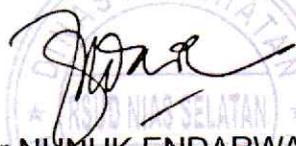


7. STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP

RSUD NIAS SELATAN 	STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH NIAS SELATAN		
	No. DOKUMEN	No. REVISI	HALAMAN 1/1
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)	Tanggal Terbit 27 Mei 2024	Ditetapkan Oleh : DIREKTUR RSUD NIAS SELATAN  dr NUNUK ENDARWATI Pembina NIP.19701112 200212 2 003	
PENGERTIAN	Pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesifik yang dilaksanakan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, dan pelayanan kesehatan lainnya.		
TUJUAN	Sebagai acuan penerapan langkah langkah untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-hari sehubungan dengan penyembuhan penyakitnya.		
KEBIJAKAN	SK Keputusan Direktur RSUD Nias Selatan No. 400/7.22/2420/RSUD-NISEL/V/2024 tentang Penetapan Tim Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Nias Selatan		
PROSEDUR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ucapkan salam dan memperkenalkan diri 2. Perawat menanyakan kepada pasien ataupun keluarga/pengantar tentang pasien 3. Perawat/dokter menentukan prioritas kegawatdaruratan 4. Perawat memberikan informasi kepada keluarga/pengantar pasien untuk mendaftarkan ke bagian pendaftaran jika pasien umum keluarga diberi informasi biaya perawatan dan fasilitas oleh petugas pendaftaran 5. Lakukan pemeriksaan fisik pada pasien oleh dokter 6. Menanyakan kepada keluarga kronologis sebelum masuk rumah sakit serta terapi ataupun pemeriksaan dari luar rumah sakit (Lab, Rontgen, dll) kepada pasien jika sadar serta keluarga oleh dokter/perawat 7. Mengisi status rekam medis pasien dengan lengkap dan instruksi yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosis (pemeriksaan Lab, Radiologi, dan Terapi) oleh dokter 8. Berikan alternatif pemeriksaan keluar rumah sakit kepada keluarga jika pemeriksaan penunjang tidak mendukung 9. Dokter IGD melakukan konsultasi kepada konsulen yang diperlukan 		
UNIT TERKAIT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Instalasi Farmasi 2. Instalasi Laboratorium 		

3. Instalasi Gawat Darurat 4. Instalasi Rekam Medik 5. Instalasi Gizi

NO	KOMPONEN PENILAI	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1) Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 2) Undang - Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; 3) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 4) Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 5) Permenpanrb Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan 6) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
2.	Persyaratan	1. Pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> o Kartu BPJS o Surat perintah opname (<i>Admission Note</i>) o Kartu Identitas Pasien (KTP/KK) 2. Pasien Umum <ul style="list-style-type: none"> o Surat perintah opname (<i>Admission Note</i>) o Kartu Identitas Pasien (KTP/KK)
3.	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Pasien datang ke IGD melalui drop zone 2. Pasien diarahkan oleh perawat menuju triase yang sesuai kondisi kegawatdaruratan medis yang dialami pasien (green zone, yellow zone, red zone) 3. Dokter IGD dibantu perawat segera melakukan assessment atau pemeriksaan awal untuk mengetahui keluhan atau sakit yang diderita pasien 4. Pemberian pertolongan pertama sesuai advice dokter 5. Pasien mendapat tindakan pemeriksaan penunjang (laboratorium, konsultasi dengan dokter spesialis, dsb) 6. Sembari menunggu hasil pemeriksaan penunjang, pasien dinyatakan opname/rawat inap 7. Keluarga pasien diberikan form rawat inap dari zona pasien dirawat 8. Formulir rawat inap diserahkan ke loket pendaftaran rawat inap 9. Petugas loket pendaftaran rawat inap akan memberikan penjelasan mengenai tarif layanan, hak dan kewajiban yang harus dipatuhi pasien serta fasilitas yang didapatkan dan tanda tangan

		<p>administrasi</p> <p>10. Bagi pasien umum, keluarga pasien akan mendapatkan buku opname dan diberikan ke ruang zona pasien dirawat</p> <p>11. Bagi pasien BPJS, keluarga menyerahkan berkas administrasi BPJS dan pasien diberikan fasilitas sesuai kepesertaannya</p> <p>12. Standar pelayanan di IGD maksimal adalah enam (6) jam. Apabila lebih dari waktu tersebut dan pasien belum mendapatkan ruangan, maka pihak IGD akan melakukan konsultasi dengan bagian terkait agar pasien yang sudah lama menunggu dapat segera dipindah ke ruang rawat inap.</p>
4.	Jangka Waktu Pelayanan	3 – 5 Hari
6.	Produk Pelayanan	Layanan medis rawat inap
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>Melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kotak saran 2. Telepon (0851-3752-1271) 3. SMS (0851-3752-1271) 4. Email (rsudnisel.2022@gmail.com) 5. Secara langsung 6. Facebook (Rsud Nias Selatan) 7. Instagram (Rsud Nias Selatan)
8.	Sarana, Prasarana dan atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Side Cabinet /Hospital Bed /Bed Pasien 2. Sampiran 3. Syringe Pump 4. Infusion Pump 5. Tiang Infus 6. Trolley Instrumen 7. Laryngoscope 8. Komputer Set 9. AC 10. Minor Set 11. Sphymomanometer 12. Lemari Obat 13. Digital Weight Scale 14. Stetoscop Dewasa 15. Matras 16. Oxygen Concentrator 17. Baby Scale 18. Patient Monitor 19. Syringe Pump 20. Infusion Pump 21. Trolley Emergency 22. Emergency Lamp 23. Tabung Oksigen 24. Dispenser 25. Kursi Plastik 26. Strecher

		27.Kursi Roda 28.Tempat Tidur Tindakan 29.Digital Mobil Radio 30.Meja Makan Pasien 31.Kursi Tunggu 32.Kipas Angin 33.Meja ½ Biro
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis 2. Dokter gigi 3. Dokter umum 4. Perawat minimal D3 Keperawatan 5. Bidan minimal D3 Kebidanan
10.	Pengawasan Internal	Dilakukan oleh : 1. Direktur 2. Kepala Seksi Pelayanan Medik 3. Kepala Ruang Rawat Inap
11.	Jumlah Pelaksana	40 Personil
12.	Jaminan Pelayanan	1. Adanya Kebijakan Direktur 2. Adanya Pedoman Pelayanan 3. Adanya Panduan Pelayanan 4. Adanya SPO 5. Kepastian persyaratan 6. Kepastian biaya 7. SDM yang kompeten di bidangnya
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pelaksanaan sesuai prosedur yang berlaku 2. Diwujudkan dalam kualitas pelayanan prima yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas yang trampil, cepat, sopan, santun serta berkompeten dalam bidang tugasnya 3. Kerahasiaan pasien
14.	Evaluasi Kinerja Pelayanan	1. Penilaian kinerja setiap 1 bulan sekali 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) 3. Evaluasi LKJIP 4. Laporan bulanan pelayanan dan laporan data mutu. 5. Rapat instalasi dan manajemen