |
| 15 | Tempat sampah besar | 2 | |
| 16 | Tempat sampah kecil | 2 | |
| 17 | Tempat tissue | 1 | |
| 18 | Kursi | 2 | |
| 19 | Botol Handrub | 2 | |

| | | | |
|----------------------------------|--------------------------|----|--|
| 20 | Botol Alkohol (semprot) | 2 | |
| 21 | UPS | 3 | |
| 22 | Pipet (10,520,100,1000) | @1 | |
| 23 | Rak plastik kecil | 1 | |
| 24 | Telepon | 1 | |
| U. Ruang Preparasi Reagen | | | |
| 1 | Frezeer (-20) | 1 | |
| 2 | Lemari Es / Kulkas | 1 | |
| 3 | Luminarflow | 1 | |
| 4 | Pesawat Telepon | 1 | |
| 5 | Meja besi | 1 | |
| 6 | Kursi | 2 | |
| 7 | Tempat sampah besar | 1 | |
| 8 | AC | 1 | |
| 9 | Botol Handrub | 1 | |
| 10 | Rak plastik kecil | 1 | |
| 11 | Botol Alkohol (Semprot) | 1 | |
| 12 | UPS | 1 | |
| 13 | Pipet (2,10,20,200,1000) | @1 | |
| V. Ruang Deteksi | | | |
| 1 | PC Komputer | 1 | |
| 2 | Alat Detektor | 1 | |
| 3 | CCTV | 1 | |
| 4 | Pesawat Telepon | 1 | |
| 5 | Light Cyler 480 | 1 | |
| 6 | Komputer (PC+CPU) | 1 | |
| 7 | Meja besi | 2 | |
| 8 | UPS | 2 | |
| 9 | Printer | 1 | |
| 10 | AC | 1 | |
| 11 | Kursi | 2 | |

| | | | | |
|--|----|-------------------------------|---|--|
| | 12 | Botol Handrub | 1 | |
| | 13 | Rak Plastik Kecil | 1 | |
| W. Ruang Anteroom | | | | |
| | 1 | Hepafilter | 1 | |
| | 2 | Pesawat Telepon | 1 | |
| | 3 | APAR | 1 | |
| | 4 | Lemari besi | 1 | |
| | 5 | Tempat sampah besar | 1 | |
| | 6 | Tempat sampah kecil | 1 | |
| | 7 | Handrub | 1 | |
| | 8 | Tempat Tissue | 1 | |
| | 9 | Kursi | 1 | |
| | 10 | Botol Alkohol (Semprot) | 2 | |
| X. Ruang Autoclave | | | | |
| | 1 | Autoclave | 1 | |
| Y. Ruang Administrasi PCR | | | | |
| | 1 | PC Komputer | 1 | |
| | 2 | Monitor CCTV | 1 | |
| | 3 | Pesawat Telepon | 1 | |
| Z. Ruang Pengerjaan Sampel Antigen dan Antibodi | | | | |
| | 1 | Biosafety Cabinet (BSC) | 1 | |
| | 1 | Lemari Arsip | 1 | |
| | 2 | Lemari Arsip | 2 | |
| | 3 | Mikroskop | 3 | |
| AA. Ruang Mikrobiologi | | | | |
| | 1 | Inkubator | 1 | |
| | 2 | Inkubator | 2 | |
| | 3 | Laminar flow | 1 | |
| | 4 | Biosafety cabinet (BSC 2A) | 1 | |
| | 5 | Dry heat oven | 1 | |
| | 6 | Waterbath Memmert | 1 | |

| | | | |
|----|--|----|---------|
| 7 | Mikrotom | 1 | |
| 8 | Sentrifuse EBA 20 | 1 | |
| 9 | Vortex | 1 | |
| 10 | Hot plate | 1 | |
| 11 | Timbangan digital | 1 | Rusak |
| 12 | Eye washer | 1 | |
| 13 | Autoclave | 1 | |
| 14 | Autoclave | 1 | Rusak |
| 15 | UV lamp portable | 1 | |
| 16 | Mikroskop | 4 | |
| 17 | Bactec FX 40 | 1 | KSO |
| 18 | Nephelometer | 1 | |
| 19 | Bunsen | 4 | 3 Rusak |
| 20 | Tabung erlenmeyer 2000 ml | 1 | |
| 21 | Tabung erlenmeyer 1000 ml | 9 | |
| 22 | Tabung erlenmeyer 500 ml | 5 | |
| 23 | Beaker glass 500 ml | 12 | |
| 24 | Beaker glass 200 ml | 5 | |
| 25 | Pinset | 4 | 2 rusak |
| 26 | Rak tabung | 2 | rusak |
| 27 | Spekulum | 10 | 4 rusak |
| 28 | Gunting aluminium | 2 | Rusak |
| 29 | Bengkok aluminium besar | 4 | 2 rusak |
| 30 | Bengkok aluminium kecil | 4 | 2 rusak |
| 31 | Alat kultur dan identifikasi otomatis | 1 | |

| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | No | Nama Jabatan | Kualifikasi | |
|--------------------------------------|----|---|---|---|
| | | | Formal | Sertifikasi |
| | 1 | Ka Instalasi Laboratorium Patologi Klinik | Dokter Spesialis Patologi Klinik | <ul style="list-style-type: none"> - Management laboratorium RS - Kompetensi dokter spesialis Patologi Klinik - Pelatihan / Workshop dibidang Ilmu Patologi Klinik |
| | 2 | KSM Laboratorium Patologi Klinik | Dokter Spesialis Patologi Klinik | <ul style="list-style-type: none"> - Kompetensi dokter spesialis Patologi Klinik - Pelatihan / Workshop dibidang Ilmu Patologi Klinik |
| | 3 | Penanggung Jawab Mikrobiologi Klinik | Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik | <ul style="list-style-type: none"> - Kompetensi dokter spesialis Mikrobiologi Klinik - Pelatihan / Workshop dibidang Ilmu Mikrobiologi Klinik |
| | 4 | Kepala Ruangan Laboratorium Patologi Klinik | <ul style="list-style-type: none"> - D3 Analisis Kesehatan - S1 BIOLOGI - D4 Analisis Kesehatan | <ul style="list-style-type: none"> -Pelatihan Jabatan Fungsional Pranata Lab.Kes - Kompetensi Analisis |
| | 5 | Pelaksana Analisis | <ul style="list-style-type: none"> - D3 Analisis Kesehatan - D4 Analisis Kesehatan - D3 Analisis Medis | <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan Phlebotomy - Kompetensi Analisis / Tehnik Laboratorium |

| | | | | |
|--------------------------------------|---|--|--|--|
| | 6 | Pelaksana BDRS | D3 TBD | - Kompetensi TBD |
| | 7 | Pelaksana Administrasi Laboratorium Patologi Klinik | - D3 Hiperkes dan Keselamatan Kerja - S1 Kesehatan Masyarakat | - Pelatihan Ahli K3 - Pelatihan Penanganan Limbah dan Kebakaran |
| | 8 | Administrasi / Locket Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik | SMA | - Pelatihan Frontliner |
| | 9 | Pekarya Rumah Sakit | SMA | - |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | |

| | |
|--|---|
| <p>II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan</p> | <p>Total Pegawai 43 orang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi dan SMF : 2 orang Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Penanggung Jawab Mikrobiologi : 1 orang Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik 3. Pelaksana Analis : 29 orang Analis, Dengan pendistribusian sebagai berikut: <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala Ruangan : 1 orang b. Pelaksana Cito (Emergency) : 11 orang (3 shift) c. Pelaksana Elektif : 8 orang d. Pelaksana Biomolekuler/PCR : 7 orang e. Pelaksana Mikrobiologi : 2 orang 4. Pelaksana BDRS : 2 orang 5. Pelaksana K3 Laboratorium : 2 orang 6. Pelaksana Administrasi : 3 orang 7. Pkaryawan Rumah Sakit : 4 orang |
| <p>II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan</p> | <p>Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3</p> |
| <p>II.2.7 Jaminan Pelayanan</p> | <p>Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Patologi Klinik Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|

O. INSTALASI PATOLOGI ANATOMI

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | Persyaratan Administrasi a. Pasien Umum/Pasien Luar: Blanko permintaan pemeriksaan dari Poliklinik, Rawat Inap, IBS b. Pasien Asuransi: Rujukan, blanko permintaan/pemeriksaan |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan</p> | <p>1. Pasien Rawat Jalan</p> <p>a. Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang ke Laboratorium PA dan menyerahkan blanko pemeriksaan disertai dengan kelengkapan persyaratan; 2) Pasien diberi penjelasan tentang jenis pemeriksaan dan tehnik pemeriksaan; 3) Pasien menandatangani persetujuan tindakan medik; 4) Pasien diperiksa / diambil sediaan sesuai dengan jenis pemeriksaannya; 5) Pasien menerima nota besarnya biaya pemeriksaan; 6) Pasien membayar biaya pemeriksaan sesuai nota yang telah diterima di Kasir Penunjang, dan pasien menerima bukti pembayaran sebanyak 2 lembar (Merah dan Putih); 7) Bukti pembayaran yang berwarna merah diserahkan ke petugas PA, dan pasien menerima kartu untuk pengambilan hasil; 8) Hasil pemeriksaan dapat diambil sesuai waktu yang telah ditentukan dengan menyerahkan kartu pengambilan hasil. <p>b. JKN/Pihak Ke 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang ke Laboratorium PA dan menyerahkan blanko pemeriksaan disertai dengan kelengkapan persyaratan; 2) Pasien diberi penjelasan tentang jenis pemeriksaan dan tehnik pemeriksaan; 3) Pasien menandatangani persetujuan tindakan medik; 4) Pasien diperiksa / diambil sediaan sesuai dengan jenis pemeriksaannya; 5) Petugas PA mengisi SEP rangkap 3, lembar yang berwarna biru diserahkan ke pasien bersamaan dengan kartu pengambilan hasil; 6) Hasil pemeriksaan dapat diambil sesuai waktu yang telah ditentukan dengan menyerahkan kartu pengambilan hasil. <p>2. Pasien Rawat Inap / Pasien Operasi</p> <p>a. Umum/JKN/Pihak Ke 3</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas PA mengambil bahan pemeriksaan |
|--|--|

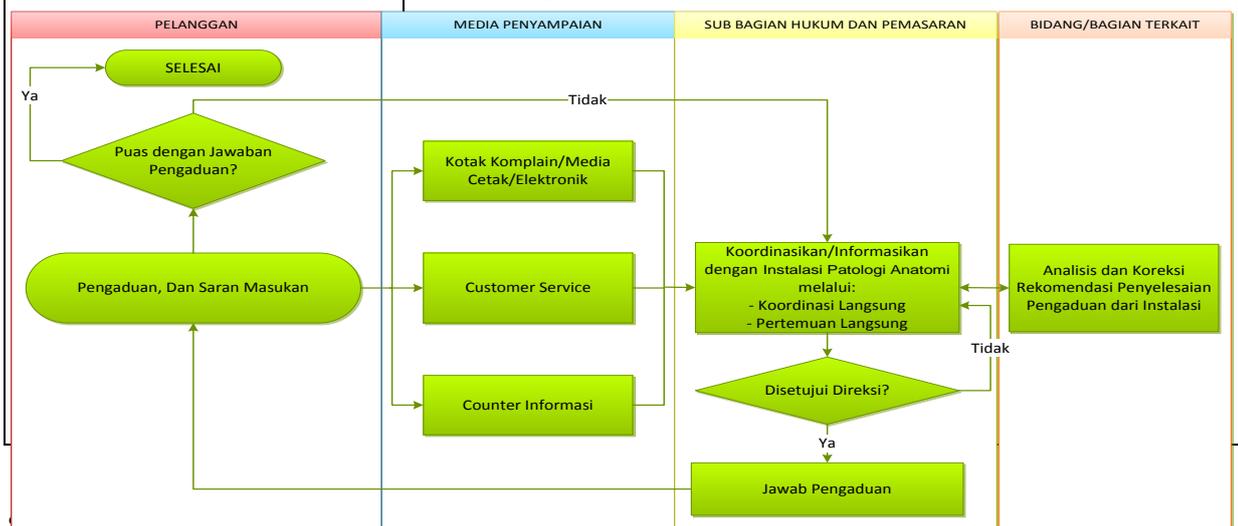
| | |
|---|--|
| | <p>pasien ke Bedah Sentral/kamar operasi dan VK setelah mendapat informasi dari ruang tersebut (pada jam kerja);</p> <p>2) Pasien registrasi disesuaikan dengan pasien kelas dirawat dan pemeriksaannya yang tertera di formulir, sesuai dengan permintaan Klinisi.</p> <p>a) Untuk pasien umum : Entry data pasien jenis pemeriksaan ke dalam komputer, dan pasien diberi kartu pengambilan hasil;</p> <p>b) Untuk pasien JKN : Entry data pasien jenis pemeriksaan ke dalam komputer, pada saat pulang pasien menyelesaikan administrasi ke Kerjasama.</p> |
| II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan | <p>1. Pemeriksaan Histo PA : 7 - 9 hari setelah penerimaan jaringan;</p> <p>2. Pemeriksaan Sitologi dan Pap Smear : 4 hari setelah penerimaan jaringan;</p> <p>3. Pemeriksaan FNAB : 2 hari setelah tindakan biopsi.</p> <p><u>Keterangan:</u> Pemeriksaan Patologi Anatomi Respon Time panjang dipengaruhi :</p> <p>a. Kasus sulit</p> <p>b. Konsul Patholog Senior</p> <p>c. Pengerjaan secara manual</p> |
| II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan | <p>a. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur;</p> <p>b. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| II.1.5 Produk Pelayanan | <p>1. Pemeriksaan Histopatologi;</p> <p>2. Pemeriksaan Sitopatologi;</p> <p>3. Pemeriksaan <i>Fine Needle Aspirasi Biopsi</i> (FNA) atau BAJah.</p> |
| II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> |

| | |
|--|---|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <p style="text-align: center;">Manager</p> <p style="text-align: center;">2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP</p> <p style="text-align: center;">3) Publik → Masyarakat, LSM dll</p> <p style="text-align: center;">b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan)</p> <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Patologi Anatomi terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Patologi Anatomi memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Patologi Anatomi; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan |
|--|---|

- kepada Bidang/Bagian;
7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Patologi Anatomi kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran;
 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Patologi Anatomi kepada pihak yang membuat pengaduan;
 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;
 10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



| | |
|---|--|
| | |
| II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (<i>Manufacturing</i>) | |
| II.2.1 Dasar Hukum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran; 2. Undang – Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang – Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; 4. Undang – Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2008 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4843); 5. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2021 tentang penyelenggaraan perizinan Berusaha Berbasis Risiko; 6. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahan sakitan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 512/MENKES/PER/IV/2007 tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran Undang – Undang Nomor 11 tahun 2008 tentang informasi dan Transaksi Elektronik (Lembaran Negara Republik Indonesia tahun 2008 nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4843); 8. Peraturan Pemerintah Kesehatan Nomor 657 /MENKES/PER/2009 tentang Pengiriman dan Penggunaan Spesimen Klinik, Materi Biologik dan Muatan Informasinya; 9. Peraturan Menteri Negara Lingkungan Hidup Nomor 30 tahun 2009 tentang Tata Laksana Perizinan dan Pengawasan Pengolahan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun serta pengawasan Pemulihan Akibat Pencemaran Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun oleh Pemerintah Daerah; 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 755 tahun 2011 tentang penyelenggaraan Komite Medik di |

| | <p>RumahSakit;</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013 tentang carapenyelenggaraan Laboratorium Klinik yang baik;</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;</p> <p>13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2020 tentang klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;</p> <p>14. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 tahun 2021 tentang Standart Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan PerizinanBerusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------------|------------------------|---|------------------------------|-----------------------------------|---|--------------|---------------|---|-------------------|---------------------|---|-------------------|----------------------------|---|------------------|--------|---|------------------|--------|---|------------|--------|---|------------|--------|---|--------------------|-------|----|------------|-------|----|--------------|--------|----|----------|--------|----|---------------|--------|----|---------------|--------|----|------------------------|--------|----|-----|--------|
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Sarana dan Prasarana yang Ada</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Mikroskop Binokuler</td><td>3 buah</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mikrotom</td><td>3 buah</td></tr> <tr><td>3</td><td>Tissue Prosessing</td><td>1 buah</td></tr> <tr><td>4</td><td>Automaticstanning</td><td>1 buah</td></tr> <tr><td>5</td><td>Tissue Embedding</td><td>2 buah</td></tr> <tr><td>6</td><td>Hot Plate</td><td>1 buah</td></tr> <tr><td>7</td><td>Water bath</td><td>1 buah</td></tr> <tr><td>8</td><td>Sentrifuse</td><td>2 buah</td></tr> <tr><td>9</td><td>Kamera untuk gross</td><td>1 set</td></tr> <tr><td>10</td><td>Vries Coup</td><td>1 set</td></tr> <tr><td>11</td><td>Sterilisator</td><td>1 buah</td></tr> <tr><td>12</td><td>komputer</td><td>3 unit</td></tr> <tr><td>13</td><td>Printer Epson</td><td>2 Unit</td></tr> <tr><td>14</td><td>Printer Canon</td><td>2 Buah</td></tr> <tr><td>15</td><td>GUN (alat untuk FNA-B)</td><td>3 Buah</td></tr> <tr><td>16</td><td>Ose</td><td>3 buah</td></tr> </tbody> </table> | No | Sarana dan Prasarana yang Ada | Jumlah | 1 | Mikroskop Binokuler | 3 buah | 2 | Mikrotom | 3 buah | 3 | Tissue Prosessing | 1 buah | 4 | Automaticstanning | 1 buah | 5 | Tissue Embedding | 2 buah | 6 | Hot Plate | 1 buah | 7 | Water bath | 1 buah | 8 | Sentrifuse | 2 buah | 9 | Kamera untuk gross | 1 set | 10 | Vries Coup | 1 set | 11 | Sterilisator | 1 buah | 12 | komputer | 3 unit | 13 | Printer Epson | 2 Unit | 14 | Printer Canon | 2 Buah | 15 | GUN (alat untuk FNA-B) | 3 Buah | 16 | Ose | 3 buah |
| No | Sarana dan Prasarana yang Ada | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Mikroskop Binokuler | 3 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Mikrotom | 3 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Tissue Prosessing | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Automaticstanning | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Tissue Embedding | 2 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Hot Plate | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | Water bath | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | Sentrifuse | 2 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | Kamera untuk gross | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | Vries Coup | 1 set | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | Sterilisator | 1 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | komputer | 3 unit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | Printer Epson | 2 Unit | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | Printer Canon | 2 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | GUN (alat untuk FNA-B) | 3 Buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | Ose | 3 buah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Nama Jabatan</th> <th>Kualifikasi Pendidikan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>Kepala Instalasi / Ketua SMF</td><td>Dokter Spesialis Patologi Anatomi</td></tr> <tr><td>2</td><td>Dokter Sp.PA</td><td>Dokter Sp. PA</td></tr> <tr><td>3</td><td>Kepala Ruangan</td><td>D4 Analis Kesehatan</td></tr> <tr><td>4</td><td>Staf Analis/ATLM</td><td>D4 DAN D3 Analis Kesehatan</td></tr> <tr><td>5</td><td>Staf Admin</td><td>S.Sos</td></tr> <tr><td>6</td><td>Pengambil Contoh</td><td>SMA</td></tr> </tbody> </table> | No | Nama Jabatan | Kualifikasi Pendidikan | 1 | Kepala Instalasi / Ketua SMF | Dokter Spesialis Patologi Anatomi | 2 | Dokter Sp.PA | Dokter Sp. PA | 3 | Kepala Ruangan | D4 Analis Kesehatan | 4 | Staf Analis/ATLM | D4 DAN D3 Analis Kesehatan | 5 | Staf Admin | S.Sos | 6 | Pengambil Contoh | SMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No | Nama Jabatan | Kualifikasi Pendidikan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kepala Instalasi / Ketua SMF | Dokter Spesialis Patologi Anatomi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Dokter Sp.PA | Dokter Sp. PA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kepala Ruangan | D4 Analis Kesehatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Staf Analis/ATLM | D4 DAN D3 Analis Kesehatan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Staf Admin | S.Sos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Pengambil Contoh | SMA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="702 179 829 235">No</th> <th data-bbox="829 179 1268 235">Nama Jabatan</th> <th data-bbox="1268 179 1532 235">Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="702 235 829 280">1</td> <td data-bbox="829 235 1268 280">Kepala Instalasi / Ketua SMF</td> <td data-bbox="1268 235 1532 280">1 org</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 280 829 324">2</td> <td data-bbox="829 280 1268 324">Dokter Sp.PA</td> <td data-bbox="1268 280 1532 324">1 org</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 324 829 369">3</td> <td data-bbox="829 324 1268 369">Kepala Ruangan</td> <td data-bbox="1268 324 1532 369">1 org</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 369 829 414">4</td> <td data-bbox="829 369 1268 414">Staf Analis/ATLM</td> <td data-bbox="1268 369 1532 414">2 org</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 414 829 459">5</td> <td data-bbox="829 414 1268 459">Staf Admin</td> <td data-bbox="1268 414 1532 459">1 org</td> </tr> <tr> <td data-bbox="702 459 829 481">6</td> <td data-bbox="829 459 1268 481">Pengambil Contoh</td> <td data-bbox="1268 459 1532 481">1 org</td> </tr> </tbody> </table> | No | Nama Jabatan | Jumlah | 1 | Kepala Instalasi / Ketua SMF | 1 org | 2 | Dokter Sp.PA | 1 org | 3 | Kepala Ruangan | 1 org | 4 | Staf Analis/ATLM | 2 org | 5 | Staf Admin | 1 org | 6 | Pengambil Contoh | 1 org |
|--|---|--------|--------------|--------|---|------------------------------|-------|---|--------------|-------|---|----------------|-------|---|------------------|-------|---|------------|-------|---|------------------|-------|
| No | Nama Jabatan | Jumlah | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Kepala Instalasi / Ketua SMF | 1 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Dokter Sp.PA | 1 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Kepala Ruangan | 1 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Staf Analis/ATLM | 2 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Staf Admin | 1 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Pengambil Contoh | 1 org | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan</p> | <p>Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II.2.7 Jaminan Pelayanan</p> | <p>Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Patologi Anatomi Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6</p> |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>(enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|--|

P. INSTALASI PEMULASARAN JENAZAH

| Variabel | Kriteria |
|--|---|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Jenazah: <ol style="list-style-type: none"> a. Tanda terima pembayaran pelayanan; b. Surat kematian. 2. Pelayanan Ambulans Jenazah: <ol style="list-style-type: none"> a. Surat jalan perintah ambulans; b. Tanda terima pembayaran ambulans. |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketentuan Umum Penanganan Jenazah <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas kesehatan harus menjalankan kewaspadaan standar ketika menangani pasien yang meninggal akibat penyakit menular; b. APD lengkap harus digunakan petugas yang menangani jenazah jika pasien tersebut meninggal dalam masa penularan; c. Jenazah dapat dibungkus dengan kain kafan atau lainnya. Setelah dibungkus jenazah tidak boleh dibuka lagi; d. Jangan ada kebocoran cairan tubuh yang mencemari bagian luar kantong jenazah; e. Jika keluarga pasien ingin melihat jenazah, diijinkan untuk melakukannya sebelum jenazah dimasukkan ke dalam kantong jenazah dengan |

| | |
|--|---|
| | <p>menggunakan APD;</p> <ol style="list-style-type: none"> f. Petugas harus memberi penjelasan kepada pihak keluarga tentang penanganan khusus bagi jenazah yang meninggal dengan penyakit menular. Sensitivitas adat istiadat dan budaya harus diperhatikan ketika seorang pasien dengan penyakit menular meninggal dunia; g. Jika diperlukan untuk membersihkan jenazah dengan kasus <i>new emerging diseases</i>, seperti SARS, Swine Flu, H5N1, COVID 19, maka air pencucinya diberikan desinfektan; h. Tidak ada pelayanan pembalseman atau penyuntikan untuk pengawetan jenazah; i. Jenazah yang sudah dibungkus tidak boleh dibuka lagi; j. Jenazah diantar oleh mobil jenazah khusus, apabila keluarga menolak harus mengisi dan menandatangani formulir penolakan; k. Penggolongan sampah di kamar jenazah disesuaikan dengan penggolongan sampah pada umumnya. Sampah dari kamar jenazah berupa ATK seperti kertas, bunga dll, masuk ke dalam sampah non medis. Sedangkan sarung tangan, apron, dll, masuk ke dalam sampah medis. <p>2. Prosedur Kewaspadaan Universal Pemulasaran Jenazah</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan Alat <ol style="list-style-type: none"> 1) Alat pelindung untuk semua petugas; 2) Sarung tangan karet panjang sampai siku; 3) Sepatu boot sampai lutut; 4) Masker penutup mulut dan hidung; 5) Kacamata/google; 6) Apron; 7) Tempat mandi jenazah; 8) Handuk; 9) Plester kedap air; 10) Kapas; 11) Wadah barang berharga; 12) Brankar jenazah dewasa; 13) Label pengenalan/identitas jenazah (dilepas saat serah terima dengan keluarga). b. Langkah – langkah |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas melakukan <i>handhygine</i>; 2) Petugas memakai APD (masker, penutup kepala, kaca mata/google, sarung tangan panjang, apron dan sepatu boots); 3) Petugas memandikan jenazah di kamar jenazah; 4) Memandikan harus dilakukan oleh petugas yang memahami cara membersihkan / memandikan jenazah; 5) Petugas harus segera mencuci kulit dan permukaan lain dengan air bila terkena darah atau cairan tubuh; 6) Setelah selesai dimandikan petugas mengeringkan jenazah dengan handuk; 7) Petugas mengganti tutup kelopak mata, juga telinga dan mulut dengan kapas dan kasa, kemudian menutup dengan plester kedap air; 8) Petugas meletakkan jenazah dalam posisi terlentang dengan tangan disisi atau terlipat di dada; 9) Petugas menaruh meletakkan jenazah dalam posisi terlentang dengan tangan disisi atau terlipat di dada; 10) Petugas menaruh handuk kecil di bawah kepala untuk menampung rembesan darah. Sampah dan bahan terkontaminasi lainnya ditempatkan dalam tas plastik warna kuning. Pembuangan sampah dan bahan terkontaminasi dilakukan sesuai dengan pencegahan infeksi; 11) Setiap percikan atau tumpahan darah di permukaan segera dibersihkan dengan larutan klorin 0,5%; 12) Peralatan yang akan digunakan kembali harus diproses dengan urutan: dekontaminasi, pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi; 13) Petugas membungkus jenazah dengan kafan atau kain pembungkus lain sesuai dengan kepercayaan agamanya; 14) Selesai ritual keagamaan, jenazah menular dimasukkan ke dalam kantong plastik dan |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>atau ke dalam peti;</p> <ol style="list-style-type: none"> 15) Petugas membereskan alat; 16) Petugas melepas APD; 17) Rendam tangan yang masih mengenakan sarung tangan karet dalam larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan sabun dan air mengalir; 18) Lepaskan kaca mata pelindung, lalu rendam dalam larutan klorin 0,5%; 19) Lepaskan masker pelindung, buang ke tempat sampah medis; 20) Lepaskan celemek plastik, buang ke tempat sampah medis; 21) Lepaskan gaun pelindung, rendam pada larutan klorin 0,5%; 22) Celupkan bagian luar sepatu pada larutan klorin 0,5%, bilas dengan air bersih lalu lepaskan sepatu dan letakkan di tempat semula; 23) Terakhir lepaskan sarung tangan plastik, buang ke tempat sampah medis; 24) Petugas melakukan <i>hand hygiene</i> / cuci tangan. <p>3. Perawatan Jenazah di Ruang Perawatan dan Pemindahan Jenazah ke Kamar Jenazah</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Persiapan <ol style="list-style-type: none"> 1) Sarung tangan; 2) Gaun pelindung; 3) Kain bersih penutup jenazah; 4) Klem dan gunting; 5) Plester kedam air; 6) Kapas, kasa absorben dan pembalut; 7) Kantong jenazah kedap air; 8) Wadah bahan infeksius; 9) Wadah barang berharga; 10) Brankar jenazah. b. Prosedur <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuci tangan; 2) Memakai sarung tangan, gaun, masker; 3) Lepas selang infus dll, buang pada wadah infeksius; 4) Bekas luka di plester kedap air; |
|--|---|

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 5) Lepaskan pakaian dan tamping pada wadah khusus, letakkan kasa pembalut pada perineum (bagian antara lubang dubur dan alat kelamin) dengan plester kedap air; 6) Letakkan jenazah pada posisi terlentang; 7) Letakkan handuk kecil di belakang kepala; 8) Tutup kelopak mata dengan kapas lembab, tutup telinga dan mulut dengan kapas / kasa; 9) Bersihkan jenazah; 10) Tutup jenazah dengan kain bersih disaksikan keluarga; 11) Pasang label sesuai kategori di pergelangan kaki / ibu jari kaki; 12) Beritahu petugas kamar mayat, bahwa terkait pasien meninggal dan status menular atau tidaknya; 13) Tempatkan jenazah ke dalam brankar tertutup dan dibawa ke kamar mayat; 14) Cuci tangan dan lepas gaun untuk direndam pada tempatnya, buang bahan yang sekali pakai pada tempat khusus. <p>4. Pelayanan Ambulans Jenazah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruangan membuat surat permintaan Ambulans ke Petugas Pemulasaraan Jenazah; b. Petugas Pemulasaraan Jenazah membuat surat jalan sesuai permintaan; c. Sopir siap mengantar sampai tujuan. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>Waktu penyelesaian Pelayanan Jenazah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan biasa <ul style="list-style-type: none"> - Untuk perawatan biasa membutuhkan waktu ± 30 menit. 2. Memandikan Jenazah <ul style="list-style-type: none"> - Untuk memandikan jenazah dengan segala kebutuhannya memakan waktu ± 60 menit. 3. Pelayanan Ambulans Jenazah <ul style="list-style-type: none"> - Pelayanan Ambulans siap ± 30 menit - Ambulans dalam kota ± 60 menit - Ambulans luar kota (tergantung kondisi) |

| | |
|--|--|
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <p>a. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur;</p> <p>b. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <p>1. Pelayanan jenazah purna – pasien atau “jenazah dalam”. Cakupan pelayanan ini adalah berasal dari bagian akhir pelayanan kesehatan yang dilakukan rumah sakit. Setelah pasien yang dinyatakan meninggal, sebelum jenazahnya diserahkan ke pihak keluarga atau pihak berkepentingan lainnya;</p> <p>2. Pelayanan pengantaran jenazah menuju rumah duka atau makam;</p> <p>3. Pelayanan untuk kepentingan keilmuan atau Pendidikan penelitian.</p> |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service |

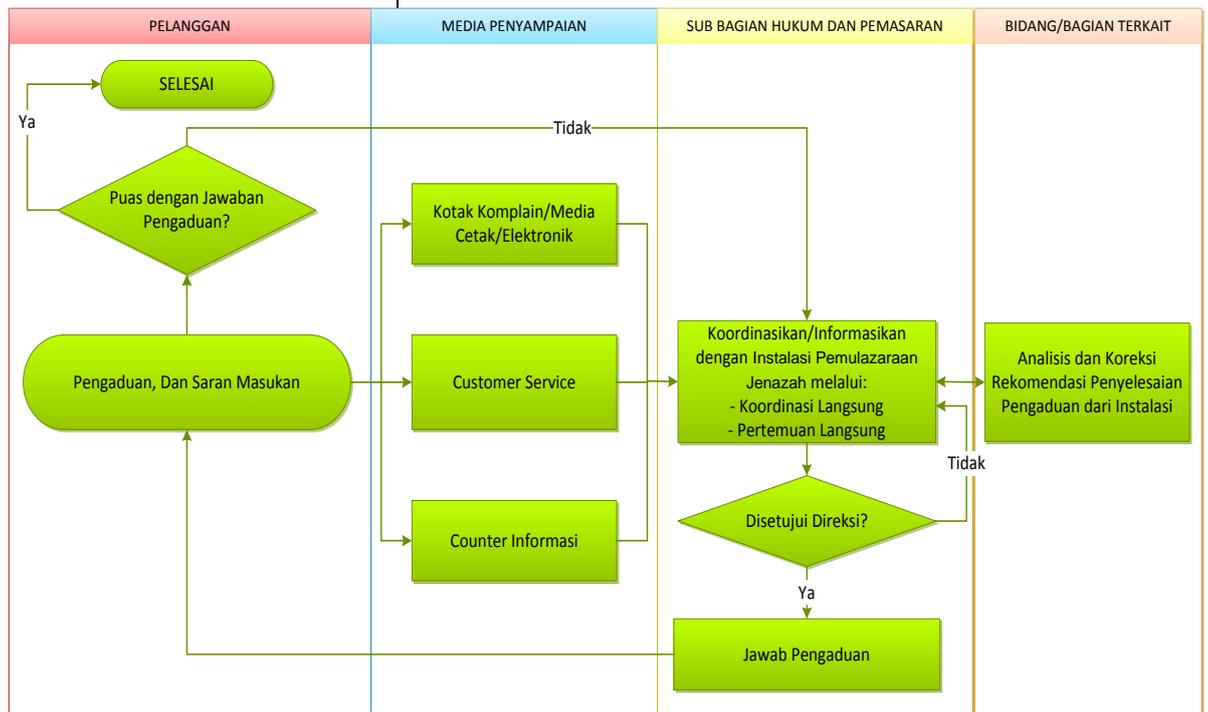
| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit <ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : <ul style="list-style-type: none"> Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). a. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status complain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Pemulazaraan Jenazah terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Pemulazaraan Jenazah memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Pemulazaraan Jenazah; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Pemulazaraan Jenazah kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Pemulazaraan Jenazah kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan |
|--|---|

koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

| | |
|---------------------------|--|
| <p>II.2.1 Dasar Hukum</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3441); 2. Undang – undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran |
|---------------------------|--|

| | <p>Negara Republik Indonesia Nomor 5072);</p> <p>3. Undang – undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5607);</p> <p>4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1438/MENKES/PER/X/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 464);</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2012 tentang Akreditasi Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 413);</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban pasien;</p> <p>8. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Nomor 990 Tahun 2021 tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah.</p> | | | | | | |
|--|---|---|--------------|------------------------|---|------------------|---|
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <p>Standar Fasilitas di Instalasi Pemulasaran Jenazah meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang administrasi; 2. Gudang; 3. Ruang tunggu keluarga pasien; 4. Ruang Kepala Instalasi; 5. Ruang pemulasaran jenazah; 6. Ruang doa; 7. Wastafel; 8. APAR. | | | | | | |
| <p>I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan</p> | <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="702 1792 798 1881">No</th> <th data-bbox="798 1792 1141 1881">Nama Jabatan</th> <th data-bbox="1141 1792 1532 1881">Kualifikasi Pendidikan</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="702 1881 798 1982">1</td> <td data-bbox="798 1881 1141 1982">Kepala Instalasi</td> <td data-bbox="1141 1881 1532 1982">Sarjana kedokteran (S1) atau diutamakan</td> </tr> </tbody> </table> | No | Nama Jabatan | Kualifikasi Pendidikan | 1 | Kepala Instalasi | Sarjana kedokteran (S1) atau diutamakan |
| No | Nama Jabatan | Kualifikasi Pendidikan | | | | | |
| 1 | Kepala Instalasi | Sarjana kedokteran (S1) atau diutamakan | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|----------------------------------|--|-----------|------------|------------|
| | | | Spesialis Kedokteran dan Medikolegal | | | |
| | 2 | Sekretaris Instalasi | S1/ sederajat yang telah mendapatkan Pendidikan tambahan dalam bidang administrasi / ketatausahaan kesehatan | | | |
| | 3 | Koordinator Pelayanan | SMA/ sederajat | | | |
| | 4 | Koordinator Mutu | SMA/ sederajat | | | |
| | 5 | Koordinator Sarana dan Prasarana | SMA/ sederajat | | | |
| | 6 | Petugas Jaga IPJ | SMA/ sederajat | | | |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi | | | | | |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | No | Jabatan | Pendidikan | | | |
| | | | S1 | D3 | SMA | Jml |
| | 1 | Kepala Instalasi | 1 | - | - | 1 |
| | 2 | Sekretaris | - | - | - | 0 |
| | 3 | Koordinator Pelayanan | - | - | - | 0 |
| | 4 | Koordinator Mutu | - | - | - | 0 |
| | 5 | Koordinator Sarana dan Prasarana | - | - | - | 0 |
| | 6 | Petugas Jaga | 3 | - | 1 | 4 |
| | | Total | 4 | 0 | 4 | 5 |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 | | | | | |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Pemulasaraan Jenazah Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat | | | | | |

| | |
|--|--|
| | <p>pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandaran akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; |

| | |
|--|--|
| | <p>12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang;</p> <p>13. Pengawasan terhadap pihak ke-3;</p> <p>14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV;</p> <p>15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan;</p> <p>16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan;</p> <p>17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan;</p> <p>18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien.</p> <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; 5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan; 6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|--|

Q. INSTALASI REKAM MEDIS

| Variabel | Kriteria |
|--|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (<i>Service Delivery</i>) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Baru Umum: Mengisi formulir identitas yang disediakan 2. Pasien Lama Umum: Membawa kartu berobat 3. Pasien Baru Asuransi: Mengisi formulir identitas, membawa surat rujukan, kartu asuransi 4. Pasien Lama Asuransi: Membawa kartu berobat, membawa surat rujukan, kartu asuransi |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. Pelayanan Pendaftaran Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Baru <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien telah melalui skrining point; b. Setiap pasien baru diterima di registrasi dengan menulis identitasnya sesuai dengan form yang disediakan sesuai dengan identitas yang dimiliki (KTP/KK); c. Petugas akan menanyakan kebenaran identitas yang ditulis pasien dan identitas dimasukkan ke dalam aplikasi data pasien; d. Petugas menanyakan cara bayar pasien, apabila umum langsung diarahkan ke kasir sedangkan pasien BPJS atau asuransi lainnya diminta kelengkapan persyaratan untuk proses verifikasi dan cetak SEP; e. Petugas menulis identitas pasien di berkas status baru; f. Pasien dipersilahkan menunggu di poliklinik yang diinginkan. 2. Pasien Lama <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien telah melalui skrining point; b. Pasien datang ke tempat penerimaan pasien rawat jalan dengan menunjukkan kartu berobat (<i>Barcode</i>) dan ditanya oleh petugas, guna mendapatkan informasi tujuan berobat. Pasien ini dapat dibedakan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien Klinik Eksekutif yang bertempat di |

| | |
|--|---|
| | <p>Graha Nur Afiah;</p> <p>2) Pasien Klinik Reguler yang bertempat di gedung Tan'im.</p> <p>c. Baik pasien dengan perjanjian maupun pasien yang datang tanpa perjanjian, akan mendapat pelayanan di registrasi;</p> <p>d. Pasien datang dengan perjanjian akan langsung dipersilahkan menuju klinik yang dimaksud karena rekam medisnya telah disiapkan oleh petugas;</p> <p>e. Pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri atau dirujuk), setelah menunjukkan nomor rekam medis dan tujuan berobat, cetak SEP, kemudian pasien dipersilahkan menunggu di klinik yang dimaksud;</p> <p>f. Sedangkan yang pendaftaran <i>online</i>, bisa cetak SEP di anjungan cetak Mandiri SEP dengan dipandu Satpol PP, dan berkas rekam medisnya akan disediakan oleh bagian penyimpanan berkas rekam medis;</p> <p>g. Setelah rekam medisnya dikirim ke klinik, pasien akan mendapat pelayanan sesuai dengan nomor antrian.</p> <p>B. Pelayanan Pendaftaran Gawat Darurat</p> <p>1. <i>Triage</i> Seleksi atau pemilahan pasien gawat menurut tingkat kegawatannya dilakukan oleh petugas <i>triage</i> Instalasi Gawat darurat.</p> <p>2. Persyaratan kelengkapan administrasi Pasien gawat darurat yang masuk <i>triage</i> tidak dituntut untuk melengkapi persyaratan apapun, karena untuk menyelamatkan nyawa pasien adalah yang utama. Setelah pasien diidentifikasi kebutuhan pelayanannya maka prosedur administrasi harus dilakukan.</p> <p>3. Petugas yang melakukan pendaftaran adalah tenaga perekam medis yang bertugas di tempat pendaftaran Instalasi Gawat Darurat. Ada beberapa kriteria pasien yang telah mendapatkan pelayanan di Instalasi Gawat Darurat yaitu :</p> |
|--|---|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dapat langsung pulang; b. Pasien dirujuk/ dikirim ke rumah sakit lain; c. Pasien harus dirawat. <p>C. Pelayanan Pendaftaran Rawat Inap (Admisi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jika tempat tidur yang dituju penuh maka: <ol style="list-style-type: none"> a. Dtitipkan ke kelas yang sama/ di atas hak/ di bawah hak di ruangan lain yang sesuai (gender, kasus infeksius, dewasa/ anak, dan kasus <i>intensive</i>) untuk pasien asuransi; b. Memberikan alternatif ruang kelas perawatan diatas/ dibawah pilihan pasien dan sesuai dengan gender, kasus infeksius, dewasa, anak, dan kasus <i>intensive</i>; c. Jika pasien asuransi ditiptkan pada ruangan lain diatas haknya maka diberikan surat pernyataan kesediaan pindah kelas perawatan kembali sesuai hak jika telah tersedia ruang sesuai haknya; d. Pindah ke rumah sakit lain. 2. Jika tempat tidur yang dituju tersedia, administrasi pendaftaran pasien dapat langsung diproses; 3. Penyelesaian registrasi pasien yang akan rawat inap dibedakan atas jenis pembiayaan pasien yaitu biaya sendiri dan pihak ketiga. <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien dengan pembiayaan sendiri jika tempat tidur sudah tersedia maka dapat langsung di daftar dan status disiapkan; b. Pasien dengan pembiayaan pihak ketiga maka: <ol style="list-style-type: none"> 1) Diminta persyaratannya sesuai dengan jenis pembiayaan pihak ketiganya; 2) Jika persyaratan pada point a sudah lengkap selanjutnya petugas admisi mendaftarkan pasien, menyediakan status rekam medis dan membuat surat jaminan pembiayaan; 3) Jika persyaratan point a belum lengkap maka petugas hanya mendaftarkan pasien dan menyediakan status rekam medis serta memberikan surat pernyataan kesediaan pasien untuk melengkapi persyaratan sesuai dengan aturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pasien/keluarganya dan petugas admisi. |
|--|---|

| | |
|--------------------------------------|--|
| | <p>D. Pendaftaran Pasien Rawat Inap Emergency</p> <p>Semua pasien dilayani berdasarkan pada kebutuhan pelayanan kesehatan mereka yang telah diidentifikasi melalui prosedur skrining. Pasien yang akan rawat inap dapat berasal dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat jalan 2. Rawat darurat 3. Rujukan dari rumah sakit lain 4. Praktek dokter pribadi. <p>Persyaratan kelengkapan dan ketersediaan tempat tidur meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien harus dinyatakan rawat inap oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) dengan dibuktikan Surat Permintaan Masuk Rumah Sakit yang telah ditandatangani oleh DPJP dan keluarga pasien; 2. Utilisasi tempat tidur telah dapat diketahui, sehingga pasien mendapat informasi lebih awal tentang ketersediaan tempat tidur yang dituju. <p>E. Pendaftaran Pasien Rawat Inap Non Emergency</p> <p>Pasien yang mendaftar rawat inap tetapi yang tidak <i>emergency</i> yaitu operasi bedah elektif dan kemoterapi maka ketersediaan tempat tidur tetap dilihat. Pasien rawat inap non <i>emergency</i> dapat berasal dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rawat jalan; 2. Rujukan dari rumah sakit lain; 3. Praktek dokter pribadi. <p>Yang harus dilakukan oleh petugas admisi saat menerima pasien non <i>emergency</i> yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melihat ketersediaan tempat tidur; 2. Mencatat pemesanan kamar pada buku inden sesuai dengan jadwal operasi atau kemoterapi; 3. Menelepon kembali pasien yang sesuai buku inden untuk memberitahukan ketersediaan tempat tidur yang dituju sehari sebelum jadwal operasi atau kemoterapi. |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>A. Jam buka pelayanan Pendaftaran di Rekam Medik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Senin s/d Kamis : Jam 07.00 – 11.00 2. Jum'at : Jam 07.00 – 10.00 <p>B. Jam buka pelayanan Pendaftaran Rekam Medik IGD : 24 jam</p> |

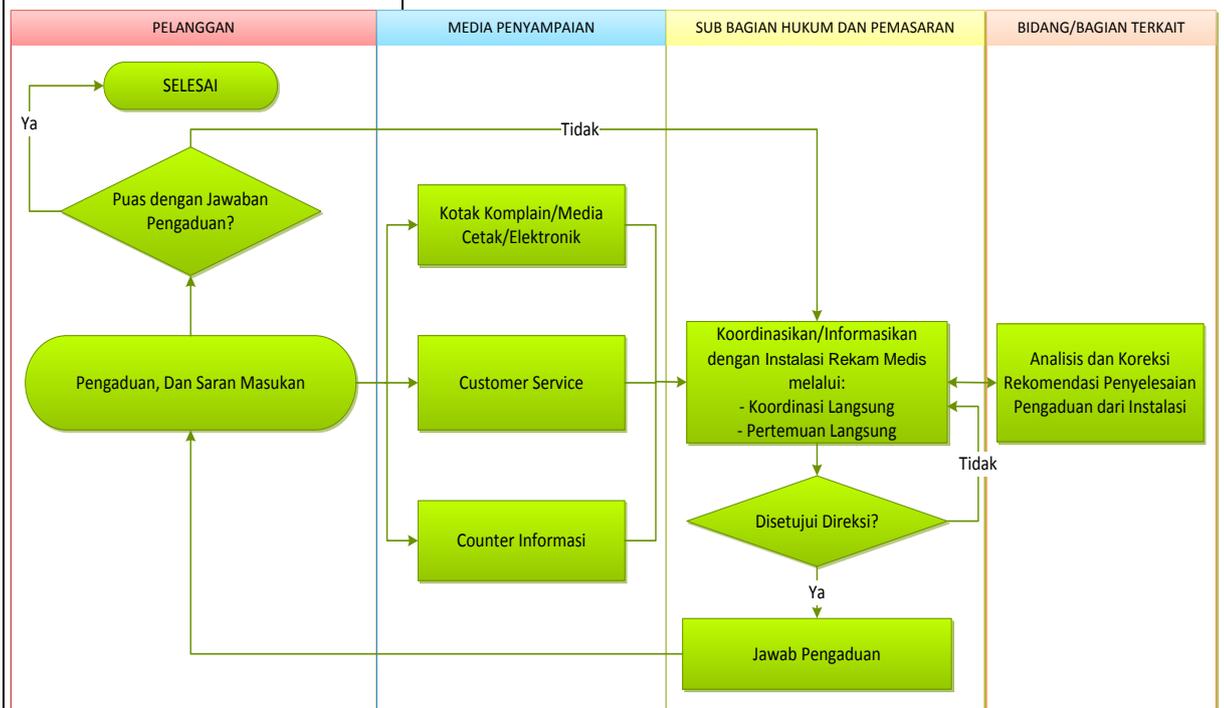
| | |
|--|--|
| | <p>C. Lama waktu penyelesaian (Berdasarkan Kepmenkes No. 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu penyediaan DRM Rawat Jalan : ≤10 menit 2. Waktu penyediaan DRM Rawat Inap : ≤15 menit 3. Kelengkapan pengisian DRM setelah selesai pelayanan < 24 jam |
| <p>II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Rumah Sakit Daerah Provinsi Jawa Timur; 2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya. |
| <p>II.1.5 Produk Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terdaftar untuk pelayanan; 2. Dokumen Rekam Medis; 3. Cetak Barcode 4. Legalisir Berkas Pasien 5. Pembuatan Surat Keterangan 6. Penyediaan DRM Penelitian Internal D3/D4/S1/S2/S3 7. Penyediaan DRM Penelitian Eksternal D3/D4/S1/S2/S3 |
| <p>II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan</p> | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. |

| | |
|--|--|
| | <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks 2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim. <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ol style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ol style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik);</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Semua pengaduan dan saran masukan disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status komplain; 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rekam Medis terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rekam Medis memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Instalasi Rekam Medis; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Instalasi Rekam Medis kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Instalasi Rekam Medis kepada pihak yang membuat pengaduan; |
|--|---|

9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;
10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

II.2.1 Dasar Hukum

1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 Tentang Praktik Kedokteran;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; 5. Peraturan Pemerintah No.10 tahun 1966 tentang wajib simpan rahasia kedokteran; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/ MENKES/ PER/ III/2008 tentang Rekam Medis; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/ MENKES/ PER/ III/ 2008 tentang Persetujuan Tindakan Medis; 8. Surat Keputusan Dirjen Yanmed tahun 1996, nomor YM.00.03.2.2 tahun 1996 tentang petunjuk Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia yang di revisi II tahun 2006. |
| <p>II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Casemix berlokasi di lantai 1 yang mudah diakses pasien yang akan menyelesaikan administrasi Keluar Rumah Sakit (KRS) khususnya pasien dengan pembiayaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) atau asuransi lainnya dari rawat inap ruang Shofa, Marwah. Graha Nur Afiah dan Al Aqsha; 2. Penerimaan dan Pencatatan Dokumen Rekam Medis, berlokasi di lantai 1 gedung Tan'im berdekatan dengan tempat pendaftaran pelayanan terpadu, ruang Kepala Seksi Rekam Medis, dan Kepala Instalasi Rekam Medis untuk memudahkan proses pengolahan data yang bersumber dari dokumen rekam medis; 3. Ruang penyimpanan dokumen rekam medis rawat inap dan rawat jalan (Sentralisasi). Berlokasi berdekatan dengan tempat pendaftaran pasien rawat jalan; 4. Tempat Pendaftaran Pelayanan Terpadu: <ol style="list-style-type: none"> a. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ): Berlokasi di lantai 1 bagian depan dan berdekatan dengan tempat penyimpanan dokumen status rawat jalan dan rawat inap, dan tidak jauh dari poliklinik rawat jalan. Tempat pendaftaran rawat jalan dan rawat inap mudah diakses oleh pasien yang akan mendaftar. Juga terdapat anjungan cetak SEP Mandiri untuk |

| | |
|---|--|
| | <p>pelayanan pasien yang daftar pelayanan rawat jalan secara <i>online</i>.</p> <p>b. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI) /Admisi: Berlokasi di lantai 1 gedung Tan'im dan mudah diakses oleh pasien yang akan melakukan pendaftaran rawat inap baik pasien dari poliklinik maupun pasien dari Instalasi Gawat Darurat.</p> <p>5. Tempat Pendaftaran Pasien Rawat IGD (TPPRIGD) berlokasi di dalam area Instalasi Gawat Darurat, terletak di bagian depan sehingga sesuai dengan fungsinya sebagai tempat pendaftaran pasien gawat darurat dan rawat inap sore dan malam hari.</p> |
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diploma 3 (D3) Rekam Medis Dan informasi Kesehatan yang ditempuh selama enam semester dengan gelar Ahli Madya; 2. Diploma 4 (D4) Manajemen Informasi Kesehatan yang ditempuh selama delapan semester, dengan gelar Sarjana Sains Terapan MIK; 3. Strata 1 (S1) Manajemen Informasi Kesehatan yang ditempuh selama delapan semester, dengan gelar Sarjana Manajemen Informasi Kesehatan; 4. Strata 2 (S2) Manajemen Informasi Kesehatan yang ditempuh selama empat semester, dengan gelar Magister Manajemen Informasi Kesehatan. |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Instalasi dan dibantu oleh Sekretaris Instalasi |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | <p>Jumlah tenaga di Unit kerja Rekam Medis RSUD Haji Surabaya sebanyak 46 orang dan di distribusikan pada 4 (empat) bagian yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran pasien dan admisi; 2. Pengelolaan dokumen rekam medis; 3. Casemix; 4. Pelayanan mediko legal. |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur |

| | |
|--|---|
| | <p>berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Instalasi Rekam Medis Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i></p> |
| <p>II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan</p> | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2. Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3. Meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>); 4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur; |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;</p> <p>6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh.</p> |
|--|---|

R. SUB BAGIAN PENERIMAAN PENDAPATAN

| Variabel | Kriteria |
|---|--|
| II.1 Proses Penyampaian Pelayanan (Service Delivery) | |
| II.1.1 Persyaratan Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum 2. Pasien dengan Jaminan |
| II.1.2 Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan | <p>A. Pelayanan IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien menunjukkan kartu berobat 2) Kasir meneliti kebenaran dari tindakan dengan data yang ada dikomputer, dan menanyakan ke keluarga pasien tentang pembayarannya 3) Apabila tidak benar merupakan pasien JKN atau Pihak Ketiga 4) Apabila benar, maka Kasir menerima uang pembayaran dari pasien 5) Kasir mencetak kwitansi pembayaran rangkap 3 (tiga) 6) Kwitansi lembar 1 diserahkan pasien dan pasien pulang, lembar 2 untuk poli dan lembar 3 untuk arsip keuangan. 7) Akhir jam loket semua kwitansi yang diterima direkap 8) Kemudian Kasir rmenyetorkan penerimaan pendapatan Rawat Jalan ke Bank Jatim. <p>B. Pelayanan Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien membawa nota tindakan dari poli ke Kasir 2) Kasir meneliti kebenaran dari nota tindakan dengan data yang ada dikomputer, dan menanyakan kekeluarga pasien tentang pembayarannya 3) Apabilatidakbenarmerupakanpasien JKN atau PihakKetiga 4) Apabila benar, maka Kasir menerima uang pembayaran dari pasien 5) Kasir mencetak kwitansi pembayaran rangkap 3 |

| | |
|--|--|
| | <p>(tiga)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6) Kwitansi lembar 1 diserahkan pasien dan pasien pulang, lembar 2 untuk poli dan lembar 3 untuk arsip keuangan. 7) Akhir jam loket semua kwitansi yang diterima direkap 8) Kemudian Kasir menyetorkan penerimaan pendapatan Rawat Jalan ke Bank Jatim. <p>C. Pelayanan Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien / keluarga pasien membawa buku ekspedisi ruangan ke Petugas Kasir. 2) Petugas Kasir konfirmasi ke pasien/keluarga pasien tentang cara pembayarannya. 3) Apabila tidak bisa membayar secara tunai, Pasien kembali ke ruang Rawat Inap untuk cetak POP 4) POP dan buku ekspedisi dikembalikan ke pasien/keluarga pasien dan diarahkan ke Bagian Keuangan & Akuntansi untuk meminta acc / persetujuan dari Kabag Keuangan & Akuntansi 5) Apabila membayar tunai, Petugas Kasir menerima dan menghitung uang sesuai tagihan 6) Petugas Kasir mencetak kwitansi pembayaran rangkap 3 (tiga). <p>D. Pelayanan Graha Nuur Afiya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien / keluarga pasien membawa buku ekspedisi ruangan ke Petugas Kasir. 2) Petugas Administrasi ruangan Graha Nuur Afiya melakukan konfirmasi atas biaya pelayanan yang diberikan pada pasien, termasuk klarifikasi ke penunjang dan depo farmasi. 3) Kasir menerima konfirmasi dari admin Graha Nuur Afiya 4) Petugas Kasir mencetak kwitansi pembayaran rangkap 3 (tiga). <p>E. Pelayanan Depo Farmasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien / keluarga pasien membawa nomor resep yang sudah di dapat dari petugas farmasi yang |
|--|--|

| | |
|--------------------------------------|---|
| | <p>telah terlebih dahulu melakukan entry data ke computer berdasarkan resep yang di dapat dari dokter yang memeriksa, baik pasien rawat jalan maupun rawat inap.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Masing – masing Kasir menerima uang pembayaran obat yang dibeli dengan memberikan bukti pembayaran dalam bentuk kwitansi rangkap 3 (tiga) yang kemudian di rekap oleh Kasir sesuai shiff. 3) Kasir harus selalu melakukan verifikasi antara rekap laporan pendapatan dengan kwitansi dan uang tunai yang di terima. 4) Pada saat ganti shiff, harus ada serah terima antara kasir yang tercatat secara benar dan rapi pada buku serah terima, baik kwitansi, rekap maupun jumlah uang tunai dan harus menyertakan tanda tangan serta nama terang antar kasir. 5) Kasi pada shiff ketiga membuat slip setoran untuk di setorkan ke pihak Bank Jatim dengan nomer rekening 0321004806 atas nama penerimaan pendapatan RSUD Haji Surabaya. 6) Transaksi pembayaran yang terjadi di luar hari kerja, maupun pada hari libur, tetap di bendel perhari dan disetorkan pada saat hari dan jam kerja oleh kasir pada shiff pagi. 7) Bukti setoran, kwitansi dan rekap laporan pendapatan harus diserahkan di bagian Keuangan dan Akuntansi (Penerimaan Pendapatan) |
| <p>II.1.3 Jangka Waktu Pelayanan</p> | <p>A. Jam bukapelayananKasir IGD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Senin s/d Minggu (Shift Pagi) Jam 07.00 s/d jam 14.00 2) Senin s/d Minggu (Shift Siang) Jam 14.00 s/d jam 21.00 3) Senin s/d Minggu (Shift Malam) Jam 21.00 s/d jam 07.00 <p>B. Jam bukapelayananKasirRawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Senin s/d Jum 'at Jam 07.00 s/d jam 15.30 <p>C. Jam bukapelayananKasirRawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Senin s/d Minggu (Shift Pagi) Jam 07.00 s/d jam 14.00 2) Senin s/d Minggu (Shift Siang) Jam 14.00 s/d jam 21.00 |

| | |
|---|---|
| | <p>3) Senin s/d Minggu (Shift Malam) Jam 21.00 s/d jam 07.00</p> <p>D. Jam bukapelayananKasirGraha Nuur Afiya</p> <p>1) Senin s/d Jum 'at (Shift Pagi) Jam 07.00 s/d jam 14.00</p> <p>2) Senin s/d Jum 'at (Shift Siang) Jam 14.00 s/d jam 21.00</p> <p>3) Sabtu Jam 07.00 s/d jam 14.00</p> |
| II.1.4 Biaya / Tarif Pelayanan | <p>1. Sesuai dengan Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 9 Tahun 2010 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RumahSakit Daerah ProvinsiJawaTimur ;</p> <p>2. Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor 445/052/304/2015 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dan Pelayanan Penunjang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) RSUD Haji Surabaya.</p> |
| II.1.5 Produk Pelayanan | Pelayanan pada pasien IGD, Rawat Jalan, Rawat Inap dan Penunjang |
| II.1.6 Penanganan Pengaduan dan Saran Masukan | <p>II.1.6.1 Bentuk Pengaduan dan Saran Masukan</p> <p>Pelanggan dapat mengadukan keluhannya, serta memberikan saran masukan dengan cara :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsung Kepada petugas yang melayani atau kepada Customer Service. 2. Tidak langsung Melalui kotak saran, media cetak dan elektronik, telepon ke bagian Hukmas dan Pemasaran RSUD Haji Provinsi Jawa Timur Nomor 031-5924000 ext. 5442. Atau Wa no : 081230340088/085257540099. <p>II.1.6.2 Tatalaksana Penanganan Pengaduan Dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan penerimaan saran masukan diselesaikan secara berjenjang : |

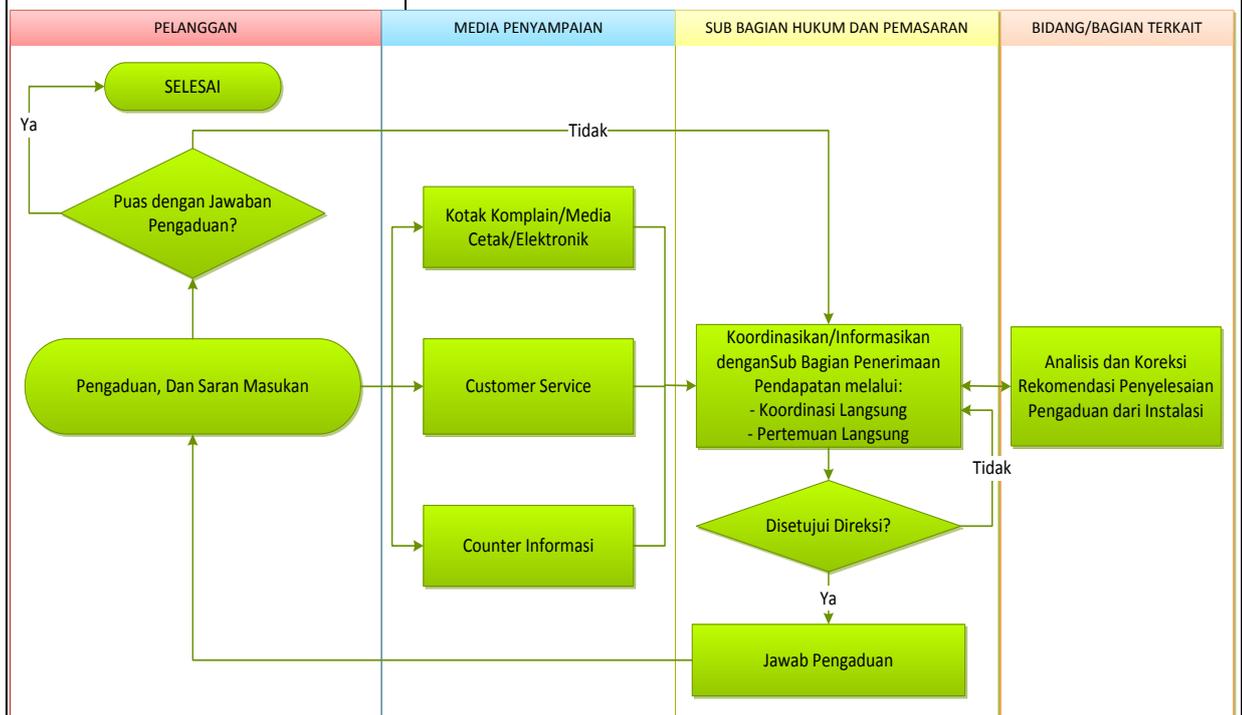
| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas Customer Service b. Sub Bagian Hukmas dan Pemasaran c. Bidang/bagian terkait d. Direks <p>2. Tim pengaduan dan penerimaan saran masukan membuat laporan setiap bulan dan dilaporkan ke Biro Organisasi Provinsi Jatim.</p> <p>II.1.6.3 Audit, Monitoring Dan Evaluasi Pengaduan Dan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Audit Pelaksanaan Audit oleh SPI 2. Monitoring & Evaluasi : Pelaksanaan Monev oleh Majelis Pengaduan dan Saran Masukan RS (SPI, Komite Mutu & Panitia Audit). <ul style="list-style-type: none"> a. Pengawasan : <ul style="list-style-type: none"> 1) Melekat oleh atasan langsung/Duty Manager 2) Fungsional → SPI, Irwilprov, BPKP 3) Publik → Masyarakat, LSM dll b. Evaluasi dilakukan secara teratur (tribulan dan tahunan) <p>II.1.6.4 Prosedur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan dan saran masukan pelanggan dapat melalui Customer Service atau melalui kotak saran ataupun media (telepon, cetak, elektronik); 2. Semua pengaduan dan saran masukan |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>disampaikan ke Sub Bag. Hukmas & Pemasaran RSUD Haji Surabaya dan dicatat dalam log status complain;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran melakukan konfirmasi dengan Sub Bagian Penerimaan Pendapatan terkait pengaduan ketidakpuasan dan saran masukan dari pelanggan; 4. Instalasi Rekam Medis memberikan jawaban/klarifikasi kepada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran terkait pengaduan ketidakpuasan pelanggan; 5. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran memberikan jawaban/klarifikasi kepada pelanggan/pihak yang membuat pengaduan dari klarifikasi/jawaban Sub Bagian Penerimaan Pendapatan; 6. Apabila pihak yang membuat pengaduan menyampaikan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari Sub Bag. Hukmas & Pemasaran maka surat/berkas disampaikan kepada Bidang/Bagian; 7. Bidang/bagian melakukan konfirmasi dengan Sub Bagian Penerimaan Pendapatan kemudian menyampaikan klarifikasi atau solusinya pada Sub Bag. Hukmas & Pemasaran; 8. Sub Bag. Hukmas & Pemasaran menyampaikan hasil klarifikasi dari Sub Bagian Penerimaan Pendapatan kepada pihak yang membuat pengaduan; 9. Apabila pihak yang membuat pengaduan belum puas dengan jawaban/klarifikasi dari |
|--|---|

Sub Bag. Hukmas & Pemasaran dari bidang/bagian maka dilakukan koordinasi/pertemuan dengan unit terkait dan dihadiri oleh Direksi/Top Manajemen untuk memperoleh keputusan tindak lanjut penyelesaian;

10. Sub Bag. Hukmas dan Pemasaran merekap dan menyampaikan jawaban/klarifikasi perihal keputusan tindak lanjut penyelesaian atau rekomendasi penyelesaian pengaduan yang telah disetujui Direksi kepada pihak yang membuat pengaduan.

II.1.6.5 Alur Penyelesaian Pengaduan dan Penerimaan Saran Masukan



II.2 Proses Pengelolaan Pelayanan (*Manufacturing*)

| | |
|---|--|
| II.2.1 Dasar Hukum | Keputusan Gubernur Jawa Timur No29 tahun 2009 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Propinsi Jawa Timur |
| II.2.2 Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer : 6 2. Printer : 6 3. Brankas : 4 |

| | |
|---|---|
| I.2.3 Kompetensi Pelaksana Pelayanan | SMA dan S1 |
| II.2.4 Pengawasan Internal Pelayanan | Pelaksana pelayanan diawasi oleh Kepala Sub. Bagian Penerimaan Pendapatan |
| II.2.5 Jumlah Pelaksana Pelayanan | 22 Pelaksana |
| II.2.6 Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan | Bagi tenaga PNS evaluasi kinerja dilakukan melalui SKP setiap bulan dan untuk tenaga BLUD melalui laporan kegiatan per bulan dan pada akhir tahun dalam bentuk DP3 |
| II.2.7 Jaminan Pelayanan | Jaminan pelayanan di RSUD Haji Provinsi Jawa Timur berupa Maklumat Pelayanan yang telah dipampang di Sub Bagian Penerimaan Pendapatan Maklumat pelayanan tersebut sebagai implementasi peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien yang mengacu pada undang-undang dan peraturan yang berlaku. Maklumat pelayanan ini telah ditetapkan dalam Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1519/304/2018 Tanggal 14 September 2018 yang isinya <i>“Kami berkomitmen memberikan Pelayanan sesuai dengan tandard an akan selalu melakukan perbaikan berkelanjutan, dan kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku jika Pelayanan tidak sesuai dengan Standar.”</i> |
| II.2.8 Jaminan Keamanan dan Keselamatan | <p>II.2.8.1 Jaminan Keamanan</p> <p>Berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Haji Surabaya Nomor: 445/1368/304/2017 Tanggal 06 Desember 2017 tentang Penetapan dan Pemberlakuan Pedoman Pelayanan Pelaksana Keamanan dan Ketertiban RSUD Haji Surabaya, dengan tujuan untuk menciptakan kondisi yang menjamin keamanan dan ketertiban bagi pasien, keluarga, karyawan, pengunjung dan lainnya, mencegah terjadinya tindak kejahatan terutama dilingkungan Rumah Sakit dan untuk memastikan semua yang ada di lingkungan Rumah Sakit aman dan tertib, maka diperlukan penanganan berupa:</p> |

| | |
|--|--|
| | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan kartu penunggu pasien; 2. Penanganan jika terjadi huru-hara; 3. Penanganan jika terjadi ancaman bom; 4. Penanganan jika terjadi pencurian bayi; 5. Penanganan jika terjadi pencurian di masing-masing unit; 6. Penanganan pasien kabur; 7. Perlindungan percobaan pasien bunuh diri; 8. Tata tertib penunggu pasien; 9. Pelaporan kejadian terkait keamanan dan ketertiban Instalasi RSUD Haji Surabaya; 10. Pengaksesan CCTV; 11. Pelaksanaan patroli oleh Satpol PP; 12. Pengawasan terhadap keluar masuknya mobil yang membawa barang; 13. Pengawasan terhadap pihak ke-3; 14. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV; 15. Pelaporan gangguan ancaman keamanan; 16. Pengawasan terhadap karyawan dan pengunjung yang mencurigakan; 17. Pengawasan tempat terpencil dan tempat rawan keamanan; 18. Pelayanan perlindungan barang milik pasien. <p>li.2.8.1 Jaminan Keselamatan Pelayanan</p> <p>Berdasarkan Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur Nomor: 445/014/102.10/2022 Tanggal 06 Januari 2022 tentang Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Haji Provinsi Jawa Timur, sehingga untuk menjamin keselamatan pelayanan pasien di RS dilakukan melalui 6</p> |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <p>(enam) sasaran keselamatan pasien yaitu sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mengidentifikasi pasien dengan benar;2. Meningkatkan komunikasi yang efektif;3. Meningkatnya keamanan obat yang harus diwaspadai (<i>high aler medication</i>);4. Terlaksananya proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat pasien yang menjalani tindakan dan prosedur;5. Dikurangnya risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;6. Mengurangi risiko cedera karena pasien jatuh. |
|--|---|