|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lampiran | : | Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara |
| Nomor | : | 267 Tahun 2023 |
| Tanggal | : | 25 Januari 2023 |

1. STANDAR PELAYANAN INSTALASI KAMAR OPERASI
   1. Standar Pelayanan Operasi Elektif

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Komponen | Uraian |
| 1. | Dasar Hukum | 1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 4. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072); 5. Peraturan Menteri Kesehatan No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.8 Tahun 2022 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan No.14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan; 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. 10. SK Direktur RSU Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSU Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023. |
| 2. | Persyaratan Pelayanan | Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien dengan pertanggungan BPJS dan asuransi lainya adalah sama yaitu :   1. Pasien sudah ditetapkan tanggal dan waktu operasi oleh DPJP (Dokter penanggung Jawab Pasien) ; 2. Ada persetujuan tindakan operasi oleh pasien/ keluarga; 3. Pasien sudah melakukan persiapan operasi sesuai dengan instruksi DPJP dan dokter anastesi. |
| 3. | Sistem Mekanisme dan Prosedur | Pasien umum, pasien dengan pertanggungan BPJS dan asuransi lainnya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :   1. Pasien didaftar satu hari sebelum operasi; 2. Perawat ruangan tempat pasien dirawat mengantar pasien ke IKOS 1 jam sebelum tindakan operasi; 3. Serah terima perawat ruangan dan perawat kamar operasi lalu dilakukan ferifikasi sesuai dengan SPO serah terima; 4. Perawat kamar operasi yang menerima pasien, menyerahkan pasien keperawat sirkuler untuk dilakukan sign in. 5. Pasien dimasukan didalam ruang tindakan operasi; 6. Pasien dilakukan tindakan operasi sesuai dengan SPO; 7. Pasien yang telah dilakukan tindakan operasi dibawah ke ruang recovery room untuk dilakukan observasi sampai keadaan pasien layak untuk dikembalikan keruangan perawatan; 8. Serah terimah petugas RR dengan perawat ruangan tempat pasien dirawat. |
| 4. | Jangka Waktu Penyelesaian | 1. Operasi sedang : 30 menit – 2 Jam ; 2. Operasi besar : 1 – 3 jam ; 3. Operasi Khusus : 2 - 7 Jam . |
| 5. | Biaya / Tarif | 1. Pasien Umum   Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;   1. Pasien BPJS   Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;   1. Pasien Asuransi Lainnya   Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. |
| 6. | Produk Layanan | 1. Operasi sedang; 2. Operasi besar; 3. Operasi khusus. |
| 7. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | 1. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur: 2. Datang langsung ke Unit pengaduan; 3. Mengisi Kotak Saran 4. Email: [admin@rsudbahteramas.go.id](mailto:admin@rsudbahteramas.go.id); / [humasbahteramas@gmail.com](mailto:humasbahteramas@gmail.com) 5. Website:   [www.rsud-bahteramas.go.id](http://www.rsud-bahteramas.go.id);   1. Melalui [www.lapor.go.id](http://www.lapor.go.id); 2. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401) 3195611; 3. Melalui Handphone:  * 085216186802 An. Heni Kuswati * 085287187121 An. Dwi Anasari.  1. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :    1. Verifikasi aduan;    2. Mediasi;    3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;    4. Sanksi; 2. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :   1. 1 orang Kabag Umum;   * 1. 1 orang Kasubag Humas;   2. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan.  1. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :    1. Unit pengaduan;    2. Formulir Pengaduan    3. Telepon/Handphone;    4. Komputer;    5. Buku dan alat tulis menulis. |
| 8. | Sarana dan Prasarana, dan / atau Fasilitas | 1. Sarana    1. Kursi Tunggu Pasien;    2. Televisi;    3. Brangkar;    4. Jas pasien;    5. Set instrumen operasi;    6. Mesin laparascopy;    7. Mesin anastesi;    8. Mesin endo urology;    9. Meja operasi ;    10. Lampu operasi;    11. Mesin couter;    12. Mesin suction;    13. Mesin veco;    14. Mesin Atroscopy;    15. Film viuwer.    16. Endoscopy THT 2. Prasarana    1. Toilet;    2. Ruang Tunggu;    3. Ruang kamar operasi (di IKOS);    4. Ruang RR. |
| 9. | Kompetensi Pelaksana | * 1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang ;   2. Dokter Sub spesialis ongkology 2 orang ;  3. Dokter Spesialis Bedah plastik 1 orang ;  4. Dokter Spesialis bedah umum 4 orang ;  5. Dokter Spesialis THT 2 orang ;  6. Dokter Spesialis Obsgyn 6 orang;  7. Dokter Spesialis Mata 3 orang ;  8. Dokter Spesialis Orthopedy 3 orang;  9. Dokter Spesialis Anastesi 7 orang;  10. Dokter Spesialis Bedah Vaskuler 1 Orang  11. Dokter Spesialis Bedah Anak 1 Orang  12. Dokter Spesialis Bedah Mulut 1 Orang  13. Dokter Spesialis Bedah Saraf 1 Orang  14. Perawat kamar bedah 22 orang ;  15. Penata anastesi 14 orang  16. Petugas Administrasi 1 orang. |
| 10. | Pengawasan Internal | 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan atau bersama-sama memantau pelaksanaan   perawatan di Instalasi Kamar Operasi;   1. Kepala Instalasi Kamar Operasi secara langsung memantau pelaksananaan perawatan di Instalasi Kamar Operasi Sentral; 2. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di Instalasi Kamar operasi Sentral. |
| 11. | Jumlah Pelaksana | Pelaksana Pelayanan Operasi Elektif 71 orang terdiri dari:   1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang ; 2. Dokter Sub spesialis ongkology 2 orang ; 3. Dokter Spesialis Bedah plastik 1 orang ; 4. Dokter Spesialis bedah umum 4 orang; 5. Dokter Spesialis THT 2 orang ; 6. Dokter Spesialis Obsgyn 6 orang; 7. Dokter Spesialis Mata 3 orang ; 8. Dokter Spesialis Orthopedy 3 orang; 9. Dokter Spesialis Anastesi 7 orang; 10. Dokter Spesialis Bedah Vaskuler 1 orang; 11. Dokter Spesialis Bedah Anak 1 orang; 12. Dokter Spesialis Bedah Mulut 1 orang; 13. Dokter Spesialis Bedah Saraf 1 orang; 14. Perawat kamar bedah 22 orang; 15. Penata anastesi 14 orang; 16. Petugas Administrasi 1 orang. |
| 12. | Jaminan Pelayanan | Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ranah, cepat, trampil, sopan dan santun. |
| 13. | Jaminan Kemanan dan Keselamatan Pelayanan | 1. Timbang terima pasien. 2. Sign in; 3. Time out; 4. Sign out. |
| 14. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | 1. Evaluasi SKM ( Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;   2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit;  3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala. |

* 1. Standar Pelayanan Operasi Emergensi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No. | Komponen | Uraian |
| 1. | Dasar Hukum | 1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia   Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);   1. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072); 2. Peraturan Menteri Kesehatan No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; 3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.8 Tahun 2022 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan No.14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor; 4. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 5. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 6. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara 7. Surat Keputusan Direktur RSU Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSU Bahteramas Tanggal 25 Januari 2023 |
| 2. | Persyaratan  Pelayanan | Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien dengan pertanggungan BPJS dan asuransi lainya adalah sama  yaitu :   1. Pasien sudah ditetapkan tanggal dan waktu operasi oleh DPJP (Dokter penanggung Jawab Pasien) ; 2. Ada persetujuan tindakan operasi oleh pasien/ keluarga; 3. Pasien sudah melakukan persiapan operasi sesuai dengan instruksi DPJP dan dokter anastesi. |
| 3. | Sistem Mekanisme dan Prosedur | Pasien umum, pasien dengan pertanggungan BPJS dan asuransi lainya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :   1. Pasien dinyatakan Tindakan operasi segera oleh DPJP; 2. Perawat IGD/perawat ruangan tempat pasien dirawat mengantar pasien ke OK IGD 30 menit sebelum Tindakan operasi; 3. Serah terima perawat IGD/perawat ruangan dan perawat kamar operasi lalu dilakukan verifikasi sesuai dengan SPO serah terima; 4. Perawat kamar operasi yang menerima pasien, menyerahkan pasien keperawat sirkuler untuk dilakukan sign in; 5. Pasien dimasukan didalam ruang tindakan operasi; 6. Pasien dilakukan tindakan operasi sesuai dengan SPO; 7. Pasien yang telah dilakukan tindakan operasi dibawah ke ruang recovery room untuk dilakukan observasi sampai keadaan pasien layak untuk dikembalikan keruangan perawatan; |
| 4. | Jangka Waktu  Penyelesaian | 1. Operasi sedang : 30 menit – 2 Jam ; 2. Operasi besar : 1 – 3 jam ; 3. Operasi Khusus : 2 - 7 Jam . |
| 5. | Biaya / Tarif | 1. Pasien Umum   Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi  Sulawesi Tenggara;   1. Pasien BPJS   Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;   1. Pasien Asuransi Lainnya   Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. |
| 5. | Produk Layanan | 1. Operasi sedang; 2. Operasi besar; 3. Operasi khusus. |
| 7. | Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan | A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakuan dengan prosedur :   1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: [admin@rsudbahteramas.go.id](mailto:admin@rsudbahteramas.go.id); / [humasbahteramas@gmail.com](mailto:humasbahteramas@gmail.com) 4. Website: [www.rsud-bahteramas.go.id](http://www.rsud-bahteramas.go.id); 5. Melalui : [www.lapor.go.id](http://www.lapor.go.id) 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone:  * 085216186802 An. Heni Kuswati * 085287187121 An. Dwi Anasari  1. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :    1. Verifikasi Aduan;    2. Mediasi;    3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;    4. Sanksi. 2. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :    1. 1orang Kabag Umum;    2. 1 orang Kasubag Humas;    3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. 3. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :    1. Unit pengaduan;    2. Telepon/Handphone;    3. Komputer;    4. Buku dan alat tulis menulis.    5. Formulir Pengaduan |
| 8. | Sarana dan Prasarana, dan/atau  Fasilitas | 1. Sarana    1. Kursi Tunggu Pasien;    2. Brangkar;    3. Jas pasien;    4. Set instrumen operasi;    5. Mesin anastesi;    6. Meja operasi ;    7. Lampu operasi;    8. Mesin couter;    9. Mesin suction;    10. Film viuwer. 2. Prasarana    1. Toilet;    2. Ruang Tunggu;    3. Ruang kamar operasi (di IKOS). |
| 9. | Kompetensi  Pelaksana | 1. Sub Spesialis bedah digestif;   2. Sub spesialis ongkology;  3. Spesialis Bedah plastik ;  4. Spesialis bedah umum ;  5. Spesialis THT ;  6. Spesialis Obgyn;  7. Spesialis Mata;  8. Spesialis Orthopedy;  9. Spesialis Anastesi ;  10. Perawat yang terlatih dasar-dasar kamar bedah  11. Dokter memiliki STR dan SIP;  12. Perawat dan bidan memiliki STR dan SIK. |
| 10. | Pengawasan Internal | 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir Perencanaan dan Diklat melalui Kepala Bagian Rekam Medik memantau melalui aplikasi pada SIM RS; 3. Dilakukan langsung oleh Kepala Seksi Rekam Medik pada saat pendaftaran sedang berlangsung. |
| 11. | Jumlah Pelaksana | 1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang ;   2. Dokter Sub spesialis ongkology 2 orang ;  3. Dokter Spesialis Bedah plastik 1 orang ;  4. Dokter Spesialis bedah umum 4 orang ;  5. Dokter Spesialis THT 2 orang ;  6. Dokter Spesialis Obsgyn 6 orang;  7. Dokter Spesialis Mata 3 orang ;  8. Dokter Spesialis Orthopedy 3 orang;  9. Dokter Spesialis Anastesi 7 orang;  10. Dokter Spesialis Bedah Anak 1 Orang  11, Dokter Spesialis Bedah Mulut 1 Orang  12. Dokter Spesialis Bedah Saraf 1 Orang  13. Dokter Spesialis Bedah Vaskuler 1 Orang  14. Perawat kamar bedah 17 orang ;  15. Penata anastesi 14 orang;  16. Petugas Administrasi 1 orang. |
| 12. | Jaminan Pelayanan | Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai  Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ranah, cepat, trampil, sopan dan santun. |
| 13. | Jaminan Keamanan dan Keselamatan  Pelayanan | 1. Timbang terima pasien. 2. Sign in; 3. Time out; 4. Sign out. |
| 14. | Evaluasi Kinerja Pelaksana | 1. Evaluasi SKM ( Survey Kepuasan Masyarakat)   dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun ;  2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit;  3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala. |

Direktur,

dr. H. Hasmudin, Sp.B.

Pembina Utama Muda, Gol.IV/c

Nip. 196505101997031008