

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

3.9 STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP VIP

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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. 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; 9. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi

		<p>Sulawesi Tenggara Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan Dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP). 2. Surat Rujukan (jika Ada). 3. Surat pengantar Rawat Inap. <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu BPJS. 5. Kartu Keluarga. 6. Kartu pasien (Jika Pasien Lama). <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu Asuransi Yang Diikuti.. 5. Kartu Keluarga.
3.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Rawat Inap VIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat Poli/perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat Intensive/perawat antar ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat ruangan VIP bahwa pasien siap diantar; b. Perawat Poli/perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat Intensive/perawat antar ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat inap VIP; c. Pasien dengan kondisi rawat biasa diantar oleh transporter ke ruang rawat inap; d. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar

		<p>perawat didampingi dokter IGD ke ruang rawat inap VIP;</p> <p>e. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD dan dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen;</p> <p>f. Perawat ruangan dan perawat IGD/perawat poli/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat intensive/antar perawat rawat inap lainnya menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan VIP.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat Inap VIP</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat inap VIP;</p> <p>b. Perawat/bidan IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima;</p> <p>c. Perawat/bidan IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap);</p> <p>d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat inap VIP;</p> <p>e. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>3. Serah Terima Pasien Poli Ke Ruang Rawat Inap VIP</p> <p>a. Perawat poli mengidentifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat inap VIP;</p> <p>b. Perawat poli memberikan pengantar rawat inap dari dokter kepada pasien/keluarga pasien dan</p>
--	--	--

		<p>mengarahkan pasien/keluarga pasien diantar transporter menuju ruang sentral opname (SO)</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Perawat poli menyerahkan lembar/status rekam medis pasien poli dibantu transporter ke petugas sentral opname (SO) d. Petugas sentral opname (SO) memindahkan data pasien yang ada di SIM RS poli ke SIM RS ruang rawat inap VIP; e. Perawat/bidan melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan rawat inap; f. Perawat/bidan melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); g. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS sentral opname (SO) di SIM RS ruang rawat inap VIP. <p>4. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat Inap VIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat inap VIP; b. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP menjemput pasien ke ruang OK IGD; c. Perawat/bidan OK IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima; d. Perawat/bidan OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat inap VIP; f. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien. <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Intensive Ke Ruang</p>
--	--	---

		<p>Rawat Inap VIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang intensive ke SIM RS ruang rawat inap VIP; b. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP menjemput pasien ke ruang intensive; c. Perawat/bidan intensive melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima; d. Perawat/bidan intensive melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS Intensive di SIM RS ruang rawat inap VIP; f. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien. <p>6. Serah Terima Pasien Ruang Rawat Inap Kelas lainnya Ke Ruang Rawat Inap VIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap kelas lainnya ke SIM RS ruang rawat inap VIP; b. Perawat/bidan ruang rawat inap kelas lainnya melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima; c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap kelas lainnya melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap kelas lainnya di SIM RS ruang rawat inap VIP; e. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien.
--	--	--

		<p>7. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat menyiapkan tempat tidur pasien sesuai dengan kelas perawatan; b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan yang telah di sediakan; c. Perawat memberikan informasi kepada pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan pasien/keluarga pasien memahami informasi yang diberikan; d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis. <p>8. Pemberian Tindakan Kepada Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; 2. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; 3. Dokter/perawat/bidan menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat inap. <p>9. Timbang Terima (Operan)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Sesi I <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggungjawabnya: - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan
--	--	--

		<p>selanjutnya;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruang/kamar pasien. <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa pasien, menanyakan masalah keperawatan setelah dilakukan tindakan, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat beristirahat kepada pasien. <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas. <p>10. Persiapan Pasien Pulang</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang pasien; c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien;
--	--	--

		<p>e. Untuk pasien BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat inap; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. <p>f. Untuk pasien umum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran; - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat inap; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. <p>g. Untuk asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat pasien bekerja (bagi pasien kerjasama); <p>h. Perawat membuka/melepas gelang pasien;</p> <p>i. Pasien pulang;</p> <p>j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.</p>
4.	Jangka Waktu	1. Transfer pasien ke ruang perawatan selama 10 – 15

	Penyelesaian	<p>menit;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Serah terima pasien IGD ke ruang rawat inap 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	Pelayanan Rawat Inap VIP
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi;

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien 1 buah setiap kamar; 2. Ekstra Bed/tempat tidur 1 buah untuk penjaga pasien di setiap kamar; 3. Bantal kepala; 4. Bantal guling; 5. Bedcover; 6. Meja dan rak serbaguna 1 buah untuk masing-masing pasien; 7. Lemari 1 buah untuk masing-masing pasien; 8. Kursi futura 1 buah untuk penjaga pasien; 9. Kursi tamu 1 set dengan meja; 10. Televisi 1 unit dan saluran TV kabel setiap kamar; 11. Kulkas 1 buah; 12. AC/ pendingin ruangan 1 unit setiap kamar; 13. Oksigen sentral 1 unit setiap kamar; 14. Suction 1 unit setiap kamar; 15. Kamar mandi 1 dalam kamar pasien; 16. Wastafel 1 set setiap kamar; 17. Dispenser dan aqua galon 1 buah setiap kamar; 18. Mushola.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagi tenaga medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku; 2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku;

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Bagi bidan memiliki STR dan SIPB yang masih berlaku; 4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO); 6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat dan pelayanan kebidanan bagi bidan; 7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 9. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan rawat inap; 3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sub spesialis 7 orang 2. Dokter spesialis 65 orang 3. Dokter spesialis gigi 4 orang 4. Dokter umum gigi 6 orang 5. Perawat 14 orang 6. Bidan 4 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang rawat inap; 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 3. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah

		dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; 2. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.



**Direktur,
RSU Bahteramas**

Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah
Sakit Umum Bahteramas
Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

3.10 STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP VVIP

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;6. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;7. 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

		<p>Sulawesi Tenggara;</p> <p>8. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan Dan Asuhan Pasien;</p> <p>9. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP). 2. Surat Rujukan (jika Ada). 3. Surat pengantar Rawat Inap. <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu BPJS. 5. Kartu Keluarga. 6. Kartu pasien (Jika Pasien Lama). <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu Asuransi Yang Diikuti.. 5. Kartu Keluarga.
3.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat Poli/perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat Intensive/perawat antar ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat ruangan VVIP bahwa pasien siap diantar; b. Perawat Poli/perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat Intensive/perawat antar ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien

		<p>diantar ke ruang rawat inap VVIP;</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Pasien dengan kondisi rawat biasa diantar oleh transporter ke ruang rawat inap; d. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat didampingi dokter IGD ke ruang rawat inap VVIP; e. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD dan dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen; f. Perawat ruangan dan perawat IGD/perawat poli/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat intensive/antar perawat rawat inap lainnya menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan VVIP. <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat inap VVIP; b. Perawat/bidan IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima; c. Perawat/bidan IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat inap VVIP; e. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien.
--	--	---

		<p>3. Serah Terima Pasien Poli Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat poli mengidentifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat inap VVIP; b. Perawat poli memberikan pengantar rawat inap dari dokter kepada pasien/keluarga pasien dan mengarahkan pasien/keluarga pasien diantar transporter menuju ruang sentral opname (SO) c. Perawat poli menyerahkan lembar/status rekam medis pasien poli dibantu transporter ke petugas sentral opname (SO) d. Petugas sentral opname (SO) memindahkan data pasien yang ada di SIM RS poli ke SIM RS ruang rawat inap VVIP; e. Perawat/bidan melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan rawat inap; f. Perawat/bidan melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); g. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS sentral opname (SO) di SIM RS ruang rawat inap VVIP <p>4. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat inap VVIP; b. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP menjemput pasien ke ruang OK IGD; c. Perawat/bidan OK IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima; d. Perawat/bidan OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap); e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP
--	--	--

		<p>mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat inap VVIP;</p> <p>f. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Intensive Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang intensive ke SIM RS ruang rawat inap VVIP;</p> <p>b. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP menjemput pasien ke ruang intensive;</p> <p>c. Perawat/bidan intensive melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima;</p> <p>d. Perawat/bidan intensive melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap);</p> <p>e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS Intensive di SIM RS ruang rawat inap VVIP;</p> <p>f. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>6. Serah Terima Pasien Ruang Rawat Inap Kelas lainnya Ke Ruang Rawat Inap VVIP</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap kelas lainnya ke SIM RS ruang rawat inap VVIP;</p> <p>b. Perawat/bidan ruang rawat inap kelas lainnya melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan atau dokter penerima;</p> <p>c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap kelas lainnya melakukan serah terima administrasi</p>
--	--	--

		<p>pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat inap);</p> <ol style="list-style-type: none"> d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap VVIP mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap kelas lainnya di SIM RS ruang rawat inap VVIP; e. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat/bidan penerima di lembar transfer pasien. <p>7. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat menyiapkan tempat tidur pasien sesuai dengan kelas perawatan; b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan yang telah di sediakan; c. Perawat memberikan informasi kepada pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan pasien/keluarga pasien memahami informasi yang diberikan; d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis. <p>8. Pemberian Tindakan Kepada Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; 2. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; 3. Dokter/perawat/bidan menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat inap. <p>9. Timbang Terima (Operan)</p>
--	--	--

		<p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggungjawabnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruang/kamar pasien. <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa pasien, menanyakan masalah keperawatan setelah dilakukan tindakan, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat beristirahat kepada pasien. <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas. <p>10. Persiapan Pasien Pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang pasien; c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien; e. Untuk pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat inap; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. f. Untuk pasien umum <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat inap; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. <p>g. Untuk asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat inap; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat pasien bekerja (bagi pasien kerjasama); <p>h. Perawat membuka/melepas gelang pasien;</p> <p>i. Pasien pulang;</p> <p>j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien IGD ke ruang rawat inap 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan</p>

		<p>Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	Pelayanan Rawat Inap VVIP
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>;

		<ul style="list-style-type: none"> 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien 1 buah setiap kamar; 2. Ekstra Bed/tempat tidur 1 buah untuk penjaga pasien di setiap kamar; 3. Bantal kepala; 4. Bantal guling; 5. Bedcover; 6. Meja dan rak serbaguna 1 buah untuk masing-masing pasien; 7. Lemari 1 buah untuk masing-masing pasien; 8. Kursi futura 1 buah untuk penjaga pasien; 9. Kursi sofa tamu 1 set dengan meja; 10. Meja makan 1 set; 11. Telepone 1 unit; 12. Televisi 1 unit dan saluran TV kabel setiap kamar; 13. Kulkas 1 buah; 14. AC/ pendingin ruangan 2 unit setiap kamar; 15. Oksigen sentral 1 unit setiap kamar; 16. Suction 1 unit setiap kamar; 17. Dapur bersih 1 setiap kamar; 18. Peralatan makan dan minum 1 set setiap kamar; 19. Hitter/pemanas air 1 buah setiap kamar; 20. Kamar mandi 2 dalam kamar pasien dengan pilihan air dingin/panas; 21. Wastafel 2 set setiap kamar; 22. Dispenser dan aqua galon 1 buah setiap kamar; 23. Mushola.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bagi tenaga medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku; 2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku; 3. Bagi bidan memiliki STR dan SIPB yang masih berlaku; 4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO); 6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis

		<p>bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat dan pelayanan kebidanan bagi bidan;</p> <p>7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;</p> <p>8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;</p> <p>9. Mampu mengoperasikan komputer.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <p>2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan rawat inap;</p> <p>3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan.</p>
11.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter sub spesialis 7 orang</p> <p>2. Dokter spesialis 65 orang</p> <p>3. Dokter spesialis gigi 4 orang</p> <p>4. Dokter umum gigi 6 orang</p> <p>5. Perawat 9 orang</p> <p>6. Bidan 6 orang</p>
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang rawat inap;</p> <p>2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar;</p> <p>3. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;</p>

		2. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.
--	--	--



**Direktur,
RSU Bahteramas**

Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah
Sakit Umum Bahteramas
Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

3.11 STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP ISOLASI

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;8. 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

		<p>Tenggara;</p> <p>9. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 2 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan Dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP). 2. Surat Rujukan (jika Ada). 3. Surat pengantar Rawat Inap. <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu BPJS. 5. Kartu Keluarga. 6. Kartu pasien (Jika Pasien Lama). <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan. 2. Surat Pengantar Rawat Inap. 3. Kartu Identitas (KTP). 4. Kartu Asuransi Yang Diikuti.. 5. Kartu Keluarga.
3.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat poli/IGD/IGD Ponek/Rawat inap dan Ruang Intensive (ICU/ICCU) memberitahukan kepada perawat ruangan bahwa pasien siap diantar; b. Perawat memberitahukan kepada pasien / keluarganya bahwa pasien akan diantar ke ruang isolasi; c. Pasien dengan kondisi rawat biasa diantar oleh transporter dengan menggunakan masker N95 ke ruang isolasi; d. Pasien dengan observasi ketat diantar perawat

		<p>dan didampingi dpjp;</p> <p>e. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan di depan nurse station meliputi nama, usia, diagnose, terapi yang telah diberikan dan advice dari dpjp atau dokter konsulen bila pasien sudah dikonsul;</p> <p>f. Perawat ruangan dan perawat IGD/perawat poli menandatangani formular serah terima kepada perawat ruangan.</p> <p>2. Serah terima pasien ke ruang isolasi</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, perawat memindahkan data pasien ke SIM RS ruang isolasi;</p> <p>b. Perawat melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima;</p> <p>c. Perawat melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas ruang isolasi);</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat isolasi mengecek data pasien yang telah dikirim ke SIM RS ruang isolasi;</p> <p>e. Meminta tanda tangan dan cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>3. Penempatan pasien di kamar perawatan</p> <p>a. Perawat menyiapkan tempat tidur pasien sesuai dengan kelas perawatan;</p> <p>b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan yang telah disediakan;</p> <p>c. Perawat memberikan informasi kepada pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan pasien/keluarga pasien memahami informasi yang diberikan;</p> <p>d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis.</p> <p>4. Pemberian Tindakan kepada pasien</p>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter melakukan Tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medik; 2. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medik. <p>5. Timbang terima (operan)</p> <p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat shift yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya; - Perawat shift yang akan bertugas membuka operan jaga dengan berdoa; - Perawat shift yang selesai bertugas melaporkan pasien kepada perawat shift yang akan bertugas terkait identitas pasien, diagnose, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat shift yang akan bertugas mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat shift yang telah selesai bertugas; - Perawat shift yang selesai bertugas mengajak perawat shift yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap setiap ruang pasien. <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat shift yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa pasien, menanyakan masalah keperawatan setelah dilakukan Tindakan, menyampaikan bahwa tugasnya dan akan diganti dengan tim perawat shift yang bertugas; - Perawat shift yang akan bertugas menjelaskan perawat shift yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat shift yang telah selesai bertugas menutup pertemuan dan menyampaikan
--	--	--

		<p>selamat beristirahat.</p> <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat shift yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat shift yang akan bertugas memberikan reinforcement kepada perawat shift yang selesai bertugas. <p>6. Persiapan pasien pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan resep obat yang dibawa pulang; c. Perawat membuat resume pulang keperawatan dan melengkapi formulir yang dibuat oleh dokter yang merawat; d. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; e. Melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien; f. Untuk pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat isolasi; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat isolasi; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. g. Untuk pasien umum <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat isolasi; - Memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada
--	--	--

		<p>pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran dan selanjutnya membayar ke bank;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang isolasi; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. <p>h. Pasien asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat isolasi; - Memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas tersebut untuk menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat pasien bekerja (bagi pasien Kerjasama). <p>i. Perawat membuka gelang pasien;</p> <p>j. Pasien pulang.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien ke ruang isolasi 10 – 15 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 5-10 menit; 5. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p>

		<p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	Pelayanan Rawat Inap Isolasi;
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit; (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien; 2. Lemari Pasien;

		<ul style="list-style-type: none"> 3. AC; 4. O₂ Sentral; 5. Pulse oksimetri; 6. Exhouse; 7. Ventilator; 8. Bed electric; 9. Nebulizer; 10. Bed monitor; 11. CCTV; 12. Timbangan; 13. Meteran; 14. Trolley emergency; 15. Brankar; 16. Sampiran mobile; 17. Televisi; 18. Kamar mandi; 19. Wastafel.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bagi tenaga medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku; 2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku; 3. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 4. Menguasai standar prosedur operasional (SPO); 5. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat dan pelayanan kebidanan bagi bidan; 6. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 7. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 8. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan Secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan rawat inap; 3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan

		pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sub spesialis 4 orang 2. Dokter spesialis 65 orang 3. Dokter spesialis gigi 4 orang 4. Dokter umum gigi 6 orang 5. Perawat 18 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang rawat inap; 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 3. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; 2. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.



**Direktur,
RSU Bahteramas**

dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

4. STANDAR PELAYANAN INSTALASI PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

4.1 Standar Pelayanan Persalinan

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

		<p>10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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;</p> <p>10. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP); 2. Surat Rujukan (Jika ada). <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan; 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP); <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Keterangan Penjaminan (yang di ACC oleh petugas kerjasama); 2. Surat Rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan / Mandiri Inhealth); 4. KTP Pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>Pasien umum dan pasien dengan pertanggungansan BPJS dan asuransi lainnya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga/Pasien masuk IGD Kamar bersalin dengan membawa persyaratan pelayanan; 2. Petugas IGD Kamar bersalin menjemput pasien dengan menggunakan brankar /roster (yang tidak bisa jalan); 3. Petugas IGD Kamar bersalin menganamnese pasien dan melakukan pemeriksaan fisik;

		<p>4. Petugas IGD kamar bersalin memberikan pengantar kepada keluarga pasien untuk mengurus buku rekam medik pasien dan SJP (BPJS);</p> <p>5. Pasien dilayani sesuai dengan SPO kamar bersalin;</p> <p>6. Setelah dilakukan tindakan di kamar bersalin, pasien dirawat sesuai dengan haknya /permintaan keluarga pasien.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>1. Perlakuan pasien masuk sampai dilakukan tindakan pemeriksaan waktu yang dibutuhkan kurang dari 15 menit;</p> <p>2. Pelayanan persalinan waktu yang dibutuhkan sesuai dengan SPO persalinan.</p>
5.	Biaya / Tarif	<p>A. Pasien Umum Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>B. Pasien BPJS Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<p>1. Persalinan Normal;</p> <p>2. Persalinan patologi</p> <p>3. SC .</p>

7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone: D. 085216186802 An. Heni Kuswati E. 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan / atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien;

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Rostur; 3. Brangkar; 4. Set Persalinan; 5. Alat Vakum; 6. Set Kuretase; 7. Infant Warmer; 8. Alat Resusitasi Bayi; 9. Suction; 10. Oksigen Sentral; 11. USG 3 Dimensi; 12. CTG; 13. EKG; 14. Sringe Pump; 15. Infus Pump; <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu; 3. Lahan Parkir roda 2 dan roda 4.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spesialis obsteri dan ginekology; 2. Spesialis obsteri dan ginekologi sup spesialis fetomaternal; 3. Bidan memiliki STR dan SIK; 4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 5. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 6. Memiliki pengetahuan tentang persyaratan pendaftaran; 7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 9. Mampu mengoperasikan komputer; 10. Memahami penggunaan aplikasi dibagian loket pendaftaran.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodic melalui pemantauan langsung jalannya pemeriksaan di poliklinik dan rapat evaluasi

		<p>(morning report), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan persalinan dan perinatologi; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan atau bersama-sama memantau pelaksanaan di Instalasi Persalinan dan perinatologi; 4. Kepala Instalasi Persalinan dan perinatologi secara langsung memantau pelaksanaan perawatan di Instalasi Persalinan dan perinatologi; 5. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di Instalasi Persalinan dan perinatologi.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis obsteri dan ginekology 4 orang; 2. Dokter Spesialis obsteri dan ginekologi sup spesialis fetomaternal 1 orang; 3. Bidan 25 orang.
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar operasional prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Kemanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diobservasi secara intensif; 2. Penerapan pasien safety.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun 2. Evaluasi system akuntabilitas kinerja Rumah Sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.

4.2 STANDAR PELAYANAN PERAWATAN BAYI

No.	Komponen	Uraian
1.	Dasar Hukum	<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 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;

		<p>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.</p> <p>10. SK Direktur RSU Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSU Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien dengan pertanggung BPJS dan asuransi lainnya adalah sama yaitu : Pasien Persalinan normal atau patologi dengan bayi normal.</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggung BPJS dan asuransi lainnya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah bayi lahir dilakukan IMD (inisiasi menyusui dini); 2. Setelah 1 jam pemberian Vit K dan salep mata; 3. Setelah 2 jam pemberian imunisasi HB0 dan pemeriksaan fisik bayi kemudian dirawat gabung; 4. Bila ditemukan kelainan fisik lapor ke dokter spesialis anak.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perlakuan terhadap bayi normal yang lahir di Rumah Sakit 1- 6 jam; 2. Bila ditemukan kelainan, waktu yang dibutuhkan untuk melakukan tindakan sesuai dengan SPO dan kondisi bayi.
5.	Biaya / Tarif	<p>A. Pasien Umum Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>B. Pasien BPJS</p>

		<p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
5.	Produk Layanan	Perawatan bayi
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> F. 085216186802 An. Heni Kuswati G. 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan.

		<p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien; 2. Box Bayi 3. Inkubator Transport 4. Set persalinan ; 5. Inkubator 6. Timbangan bayi 7. Infan warmer; 8. Alat resusitasi bayi; 9. Suction; 10. Oksigen sentral; 11. Sringe pump; 12. Infus pump; 13. Bood Wamer; <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu; 3. Lahan Parkir roda 2 dan roda 4.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spesialis obsteri dan ginekology; 2. Spesialis obsteri dan ginekologi sup spesialis fetomaternal; 3. Bidan memiliki STR dan SIK; 4. Dokter mempunyai STR dan SIP; 5. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu);

		<ul style="list-style-type: none"> 6. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 9. Mampu mengoperasikan komputer; 10. Memahami penggunaan aplikasi dibagian loket pendaftaran.
10.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 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. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan persalinan dan perinatologi; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan atau bersama-sama memantau pelaksanaan di Instalasi Persalinan dan perinatologi; 4. Kepala Instalasi Persalinan dan perinatologi secara langsung memantau pelaksanaan perawatan di Instalasi Persalinan dan perinatologi; 5. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di Instalasi Persalinan dan perinatologi.
11.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis obsteri dan ginekology 3 orang; 2. Dokter Spesialis obsteri dan ginekologi sup spesialis fetomaternal 1 orang; 3. Bidan 26 orang.
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di</p>

		bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien diobservasi secara intensif; 2. Penerapan pasien safety.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**


dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

5. STANDAR PELAYANAN INSTALASI KAMAR OPERASI

5.1 Standar Pelayanan Operasi Elektif

No	Komponen	Uraian
1.	Dasar Hukum	<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 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. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;7. Peraturan Menteri Kesehatan RI No.8 Tahun 2022 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan No.14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk

		<p>pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan;</p> <p>8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>10. 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.</p> <p>11. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien dengan pertanggung jawaban BPJS dan asuransi lainnya adalah sama yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggung jawaban BPJS dan asuransi lainnya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien didaftar satu hari sebelum operasi; 2. Perawat ruangan tempat pasien dirawat mengantar pasien ke IKOS 1 jam sebelum

		<p>tindakan operasi;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Serah terima 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 dimasukkan 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 terima petugas RR dengan perawat ruangan tempat pasien dirawat.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi sedang : 30 menit – 2 Jam ; 2. Operasi besar : 1 – 3 jam ; 3. Operasi Khusus : 2 - 7 Jam .
5.	Biaya / Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur</p>

		<p>Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggra.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi sedang; 2. Operasi besar; 3. Operasi khusus.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek

		<p>lokasi;</p> <p>4. Sanksi;</p> <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Formulir Pengaduan 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan / atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien; 2. Televisi; 3. Brangkar; 4. Jas pasien; 5. Set instrumen operasi; 6. Mesin laparoscopy; 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 <p>B. Prasarana</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu; 3. Ruang kamar operasi (di IKOS); 4. Ruang RR.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang ; 2. Dokter Sub spesialis onkology 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat sewaktu-waktu

		<p>dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan persalinan dan perinatology; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis dan Kepala Bidang Keperawatan atau bersama-sama memantau pelaksanaan perawatan di Instalasi Kamar Operasi; 4. Kepala Instalasi Kamar Operasi secara langsung memantau pelaksanaan perawatan di Instalasi Kamar Operasi Sentral; 5. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di Instalasi Kamar operasi Sentral.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana Pelayanan Operasi Elektif 71 orang terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang 2. Dokter Sub spesialis onkology 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	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di</p>

		bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang terima pasien. 2. Sign in; 3. Time out; 4. Sign out.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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.

5.2 STANDAR PELAYANAN OPERASI EMERGENSI

No.	Komponen	Uraian
1.	Dasar Hukum	<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 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 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; 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 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas

		<p>Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas Tanggal 25 Januari 2023</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien dengan pertanggungansan BPJS dan asuransi lainnya adalah sama</p> <p>yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggungansan BPJS dan asuransi lainnya sistem mekanisme dan prosedur adalah sama yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 dimasukkan 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi sedang : 30 menit – 2 Jam ; 2. Operasi besar : 1 – 3 jam ; 3. Operasi Khusus : 2 - 7 Jam .
5.	Biaya / Tarif	<p>A. Pasien Umum Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>B. Pasien BPJS Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
5.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Operasi sedang; 2. Operasi besar; 3. Operasi khusus.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone:

		<ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>1. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> a Kursi Tunggu Pasien; b Brangkar; c Jas pasien; d Set instrumen operasi; e Mesin anastesi; f Meja operasi ; g Lampu operasi; h Mesin couter; i Mesin suction; j Film viuwur. <p>2. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> a Toilet; b Ruang Tunggu; c Ruang kamar operasi (di IKOS).
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sub Spesialis bedah digestif; 2. Sub spesialis onkology;

		<ol style="list-style-type: none"> 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	<ol style="list-style-type: none"> 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. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan persalinan dan perinatology; 3. Wadir Perencanaan dan Diklat melalui Kepala Bagian Rekam Medik memantau melalui aplikasi pada SIM RS; 4. Dilakukan langsung oleh Kepala Seksi Rekam Medik pada saat pendaftaran sedang berlangsung.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Sub Spesialis bedah digestif 2 orang ; 2. Dokter Sub spesialis onkology 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbang terima pasien. 2. Sign in; 3. Time out; 4. Sign out.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**



Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

6. STANDAR PELAYANAN RUANG INTENSIVE

6.1 Standar Pelayanan di Ruang Intensive

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;8. 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

		<p>Tenggara;</p> <p>9. Peraturan Direktur RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 02 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien BPJS dan Asuransi lainnya adalah sama :</p> <p>Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP) menetapkan bahwa pasien akan dirawat diruangan intensive yang tercantum dalam rekam medik pasien</p>
3.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggung jawaban BPJS dan asuransi lainnya, sistim mekanisme dan prosedur adalah sama, yaitu:</p> <p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan Intensive</p> <p>a. Perawat IGD/ bidan IGD PONEK/perawat OK IGD/perawat IKOS/bidan perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat atau bidan ruangan intensive bahwa pasien siap diantar;</p> <p>b. Perawat IGD/ bidan IGD PONEK/perawat OK IGD/perawat IKOS/bidan perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat intensive;</p> <p>c. Pasien IGD/pasien IGD PONEK dengan observasi ketat diantar perawat/bidan dan didampingi dokter umum ke ruang rawat intensive;</p> <p>d. Pasien OK IGD/pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat intensive;</p> <p>e. Pasien perinatologi dengan observasi ketat diantar bidan dan didampingi dokter spesialis</p>

		<p>anak ke ruang rawat intensive;</p> <p>f. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat intensive;</p> <p>g. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan intensive di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD/dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen;</p> <p>h. Perawat ruangan intensive dan perawat IGD/bidan IGD PONEK/perawat OK IGD/perawat IKOS/bidan ruang perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan intensive.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat intensive</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat intensive;</p> <p>b. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat intensive;</p> <p>c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari IGD;</p> <p>d. Perawat IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima;</p> <p>e. Perawat IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive);</p> <p>f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat intensive ;</p> <p>g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p>
--	--	--

		<p>3. Serah Terima Pasien IGD PONEK Ke Ruang Rawat intensive</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, bidan IGD PONEK memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD PONEK ke SIM RS ruang rawat intensive; b. Pasien IGD PONEK dengan observasi ketat diantar bidan IGD PONEK dan didampingi dokter umum ke ruang rawat intensive; c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari IGD PONEK; d. Bidan IGD PONEK melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima; e. Bidan IGD PONEK melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive); f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD PONEK di SIM RS ruang rawat intensive ; g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>4. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat intensive</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat intensive; b. Pasien OK IGD dengan observasi ketat diantar perawat anastesi dan didampingi dokter spesialis anastesi ke ruang rawat intensive; c. Perawat jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari OK IGD; d. Perawat anastesi / dokter spesialis anastesi OK IGD melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima di ruang intensive;
--	--	---

		<p>e. Perawat anestesi OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive);</p> <p>f. Perawat jaga di ruang rawat intensive mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS OK IGD di SIM RS ruang rawat intensive;</p> <p>g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>5. Serah Terima Pasien IKOS Ke Ruang Rawat intensive</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IKOS ke SIM RS ruang rawat intensive;</p> <p>b. Pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat intensive;</p> <p>c. Perawat jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari ruang IKOS;</p> <p>d. Perawat anestesi / dokter spesialis anestesi IKOS melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima di ruang intensive;</p> <p>e. Perawat anestesi melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive);</p> <p>f. Perawat jaga di ruang rawat intensive mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IKOS di SIM RS ruang rawat intensive;</p> <p>g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>6. Serah Terima Pasien Perinatologi Ke Ruang Rawat intensive</p> <p>a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS</p>
--	--	---

		<p>ruang perinatologi ke SIM RS ruang rawat intensive;</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Pasien perinatologi dengan observasi ketat diantar bidan ruang perinatologi dan didampingi dokter spesialis anak ke ruang rawat intensive; c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari ruang perinatologi; d. Bidan ruang perinatologi dan dokter spesialis anak melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau bidan penerima di ruang intensive; e. Bidan ruang perinatologi melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive); f. Perawat atau bidan jaga di ruang rawat intensive mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang perinatologi di SIM RS ruang rawat intensive; g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>7. Serah Terima Pasien Ruang Rawat Inap Ke Ruang Rawat intensive</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang inap ke SIM RS ruang rawat intensive; b. Pasien di ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat atau bidan ke ruang rawat intensive; c. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive menerima pasien dari ruang rawat inap; d. Perawat/bidan ruangan rawat inap melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat atau dokter penerima di ruangan intensive e. Perawat/bidan melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat intensive); f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat intensive
--	--	---

		<p>mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruangan rawat inap di SIM RS ruang rawat intensive ;</p> <p>g. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>SIM RS ruang rawat intensive ;</p> <p>8. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan intensive</p> <p>a. Perawat menyiapkan tempat tidur pasien intensive ;</p> <p>b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan intensive yang telah di sediakan;</p> <p>c. Perawat memberikan informasi kepada pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan intensive(jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan pasien/keluarga pasien memahami informasi yang diberikan;</p> <p>d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis.</p> <p>9. Pemberian Tindakan Kepada Pasien rawat intensive</p> <p>1. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>2. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>3. Dokter/perawat/bidan menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat intensive.</p> <p>10. Timbang Terima (Operan)</p> <p>a. Sesi I</p> <p>- Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi</p>
--	--	--

		<p>tanggungjawabnya:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap kamar pasien. <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa pasien, menanyakan masalah keperawatan setelah dilakukan tindakan, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat beristirahat kepada pasien. <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas. <p>11. Persiapan Pasien Pulang</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang pasien; c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien; e. Untuk pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat intensive; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat intensive; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. f. Untuk pasien umum <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat intensive; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran; - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat intensive; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. g. Untuk asuransi lainnya
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat intensive; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat pasien bekerja (bagi pasien kerjasama); <p>h. Perawat membuka/melepas gelang pasien;</p> <p>i. Pasien pulang;</p> <p>j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien IGD/ pasien IGD PONEK/pasien OK IGD/pasien IKOS/pasien perinatologi/pasien ruang rawat inap ke ruang rawat intensive 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan intensive 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Pasien di rawat di ruang intensive sampai dengan DPJP menetapkan bahwa pasien bisa di rawat di instalasi rawat inap/rawat gabung/instalasi rawat jalan; 6. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan</p>

		<p>Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	<p>Pelayanan Rawat Inap intensive meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan ICU 2. Pelayanan ICCU 3. Pelayanan PICU 4. Pelayanan NICU
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email:admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website:www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website:www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan</p>

		<p>Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<p>A. Sarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu pasien; 2. Rostur; 3. Bed elektrik; 4. Outlet oksigen; 5. Outlet suction/vacuum; 6. Matras decubitus; 7. Alat echo mobile; 8. Alat rontgen mobile; 9. Alat USG mobile; 10. Bed side monitor; 11. Monitor hemodinamik; 12. EKG; 13. DC Shock; 14. Ventilator; 15. Jackson Rees; 16. Srying Pump; 17. Infus pump; 18. Vien Viwer; 19. Blood Warmer; 20. Loker penyimpan barang berharga;; 21. CPAP; 22. Pulse Oximetri; 23. Ambubag; 24. Resusitasi set; 25. Inkubator; 26. Inkubator transport; 27. Infant warmer; 28. Foto Theraphy; 29. Nebulizer; 30. Stetoskop Neonatus; 31. Stetoskop Dewasa; 32. Spatel;

		<p>33. Timbangan;</p> <p>34. Meteran;</p> <p>35. Kulkas obat;</p> <p>36. Kulkas rumah tangga;</p> <p>37. Trolley emergency;</p> <p>38. Brankar;</p> <p>39. Sampiran mobile;</p> <p>40. Hitter/pemanas air;</p> <p>41. Dispenser;</p> <p>42. AC / pendingin ruangan;</p> <p>43. Televisi;</p> <p>44. CCTV;</p> <p>45. Jam.</p> <p>B. Prasarana :</p> <p>1. Nurse station;</p> <p>2. Ruangan tunggu keluarga pasien;</p> <p>3. Ruangan Ibu menyusui;</p> <p>4. Ruangan penyuluhan;</p> <p>5. Toilet.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Bagi tenaga medis memiliki STR dan SIP yang masih berlaku;</p> <p>2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku;</p> <p>3. Bagi bidan memiliki STR dan SIPB yang masih berlaku;</p> <p>4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu);</p> <p>5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO);</p> <p>6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat dan pelayanan kebidanan bagi bidan;</p> <p>7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;</p> <p>8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;</p> <p>9. Mampu mengoperasikan komputer.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat</p>

		<p>evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan intensive; 3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan terutama pelayanan intensive; 4. Kepala instalasi intensive secara langsung memantau pelaksanaan perawatan diruangan pelayanan intensive.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sub spesialis 7 orang 2. Dokter spesialis 65 orang 3. Dokter spesialis gigi 4 orang 4. Dokter umum gigi 6 orang 5. Perawat 59 orang 6. Bidan 7 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang intensive; 2. Pemantauan kondisi ruangan dengan CCTV; 3. Pasien di observasi setiap 15 menit; (NICU, PICU); 4. Pasien di observasi setiap jam; (ICU, ICCU); 5. Penerapan standar keselamatan pasien (<i>patient safety</i>); 6. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 7. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; 2. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit;

	3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.
--	---



**Direktur,
RSU Bahteramas**

Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

6.2 STANDAR PELAYANAN PASIEN DI ICU (*INTENSIVE CARE UNIT*)

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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub

		<p>Nomor 80 tahun 2018 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>9. Peraturan Direktur RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 02 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSU Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien BPJS dan Asuransi lainnya adalah sama :</p> <p>Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP) menetapkan bahwa pasien akan dirawat diruangan ICU yang tercantum dalam rekam medik pasien.</p>
3.	Sistim Mekanisme Dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggungangan BPJS dan asuransi lainnya, sistim mekanisme dan prosedur adalah sama, yaitu:</p> <p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan ICU</p> <p>a. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat atau bidan ruangan ICU bahwa pasien siap diantar;</p> <p>b. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat ICU;</p> <p>c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat ICU;</p> <p>d. Pasien OK IGD/pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anastesi dan didampingi dokter spesialis anastesi ke ruang rawat intensive ICU;</p> <p>e. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat</p>

		<p>diantar perawat/bidan ke ruang rawat ICU;</p> <p>f. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan ICU di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD/dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen;</p> <p>g. Perawat ruangan ICU dan perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan ICU.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat ICU</p> <p>a. Perawat IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IGD menelpon ke ruang ICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICU, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>b. Perawat ruang ICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat ICU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat ICU menerima pasien dari IGD;</p> <p>e. Perawat IGD dan dokter umum melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICU;</p> <p>f. Perawat IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat ICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di</p>
--	--	---

		<p>SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>3. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat ICU</p> <p>a. Perawat OK IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat OK IGD menelpon ke ruang ICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICU, perawat OK IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS OK IGD ke SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>b. Perawat ruang ICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien OK IGD dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat ICU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat ICU menerima pasien dari OK IGD;</p> <p>e. Perawat anestesi OK IGD atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICU;</p> <p>f. Perawat OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat ICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS OK IGD di SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>4. Serah Terima Pasien IKOS Ke Ruang Rawat ICU</p> <p>a. Perawat IKOS melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat,</p>
--	--	--

		<p>dokter jaga/DPJP/perawat IKOS menelpon ke ruang ICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICU, perawat IKOS memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IKOS ke SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>b. Perawat ruang ICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat ICU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat ICU menerima pasien dari IKOS;</p> <p>e. Perawat anestesi IKOS atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICU;</p> <p>f. Perawat IKOS melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat ICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IKOS di SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Inap Ke Ruang Rawat ICU</p> <p>a. Perawat/bidan jaga ruang rawat inap melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat/bidan jaga ruang rawat inap menelpon ke ruang ICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICU, perawat/bidan jaga ruang rawat inap memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap ke SIM RS ruang rawat ICU;</p> <p>b. Perawat ruang ICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi</p>
--	--	---

		<p>pasien;</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Pasien di ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat ICU; d. Perawat jaga di ruang rawat ICU menerima pasien dari ruang rawat inap; e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICU; f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICU); g. Perawat jaga di ruang rawat ICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap di SIM RS ruang rawat ICU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>6. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat ruang ICU menyiapkan tempat tidur pasien ICU; b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan ICU; c. Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada keluarga pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan ICU (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan keluarga pasien memahami informasi yang diberikan; d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis. <p>7. Pemberian Tindakan Kepada Pasien rawat ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan
--	--	--

		<p>didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>b. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>c. Dokter/perawat menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat ICU.</p> <p>8. Timbang Terima (Operan)</p> <p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan keadaan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruangan pasien <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa keluarga pasien, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas,
--	--	---

		<p>menutup pertemuan dan mengucapkan selamat bertugas kepada perawat jaga selanjutnya.</p> <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas. <p>9. Persiapan Pasien Pulang</p> <p>a. Dokter menginformasikan kepada keluarga dan pasien bahwa pasien boleh pulang;</p> <p>b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang keluarga pasien;</p> <p>c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan;</p> <p>d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien;</p> <p>e. Untuk pasien BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICU; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat ICU; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. <p>f. Untuk pasien umum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat ICU sampai pasien dinyatakan
--	--	--

		<p>boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan keluarga pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat ICU; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. <p>g. Untuk asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat ICU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat keluarga pasien bekerja (bagi keluarga pasien kerjasama); <p>h. Perawat membuka/melepas gelang pasien</p> <p>i. Pasien pulang;</p> <p>j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan ICU selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien ke ruang rawat ICU 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan ICU 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Pasien di rawat di ruang intensive sampai dengan DPJP menetapkan bahwa pasien bisa di rawat di instalasi rawat inap/rawat gabung/instalasi rawat jalan; 6. Persiapan pasien pulang 30 menit.

5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	<p>Pelayanan Rawat Inap ICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Ventilator; 2. Pelayanan Hemodinamik 24 jam; 3. Pemasangan CVC (<i>central venous catheter</i>); 4. Pemberian obat menggunakan alat canggih.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<p>A. Sarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu pasien; 2. Bed elektrik; 3. Matras decubitus; 4. DC shock; 5. Ambu bag; 6. Bed Side monitor; 7. Monitor hemodinamik; 8. EKG; 9. Ventilator; 10. Jackson rees; 11. Pulse oximetri; 12. Resusitasi set; 13. Nebulizer; 14. Spatel; 15. Syring Pump; 16. Infus pump; 17. Outlet oksigen; 18. Outlet suction/vacuum; 19. Blood warmer; 20. Vien viewer;

		<ul style="list-style-type: none"> 21. Alat rontgen mobile; 22. Alat echo mobile; 23. Alat USG mobile; 24. Timbangan; 25. Meteran; 26. Trolley emergency; 27. Kulkas obat; 28. Kulkas rumah tangga; 29. Rostur; 30. Brankar; 31. Sampiran mobile; 32. Loker penyimpanan barang berharga; 33. Dispenser; 34. AC / pendingin ruangan; 35. CCTV; 36. Televisi; 37. Jam. <p>B. Prasarana :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Nurse station; 2. Ruang tunggu; 3. Dapur; 4. Toilet.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Bagi tenaga medis sub spesialis dan spesialis anestesi dan sub spesialis dan spesialis lainnya yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku; 2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku; 3. Perawat terlatih dengan pelatihan ICU dasar; 4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO); 6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat; 7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;

		9. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan intensive; 3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan, khususnya memantau pelaksanaan perawatan di ruang ICU; 4. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di ruang ICU.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sub spesialis 7 orang 2. Dokter spesialis 65 orang 3. Dokter spesialis gigi 4 orang 4. Dokter umum gigi 6 orang 5. Perawat 19 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang intensive; 2. Pemantauan kondisi ruangan dengan CCTV; 3. Pasien di observasi setiap jam; 4. Penerapan standar keselamatan pasien (<i>patient safety</i>); 5. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 6. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.

14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> a. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; b. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; c. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.

**Direktur,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

6.3 STANDAR PELAYANAN PASIEN DI ICCU (*INTENSIVE CARDIOLOGY CARE UNIT*)

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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan

		<p>pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>9. Peraturan Direktur RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 02 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien BPJS dan Asuransi lainnya adalah sama :</p> <p>Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP) menetapkan bahwa pasien akan dirawat diruangan ICCU yang tercantum dalam rekam medik pasien.</p>
3.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggungangan BPJS dan asuransi lainnya, sistim mekanisme dan prosedur adalah sama, yaitu:</p> <p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan ICCU</p> <p>a. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat atau bidan ruangan ICCU bahwa pasien siap diantar;</p> <p>b. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat ICCU;</p> <p>c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat ICCU;</p> <p>d. Pasien OK IGD/pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anastesi dan didampingi dokter spesialis anastesi ke ruang rawat intensive ICCU;</p> <p>e. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat ICCU;</p> <p>f. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan ICCU di depan <i>Nurse Station</i> meliputi</p>

		<p>nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD/dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen;</p> <p>g. Perawat ruangan ICCU dan perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan ICCU.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat ICCU</p> <p>a. Perawat IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IGD menelpon ke ruang ICCU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICCU, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat ICCU;</p> <p>b. Perawat ruang ICCU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat ICCU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat ICCU menerima pasien dari IGD;</p> <p>e. Perawat IGD dan dokter umum melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICCU;</p> <p>f. Perawat IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICCU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat ICCU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat ICCU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>3. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat</p>
--	--	---

		<p>ICCU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat OK IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat OK IGD menelpon ke ruang ICCU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICCU, perawat OK IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS OK IGD ke SIM RS ruang rawat ICCU; b. Perawat ruang ICCU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien OK IGD dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat ICCU; d. Perawat jaga di ruang rawat ICCU menerima pasien dari OK IGD; e. Perawat anestesi OK IGD atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICCU; f. Perawat OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICCU); g. Perawat jaga di ruang rawat ICCU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS OK IGD di SIM RS ruang rawat ICCU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>4. Serah Terima Pasien IKOS Ke Ruang Rawat ICCU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat IKOS melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IKOS menelpon ke ruang ICCU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICCU, perawat IKOS memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IKOS ke SIM RS ruang rawat ICCU; b. Perawat ruang ICCU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi
--	--	---

		<p>pasien;</p> <ul style="list-style-type: none"> c. Pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat ICCU; d. Perawat jaga di ruang rawat ICCU menerima pasien dari IKOS; e. Perawat anestesi IKOS atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICCU; f. Perawat IKOS melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICCU); g. Perawat jaga di ruang rawat ICCU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IKOS di SIM RS ruang rawat ICCU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Inap Ke Ruang Rawat ICCU</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat/bidan jaga ruang rawat inap melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat/bidan jaga ruang rawat inap menelpon ke ruang ICCU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang ICCU, perawat/bidan jaga ruang rawat inap memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap ke SIM RS ruang rawat ICCU; b. Perawat ruang ICCU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien di ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat ICCU; d. Perawat jaga di ruang rawat ICCU menerima pasien dari ruang rawat inap; e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap
--	--	--

		<p>melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang ICCU;</p> <p>f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat ICCU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat ICCU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap di SIM RS ruang rawat ICCU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>6. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan ICCU</p> <p>a. Perawat ruang ICCU menyiapkan tempat tidur pasien ICCU;</p> <p>b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan ICCU;</p> <p>c. Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada keluarga pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan ICCU (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan keluarga pasien memahami informasi yang diberikan;</p> <p>d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis.</p> <p>7. Pemberian Tindakan Kepada Pasien rawat ICCU</p> <p>a. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>b. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>c. Dokter/perawat menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat ICCU.</p> <p>8. Timbang Terima (Operan)</p>
--	--	---

		<p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan keadaan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruangan pasien <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa keluarga pasien, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat bertugas kepada perawat jaga selanjutnya. <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas.
--	--	---

		<p>9. Persiapan Pasien Pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada keluarga dan pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang keluarga pasien; c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien; e. Untuk pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICCU; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat ICCU; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. f. Untuk pasien umum <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICCU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat ICCU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan keluarga pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran; - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat ICCU; - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran.
--	--	---

		<p>g. Untuk asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ICCU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat ICCU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat keluarga pasien bekerja (bagi keluarga pasien kerjasama); <p>h. Perawat membuka/melepas gelang pasien</p> <p>i. Pasien pulang;</p> <p>j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan ICCU selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien ke ruang rawat ICCU 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan ICCU 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Pasien di rawat di ruang intensive sampai dengan DPJP menetapkan bahwa pasien bisa di rawat di instalasi rawat inap/rawat gabung/instalasi rawat jalan; 6. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan</p>

		<p>Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	<p>Pelayanan Rawat Inap ICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Ventilator; 2. Pelayanan Hemodinamik 24 jam; 3. Pemasangan CVC (<i>central venous catheter</i>); 4. Trombolitik; 5. Echo cardiograph; 6. Pemberian obat menggunakan alat canggih.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id/; 5. Website: www.lapor.go.id/; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan</p>

		<p>Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<p>A. Sarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu pasien; 2. Bed elektrik; 3. Matras decubitus; 4. DC shock; 5. Ambu bag; 6. Bed Side monitor; 7. Monitor hemodinamik; 8. EKG; 9. Ventilator; 10. Jackson rees; 11. Pulse oximetri; 12. Resusitasi set; 13. Nebulizer; 14. Spatel; 15. Syring Pump; 16. Infus pump; 17. Outlet oksigen; 18. Outlet suction/vacuum; 19. Blood warmer; 20. Vien viewer; 21. Alat rontgen mobile; 22. Alat echo mobile; 23. Alat USG mobile; 24. Timbangan; 25. Meteran; 26. Trolley emergency; 27. Kulkas obat; 28. Kulkas rumah tangga; 29. Rostur; 30. Brankar; 31. Sampiran mobile; 32. Loker penyimpanan barang berharga;

		<p>33. Dispenser;</p> <p>34. AC / pendingin ruangan;</p> <p>35. CCTV;</p> <p>36. Televisi;</p> <p>37. Jam.</p> <p>B. Prasarana :</p> <p>1. Nurse station;</p> <p>2. Ruang tunggu;</p> <p>3. Dapur;</p> <p>4. Toilet.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Bagi tenaga medis sub spesialis dan spesialis jantung dan pembuluh darah dan sub spesialis dan spesialis lainnya yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku;</p> <p>2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku;</p> <p>3. Perawat terlatih dengan pelatihan ICU/ICCU dasar;</p> <p>4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu);</p> <p>5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO);</p> <p>6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat;</p> <p>7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;</p> <p>8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;</p> <p>9. Mampu mengoperasikan komputer.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <p>2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan intensive;</p> <p>3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan, khususnya memantau pelaksanaan perawatan di ruang ICCU;</p>

		4. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di ruang ICCU.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter sub spesialis 7 orang 2. Dokter spesialis 65 orang 3. Dokter spesialis gigi 4 orang 4. Dokter umum gigi 6 orang 5. Perawat 15 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang intensive; 2. Pemantauan kondisi ruangan dengan CCTV; 3. Pasien di observasi setiap jam; 4. Penerapan standar keselamatan pasien (<i>patient safety</i>); 5. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 6. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> a. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; b. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; c. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.



Direktur,
RSU Bahteramas


dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

6.4 STANDAR PELAYANAN PASIEN DI NICU (NEONATAL INTENSIVE CARE)

NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. 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; 9. Peraturan Direktur RSU Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 02 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien;

		<p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien BPJS dan Asuransi lainnya adalah sama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP) menetapkan bahwa pasien akan dirawat di ruangan NICU yang tercantum dalam rekam medik pasien; 2. Bayi Sakit Umur 0 – 28 hari; 3. Bayi Lahir dengan tindakan <i>Sectio Caesaria</i> (SC).
3.	Sistim Mekanisme Dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggungangan BPJS dan asuransi lainnya, sistim mekanisme dan prosedur adalah sama, yaitu:</p> <p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan NICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat IGD/ bidan IGD PONEK/bidan perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat atau bidan ruangan NICU bahwa pasien siap diantar; b. Perawat IGD/ bidan IGD PONEK/bidan perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat NICU; c. Pasien IGD/pasien IGD PONEK dengan observasi ketat diantar perawat/bidan dan didampingi dokter umum ke ruang rawat NICU; d. Pasien perinatologi dengan observasi ketat diantar bidan dan didampingi dokter spesialis anak ke ruang rawat NICU; e. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat NICU; f. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan NICU di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD/dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen; g. Perawat ruangan NICU dan perawat IGD/bidan IGD PONEK/bidan ruang perinatologi/perawat atau bidan ruang rawat inap menandatangani formulir serah

		<p>terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan NICU.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat intensive NICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IGD menelpon ke ruang NICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang NICU, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat NICU; b. Perawat/bidan ruang NICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat NICU; d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU menerima pasien dari IGD; e. Perawat IGD dan dokter umum melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan jaga penerima di ruang NICU; f. Perawat IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat NICU); g. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat NICU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>3. Serah Terima Pasien IGD PONEK Ke Ruang Rawat intensive NICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Bidan IGD PONEK melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/bidan IGD PONEK menelpon ke ruang NICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang NICU, bidan IGD PONEK memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD PONEK ke SIM RS ruang rawat NICU;
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> b. Perawat/bidan ruang NICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien IGD PONEK dengan observasi ketat diantar bidan dan didampingi dokter umum ke ruang rawat NICU; d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU menerima pasien dari IGD PONEK; e. Bidan IGD PONEK dan dokter spesialis anak melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan jaga penerima di ruang NICU; f. Bidan IGD PONEK melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat NICU); g. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD PONEK di SIM RS ruang rawat NICU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>4. Serah Terima Pasien Perinatologi Ke Ruang Rawat intensive NICU</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Bidan ruang perinatologi melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/bidan jaga ruang perinatologi menelpon ke ruang intensive NICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang NICU, bidan jaga ruang perinatologi memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang perinatologi ke SIM RS ruang rawat NICU; b. Memberitahu dan perlihatkan orang tua/keluarga pasien tentang keadaan dan kondisi bayi; c. Perawat/bidan ruang NICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; d. Pasien perinatologi dengan observasi ketat / bila kondisi bayi buruk dilakukan intubasi, siapkan obat-obat yang diperlukan, segera dibawa ke ruang NICU menggunakan inkubator transport dan diantar bidan jaga ruang perinatologi dan didampingi dokter
--	--	---

		<p>spesialis anak ke ruang rawat NICU;</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU menerima pasien dari ruang perinatologi; f. Bidan jaga ruang perinatologi dan dokter spesialis anak melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan jaga penerima di ruang NICU; g. Bidan jaga ruang perinatologi melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat NICU); h. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang perinatologi di SIM RS ruang rawat NICU; i. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Rawat Inap Ke Ruang Rawat NICU</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat/bidan ruang rawat inap melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, perawat/bidan jaga ruang rawat inap menelpon ke ruang NICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang NICU, perawat/bidan jaga ruang rawat inap memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap ke SIM RS ruang rawat NICU; b. Perawat/bidan ruang NICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan jaga ruang rawat inap ke ruang rawat NICU; d. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU menerima pasien dari ruang rawat inap; e. Perawat/bidan jaga ruang rawat inap melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat/bidan jaga penerima di ruang NICU; f. Perawat/bidan jaga ruang rawat inap melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat NICU);
--	--	--

		<p>g. Perawat/bidan jaga di ruang rawat NICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap di SIM RS ruang rawat NICU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>6. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan NICU</p> <p>a. Perawat/Bidan menyiapkan Box/Inkubator Bayi pasien NICU ;</p> <p>b. Perawat/Bidan mengantar pasien ke ruang perawatan NICU dalam hal ini ruangan Inkubator Bayi yang telah di sediakan;</p> <p>c. Perawat/Bidan memberikan informasi kepada keluarga pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada keluarga pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan NICU (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan keluarga pasien memahami informasi yang diberikan;</p> <p>d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis.</p> <p>7. Pemberian Tindakan Kepada Pasien rawat NICU</p> <p>a. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>b. Perawat/Bidan memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis;</p> <p>c. Dokter/perawat/bidan menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat NICU</p> <p>8. Timbang Terima (Operan)</p> <p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggungjawabnya: - Perawat/bidan jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat/bidan jaga yang selesai bertugas,
--	--	---

		<p>melaporkan keadaan pasien kepada perawat/bidan jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien (bayi), diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat/bidan jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat/bidan jaga yang selesai bertugas mengajak perawat/bidan jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruangan pasien (Box, inkubator bayi). <p>a. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa keluarga pasien, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat/bidan jaga lainnya yang bertugas; - Perawat/bidan jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat/bidan jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat/bidan jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat bertugas kepada perawat/bidan jaga selanjutnya. <p>b. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat/bidan jaga yang akan bertugas memberikan <i>reinforcement</i> kepada perawat/bidan jaga yang selesai bertugas. <p>9. Persiapan Pasien Pulang</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada keluarga pasien (bayi) bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat/bidan bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang keluarga pasien; c. Perawat/bidan melakukan pengecekan ulang
--	--	---

		<p>tindakan pelayanan yang telah dilakukan;</p> <p>d. Perawat/bidan melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar box/inkubator pasien;</p> <p>e. Untuk pasien BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat ruang NICU; - Perawat/bidan menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat NICU; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat/bidan. <p>f. Untuk pasien umum</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat NICU; - Perawat/bidan memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien (bayi) sejak pasien masuk ruangan rawat NICU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan keluarga pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran; - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat NICU; - Perawat/bidan mendokumentasikan bukti pembayaran. <p>g. Untuk asuransi lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat/bidan mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat NICU; - Perawat/bidan memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat NICU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat/bidan memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat keluarga pasien bekerja (bagi keluarga pasien kerjasama); <p>h. Perawat/bidan membuka/melepas gelang pasien</p>
--	--	--

		<p>(bayi);</p> <ol style="list-style-type: none"> i. Pasien (bayi) pulang; j. Perawat/bidan jaga memulangkan pasien (bayi) di data SIM RS.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien (bayi) ke ruang perawatan NICU selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien ke ruang rawat NICU 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien (bayi) di kamar perawatan NICU 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Pasien di rawat di ruang intensive sampai dengan DPJP menetapkan bahwa pasien bisa di rawat di instalasi rawat inap/rawat gabung/instalasi rawat jalan; 6. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	<p>Pelayanan Rawat Inap NICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Inkubator; 2. Pelayanan Infant Warmer; 3. Pelayanan CPAP (<i>continuous positif airway pressure</i>); 4. Pelayanan CVC (<i>central venous catheter</i>); 5. Pelayanan Hemodinamik; 6. Pelayanan perawatan Metode kangguru.

7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email:admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website:www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website:www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<p>A. Sarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi ibu menyusui; 2. Tempat tidur menyusui; 3. Loker penyimpan barang berharga; 4. Bed Side monitor; 5. Monitor hemodinamik; 6. CPAP; 7. Outlet oksigen;

		<ol style="list-style-type: none"> 8. Outlet suction/vacuum; 9. Pulse Oximetri; 10. Resusitasi set; 11. Syring Pump; 12. Inkubator; 13. Inkubator transport; 14. Box bayi; 15. Box transport; 16. Infant warmer; 17. Foto Theraphy; 18. Nebulizer; 19. Stetoskop Neonatus; 20. Spatel; 21. Timbangan; 22. Meteran; 23. Kulkas obat; 24. Kulkas rumah tangga; 25. Hitter/pemanas air; 26. Dispenser; 27. CCTV; 28. Televisi; 29. AC / pendingin ruangan; 30. Jam. <p>B. Prasarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nurse station; 2. Ruang tunggu keluarga pasien; 3. Ruang Ibu menyusui; 4. Ruang penyuluhan; 5. Dapur; 6. Toilet;
--	--	---

9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bagi tenaga medis spesialis anak, spesialis bedah anak, spesialis bedah umum, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis vaskuler yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku; 2. Bagi perawat/Bidan memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku; 3. Perawat/Bidan terlatih PONEK dan konselor ASI; 4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO); 6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat dan pelayanan kebidanan bagi bidan; 7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 9. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan intensive; 3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan, khususnya memantau pelaksanaan perawatan di ruang NICU; 4. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di ruang NICU.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis 12 orang 2. Perawat 12 orang 3. Bidan 7 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan Dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas

	Keselamatan Pelayanan	keamanan di ruang NICU; 2. Pemantauan kondisi ruangan dengan CCTV; 3. Pasien di observasi setiap 15 menit; 4. Penerapan standar keselamatan pasien (<i>patient safety</i>); 5. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar; 6. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; 2. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.



**Direktur,
RSU Bahteramas**

Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

6.5 STANDAR PELAYANAN PASIEN RAWAT DI PICU (*PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT*)

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 Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 Tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3

		<p>Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>9. Peraturan Direktur RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 02 Tahun 2022 Tentang Pedoman Pelayanan dan Asuhan Pasien;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Nomor 607 Tahun 2022 Tentang Penetapan Jenis-Jenis Pelayanan Di Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>11. Surat Keputusan Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>Persyaratan pelayanan pasien umum, pasien BPJS dan Asuransi lainnya adalah sama :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP) menetapkan bahwa pasien akan dirawat diruangan PICU yang tercantum dalam rekam medik pasien; 2. Bayi Sakit Umur diatas 28 hari s/d anak umur 18 tahun.
3.	Sistim Mekanisme Dan Prosedur	<p>Pasien umum, pasien dengan pertanggungangan BPJS dan asuransi lainnya, sistim mekanisme dan prosedur adalah sama, yaitu:</p> <p>1. Transfer Pasien Ke Ruang Perawatan PICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada perawat atau bidan ruangan PICU bahwa pasien siap diantar; b. Perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap memberitahukan kepada pasien/keluarganya bahwa pasien diantar ke ruang rawat PICU; c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat PICU; d. Pasien OK IGD/pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anastesi dan didampingi dokter spesialis anastesi ke ruang rawat intensive PICU;

		<p>e. Pasien ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat PICU;</p> <p>f. Melakukan serah terima dengan perawat ruangan PICU di depan <i>Nurse Station</i> meliputi nama, usia, diagnosa, terapi yang telah diberikan dan <i>advise</i> dari dokter jaga IGD/dokter konsulen bila keadaan pasien telah di konsul ke dokter konsulen;</p> <p>g. Perawat ruangan PICU dan perawat IGD/perawat OK IGD/perawat IKOS/perawat atau bidan ruang rawat inap menandatangani formulir serah terima dan menyerahkan status rawat inap beserta formulir serah terima kepada perawat ruangan PICU.</p> <p>2. Serah Terima Pasien IGD Ke Ruang Rawat PICU</p> <p>a. Perawat IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IGD menelpon ke ruang PICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang PICU, perawat IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IGD ke SIM RS ruang rawat PICU;</p> <p>b. Perawat ruang PICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien IGD dengan observasi ketat diantar perawat dan didampingi dokter umum ke ruang rawat PICU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat PICU menerima pasien dari IGD;</p> <p>e. Perawat IGD dan dokter umum melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang PICU;</p> <p>f. Perawat IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat PICU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat PICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IGD di SIM RS ruang rawat PICU;</p>
--	--	--

		<p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>3. Serah Terima Pasien OK IGD Ke Ruang Rawat PICU</p> <p>a. Perawat OK IGD melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat OK IGD menelpon ke ruang PICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang PICU, perawat OK IGD memindahkan data pasien yang ada di SIM RS OK IGD ke SIM RS ruang rawat PICU;</p> <p>b. Perawat ruang PICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien;</p> <p>c. Pasien OK IGD dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat PICU;</p> <p>d. Perawat jaga di ruang rawat PICU menerima pasien dari OK IGD;</p> <p>e. Perawat anestesi OK IGD atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang PICU;</p> <p>f. Perawat OK IGD melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat PICU);</p> <p>g. Perawat jaga di ruang rawat PICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS OK IGD di SIM RS ruang rawat PICU;</p> <p>h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien.</p> <p>4. Serah Terima Pasien IKOS Ke Ruang Rawat PICU</p> <p>a. Perawat IKOS melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat IKOS menelpon ke ruang PICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang PICU, perawat</p>
--	--	---

		<p>IKOS memindahkan data pasien yang ada di SIM RS IKOS ke SIM RS ruang rawat PICU;</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Perawat ruang PICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien IKOS dengan observasi ketat diantar perawat anestesi dan didampingi dokter spesialis anestesi ke ruang rawat PICU; d. Perawat jaga di ruang rawat PICU menerima pasien dari IKOS; e. Perawat anestesi IKOS atau dokter spesialis anestesi melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang PICU; f. Perawat IKOS melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat PICU); g. Perawat jaga di ruang rawat PICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS IKOS di SIM RS ruang rawat PICU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>5. Serah Terima Pasien Ruang Inap Ke Ruang Rawat PICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat/bidan ruang rawat inap melakukan serah terima Identifikasi pasien dan identifikasi ruang rawat, dokter jaga/DPJP/perawat/bidan jaga ruang rawat inap menelpon ke ruang PICU untuk melaporkan rencana pasien baru yang akan masuk ruang PICU, perawat/bidan jagaruang rawat inap memindahkan data pasien yang ada di SIM RS ruang rawat inap ke SIM RS ruang rawat PICU; b. Perawat ruang PICU menyiapkan kebutuhan penerimaan pasien baru sesuai dengan kondisi pasien; c. Pasien di ruang rawat inap dengan observasi ketat diantar perawat/bidan ke ruang rawat PICU;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> d. Perawat jaga di ruang rawat PICU menerima pasien dari ruang rawat inap; e. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap melakukan serah terima klinis pasien kepada perawat jaga penerima di ruang PICU; f. Perawat/bidan jaga di ruang rawat inap melakukan serah terima administrasi pasien (metode pembayaran, dokumen berkas rawat PICU); g. Perawat jaga di ruang rawat PICU mengecek data pasien yang telah dikirim dari SIM RS ruang rawat inap di SIM RS ruang rawat PICU; h. Meminta tanda tangan dan stempel/cap dari dokter/perawat penerima di lembar transfer pasien. <p>6. Penempatan Pasien Di Kamar Perawatan PICU</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Perawat ruang PICU menyiapkan tempat tidur pasien PICU; b. Perawat mengantar pasien ke ruang perawatan PICU; c. Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien menyangkut hak dan kewajiban pasien, jam besuk, pelayanan yang akan diberikan kepada keluarga pasien, fasilitas yang digunakan di kamar perawatan PICU (jenis dan jumlah), biaya perawatan dan memastikan keluarga pasien memahami informasi yang diberikan; d. Mendokumentasikan kegiatan pelayanan dalam rekam medis. <p>7. Pemberian Tindakan Kepada Pasien rawat PICU</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Dokter melakukan tindakan atas indikasi medis sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; b. Perawat memberikan tindakan keperawatan sesuai standar prosedur operasional (SPO) dan didokumentasikan dalam lembar rekam medis; c. Dokter/perawat menginput setiap tindakan pelayanan ke pasien di SIM RS ruang rawat
--	--	---

		<p>PICU.</p> <p>8. Timbang Terima (Operan)</p> <p>a. Sesi I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas menyiapkan status pasien yang menjadi tanggung jawabnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, membuka operan jaga dengan berdo'a; - Perawat jaga yang selesai bertugas, melaporkan keadaan pasien kepada perawat jaga yang akan bertugas di shift selanjutnya terkait identitas pasien, diagnosa, tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilakukan, intervensi kolaborasi, rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya; - Perawat jaga yang akan bertugas, mengklarifikasi apa yang disampaikan oleh perawat jaga yang telah selesai bertugas; - Perawat jaga yang selesai bertugas mengajak perawat jaga yang akan bertugas untuk mengklarifikasi pasien di setiap ruangan pasien <p>b. Sesi II</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas mengucapkan salam dan menyapa keluarga pasien, menyampaikan bahwa jam tugasnya berakhir dan akan diganti dengan tim perawat jaga lainnya yang bertugas; - Perawat jaga yang akan bertugas menjelaskan perawat jaga yang akan bertanggungjawab kepada pasien tersebut; - Perawat jaga yang telah selesai bertugas, menutup pertemuan dan mengucapkan selamat bertugas kepada perawat jaga selanjutnya. <p>c. Sesi III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat jaga yang selesai bertugas melaporkan inventaris obat dan fasilitas ruangan; - Perawat jaga yang akan bertugas memberikan
--	--	---

		<p><i>reinforcement</i> kepada perawat jaga yang selesai bertugas.</p> <p>9. Persiapan Pasien Pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter menginformasikan kepada keluarga dan pasien bahwa pasien boleh pulang; b. Dokter menginstruksikan kepada perawat bahwa pasien boleh pulang dengan melengkapi resume medis, surat istirahat sakit dan meresepkan obat yang akan dibawa pulang keluarga pasien; c. Perawat melakukan pengecekan ulang tindakan pelayanan yang telah dilakukan; d. Perawat melakukan pengecekan ulang fasilitas rumah sakit yang tersedia di kamar pasien; e. Untuk pasien BPJS <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat PICU; - Perawat menyampaikan informasi kepada keluarga pasien untuk menyelesaikan administrasi di bagian pelayanan BPJS rawat PICU; - Keluarga pasien menyerahkan bukti penyelesaian administrasi BPJS kepada perawat. f. Untuk pasien umum <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat PICU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat PICU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter dan mengarahkan keluarga pasien untuk ke kasir rumah sakit untuk dibuat rincian pembayaran; - Keluarga pasien menyerahkan bukti pembayaran kepada perawat ruang rawat PICU;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Perawat mendokumentasikan bukti pembayaran. g. Untuk asuransi lainnya <ul style="list-style-type: none"> - Perawat mencatat jenis tindakan yang telah dilakukan dalam form rincian pasien rawat PICU; - Perawat memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang tindakan yang telah dilakukan kepada pasien sejak pasien masuk ruangan rawat PICU sampai pasien dinyatakan boleh pulang oleh dokter; - Perawat memastikan berkas perawatan lengkap dan menyimpan berkas menjadi bahan pengajuan ke perusahaan/kantor tempat keluarga pasien bekerja (bagi keluarga pasien kerjasama); h. Perawat membuka/melepas gelang pasien i. Pasien pulang; j. Perawat jaga memulangkan pasien di data SIM RS.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Transfer pasien ke ruang perawatan PICU selama 10 – 15 menit; 2. Serah terima pasien ke ruang rawat PICU 5 – 10 menit; 3. Penempatan pasien di kamar perawatan PICU 5 menit; 4. Timbang terima (operan) jaga 20 - 30 menit; 5. Pasien di rawat di ruang intensive sampai dengan DPJP menetapkan bahwa pasien bisa di rawat di instalasi rawat inap/rawat gabung/instalasi rawat jalan; 6. Persiapan pasien pulang 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>

		<p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p>
6.	Produk Layanan	<p>Pelayanan Rawat Inap PICU meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Ventilator; 2. Pelayanan Hemodinamik 24 jam; 3. Pemasangan CVC (<i>central venous catheter</i>); 4. Pemberian obat menggunakan alat canggih.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email:admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website:www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website:www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep - 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas;

		<p>3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan.</p> <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	<p>A. Sarana :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu pasien; 2. Bed elektrik; 3. Matras decubitus; 4. DC shock; 5. Ambu bag; 6. Bed Side monitor; 7. Monitor hemodinamik; 8. EKG; 9. Spatel; 10. Ventilator; 11. Jackson rees; 12. Syring Pump; 13. Infus pump; 14. Pulse oximetri; 15. Resusitasi set; 16. Outlet oksigen; 17. Outlet suction/vacuum; 18. Nebulizer; 19. Blood warmer; 20. Vien viewer; 21. Foto Theraphy; 22. Timbangan; 23. Meteran; 24. Trolley emergency; 25. Kulkas obat; 26. Kulkas rumah tangga; 27. Rostur; 28. Brankar; 29. Sampiran mobile; 30. Loker penyimpan barang berharga;

		<p>31. Dispenser;</p> <p>32. AC / pendingin ruangan;</p> <p>33. CCTV;</p> <p>34. Televisi;</p> <p>35. Jam.</p> <p>B. Prasarana :</p> <p>1. Nurse station;</p> <p>2. Ruangan tunggu;</p> <p>3. Dapur;</p> <p>4. Toilet.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Bagi tenaga medis spesialis anak, spesialis bedah umum, spesialis bedah anak, spesialis THT, spesialis ortopedi dan traumatologi, spesialis vaskuler, spesialis jantung dan pembuluh darah, spesialis mata, spesialis kulit, spesialis gizi klinik dan spesialis anestesi yang memiliki STR dan SIP yang masih berlaku;</p> <p>2. Bagi perawat memiliki STR dan SIPP yang masih berlaku;</p> <p>3. Perawat terlatih dengan pelatihan ICU/PICU dasar;</p> <p>4. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu);</p> <p>5. Menguasai standar prosedur operasional (SPO);</p> <p>6. Memiliki pengetahuan tentang pelayanan medis bagi dokter dan pelayanan keperawatan bagi perawat;</p> <p>7. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;</p> <p>8. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;</p> <p>9. Mampu mengoperasikan komputer.</p>
10.	Pengawasan Internal	<p>1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (<i>morning report</i>), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <p>2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan intensive;</p>

		<p>3. Wadir pelayanan melalui kepala bidang melakukan pemantauan ke seluruh unit pelayanan, dilakukan langsung oleh kepala seksi terkait lingkup kewadiran pelayanan pada setiap unit pelayanan, khususnya memantau pelaksanaan perawatan di ruang PICU;</p> <p>4. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di ruang PICU.</p>
11.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Dokter spesialis 29 orang</p> <p>2. Perawat 13 orang</p>
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai standar prosedur operasional (SPO) serta di dukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan di jamin dengan melibatkan petugas keamanan di ruang intensive;</p> <p>2. Pemantauan kondisi ruangan dengan CCTV;</p> <p>3. Pasien di observasi setiap jam;</p> <p>4. Penerapan standar keselamatan pasien (<i>patient safety</i>);</p> <p>5. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar;</p> <p>6. Akses ke ruang perawatan yang di tuju mudah dijangkau.</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>a. Evaluasi survey kepuasan Masyarakat (SKM) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;</p> <p>b. Evaluasi sistim akuntabilitas kinerja rumah sakit;</p> <p>c. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.</p>



Direktur,
RSU Bahteramas

Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

7. STANDAR PELAYANAN : RADIOLOGI

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 Republik Indonesia No 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 20 Tahun 2020 Tentang Pelayanan Radiologi Klinik; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum

		<p>Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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;</p> <p>10. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Pengantar foto dari dokter</p> <p>1.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>1. Pengantar Foto dari dokter</p> <p>2. Foto Copy SEP</p> <p>2.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>1. Pengantar Foto dari dokter</p> <p>2. Surat Keterangan Penjaminan yang di Acc oleh Petugas Kerjasama).</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Baru / Lama</p> <p>1. Setelah melakukan pendaftaran pasien diloket pendaftaran Radiologi</p> <p>2. Setelah dilakukan pendaftaran pasien diarahkan keruangan pemeriksaan untuk photo USG maupun CT Scan.</p> <p>3. Pasien menunggu untuk di panggil sesuai urutan antrian</p> <p>4. Selanjutnya pasien di panggil untuk keruangan pemeriksaaan untuk di lakukan tindakan USG dan CT Scan</p> <p>5. Setelah selesai Pemeriksaan pasien di arahkan Kembali keloket pengambilan hasil untuk menunggu hasil ekspertisi photo USG dan CT Scan</p> <p>6. Petugas menginput data hasil pemeriksaan kedalam SIM - Rs</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>1. Pemeriksaan Efektif</p> <p>Senin-Sabtu: 08.00-14.00 Wita (di Radiologi Sentral)</p>

		<p>2. Pemeriksaan Cito</p> <p>Pelayanan dilakukan selama 24 Jam di Radiologi IGD</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan 2. Pemeriksaan USG 3. Pemeriksaan Radiologi Konvensional
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email : admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone : 085287187121 An.

		<p>Dwianasari</p> <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien 2. Rostur 3. Map pasien untuk antrian 4. Alat tulis 5. Kartu pasien (pasien jaminan) <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet 2. Ruang Tunggu 3. Ruang Pemeriksaan
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku 2. Berpenampilan menarik (senyum, salam,

		<p>sapa, bantu);</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 4. Memiliki keahlian tentang pemeriksaan di Poliklinik Radiologi 5. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 6. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 7. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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. Dewan pengawas yang mengawasi kegiatan pelayanan Radiologi; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Penunjang bersama-sama memantau pelayanan; 4. Kepala seksi bagian penunjang pelayanan memantau pelaksanaan pelayanan instalasi radiologi
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi : 2 Orang 2. Radiografer : 10 Orang 3. Fisikiawan Medik : 1 Orang 4. Perawat : 1 Orang 5. Admin : 4 Orang <p>Untuk Radiografer dan Fisikiawan Medik dibagi dalam 3 Shift (Pagi, Sore dan Malam)</p>
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian pasien 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, sesuai dengan nomor antrian

		pasien
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit
Umum Bahteramas Provinsi
Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

8. STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;7. Permenkes nomor 411 tahun 2010 tentang laboratorium klinik.8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <p>1. Pengantar Laboratorium dari dokter</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>1. Pengantar Laboratorium dari dokter</p> <p>2. Foto Copy SEP</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>1. Pengantar Laboratorium dari dokter</p> <p>2. Surat Keterangan Penjaminan yang di Acc oleh Petugas Kerjasama).</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pelayanan IGD</p> <p>1. Pelayanan pasien IGD</p> <p>1. Menerima pengantar/Blanko permintaan pemeriksaan</p> <p>2. Petugas LAB IGD, melakukan pengambilan sampel darah</p> <p>3. Petugas melakukan registrasi Pasien di Laboratory information system (LIS)</p> <p>4. Petugas melakukan pemeriksaan Hematologi, kimia Darah, Urinalisa, serologi, parasitologi</p> <p>5. Petugas mengeluarkan hasil Laboratorium yang telah di Verifikasi oleh dokter patologi klinik penanggung jawab hasil</p> <p>6. Petugas Laboratorium menyerahkan hasil pemeriksaan keperawat IGD</p> <p>2. Pelayanan Pasien Rawat Inap CITO</p> <p>1. Menerima pengantaran/Blanko permintaan pemeriksaan Lab dari rawat inap/CITO</p> <p>2. Petugas Lab melakukan pengambilan sampel</p> <p>3. Petugas melakukan registrasi Pasien di Laboratory information system (LIS)</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>4. Petugas Lab melakukan pemeriksaan sampel</p> <p>7. Petugas mengeluarkan hasil Laboratorium yang telah di Verifikasi oleh dokter patologi klinik penanggung jawab hasil</p> <p>5. Petugas Lab melakukan pencatatan hasil pemeriksaan Cito</p> <p>6. Petugas Lab menghubungi perawat untuk mengambil hasil pemeriksaan</p> <p>B. Pelayanan Di LAB Sentral</p> <p>1. Rawat Jalan</p> <p>1. Pengantar tiba diloket lengkap dengan SEP khususnya pasien BPJS/bukti pembayaran bagi pasien umum</p> <p>2. Petugas Loker melakukan Verifikasi identitas, jenis pembiayaan dan jenis pemeriksaan yang di lakukan</p> <p>3. Petugas Loker pendaftaran melakukan registrasi pasien di Laboratory Information system (LIS)</p> <p>4. Pasien dilakukan pengambilan sampel diruang sampling</p> <p>5. Sampel di distribusikan di ruang proses untuk dilakukan pemeriksaan sampel</p> <p>6. Petugas lab Melakukan Verifikasi Hasil Tahap I</p> <p>7. Dokter Patologi Klinik Penanggung jawab melakukan Verifikasi hasil tahap II dan mengeluarkan hasil Laboratorium</p> <p>8. Pengambilan hasil pemeriksaan di berikan kepada pasien dengan terlebih dahulu menunjukan bukti pemeriksaan.</p> <p>2. Rawat Inap</p> <p>1. Petugas ruangan membawa pengantar ke Lab</p> <p>2. Petugas Loker melakukan Verifikasi identitas, jenis pembiayaan dan jenis pemeriksaan yang di lakukan</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Petugas Lab. Melakukan pengambilan sampel ke masing-masing ruangan 4. Petugas melakukan registrasi pasien di Laboratory information system (LIS) 5. Sampel di distribusikan di ruang proses untuk pemeriksaan sampel 6. Petugas lab Melakukan Verifikasi Hasil Tahap I 7. Dokter Patologi Klinik Penanggung jawab melakukan Verifikasi hasil tahap II dan mengeluarkan hasil Laboratorium 8. Petugas Lab menelpon ke masing-masing ruangan untuk mengambil hasil pemeriksaan 9. Petugas ruang perawatan datang mengambil hasil Lab dan mencatat di buku pengambilan hasil.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>1. Pengambilan Sampel Darah</p> <p>Proses lama waktu pengambilan sampel</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien IGD ± 5 menit Pasien Rawat Inap ± 30 menit 2. Pemeriksaan hematologi : pembacaan sampel ± 30 menit 3. Pemeriksaan Kimia darah ± 90 menit 4. Pemeriksaan parasitologi/DDR ± 60 menit 5. Pemeriksaan imunologi ± 120 menit 6. Pemeriksaan Elektrolit ± 30 menit 7. Pemeriksaan urinalisa ± 60 menit 8. Pemeriksaa LED ± 1 Jam
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Hematologi 2. Pemeriksaan Kimia Darah 3. Pemeriksaan Parasitologi 4. Pemeriksaan Imunologi 5. Pemeriksaan Elektrolit 6. Pemeriksaan Urinalisa 7. Pemeriksaan Mikrobiologi 8. Pemeriksaan Biologi molekuler 9. Pemeriksaan Patologi Anatomi
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>4. Sanksi;</p> <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien; 2. Loker Informasi; 3. CCTV; 4. Alat Tulis; <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu;
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur 3. Memiliki pengetahuan tentang Analisis 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait dokter dan petugas lainnya 6. Mampu mengoperasikan komputer dan sistem informasi manajemen Rumah sakit

NO.	KOMPONEN	URAIAN
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan Laboratorium 3. Wadir Pelayanan 4. Bidang Penunjang 5. Seksi bagian penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Total jumlah pelaksana 28 Orang terdiri dari</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3 orang Dokter patologi Klinik 2. 4 Orang tenaga Admin 3. 21 Orang Tenaga Analis
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang Laboratorium Medik dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, Akurat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan laboratory information system (LIS) 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar 3. Menerapkan Standard K3 dalam pelayanan Laboratorium
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi SPM (Survey Pelayanan Minimal) dilaporkan setiap Bulan ; 2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.

Direktur,
RSU Bahteramas



dr. H. Hasmodin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c

Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah
Sakit Umum Bahteramas
Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

9. STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI

9.1 Standar Pelayanan Farmasi Depo

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit;6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan kefarmasian Rumah Sakit;8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar

		<p>Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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;</p> <p>10. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas 25 Januari 2023</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dokter dari poliklinik 2. Kwitansi dari BANK BTN (Bukti pembayaran) <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. SEP 2. Resep dari dokter <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengesahan dari pihak kerjasama (asuransi) 2. Resep poli dari dokter
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi 3. Dibuatkan kwitansi pembayaran 4. Keluarga pasien membawa kwitansi ke Kasir untuk verifikasi 5. Selanjutnya Keluarga pasien membayar ke Bank BTN (Bila jam kerja), tapi diluar jam kerja keluarga pasien langsung membayar ke kasir, selanjut besok uang akan disetor ke Bank BTN oleh kasir 6. Tanda bukti pembayaran lunas diserahkan oleh keluarga pasien kepada petugas farmasi 7. Resep yang telah disiapkan oleh petugas diverifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker 8. Apoteker akan memanggil keluarga pasien

		<p>untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat.</p> <p>9. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat</p> <p>B. Pasien BPJS/Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyerahkan SEP dan resep dokter dari poliklinik 2. Petugas memberikan nomor antrian pengambilan obat 3. Petugas menyiapkan obat berdasarkan resep 4. Bila Obat harus diracik kembali (Puyer) maka disiapkan sesuai dengan prosedur peracikan puyer 5. Obat yang telah disiapkan oleh petugas kembali diverifikasi oleh petugas lain 6. Bila sudah sesuai obat diserahkan kepada apoteker untuk diserahkan kepada pasien/keluar berdasarkan nomor antrian 7. Petugas menyampaikan cara penggunaan obat 8. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>Jam buka pelayanan apotik rawat jalan: Senin - Sabtu : 08.00 – 14.00 Wita</p> <p>Jika persyaratan pendaftaran diterima dengan lengkap dan benar waktu penyelesaian untuk obat racikan : ≤ 60 menit dan obat jadi ≤ 30 menit.</p>
5.	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. 2. Pasien BPJS Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS. 3. Pasien Asuransi Lainnya

		Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat pada pasien 2. Pelayanan informasi obat 3. Konseling
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien; 2. Loket Informasi; 3. Alat Tulis; 4. komputer <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur kefarmasiaan 3. Memiliki pengetahuan tentang kefarmasiaan 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait dokter dan petugas lainnya 6. Mampu mengoperasikan komputer; 7. Memahami penggunaan aplikasi kefarmasiaan
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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. Dewan Pengawas; 3. Wadir Pelayanan, 4. Bidang Penunjang 5. Seksi bagian penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	10 Sampai dengan 12 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang kefarmasiaan dan pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan

		dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian pasien Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, sesuai dengan nomor antrian pasien.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun ; Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit; Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.

**Direktur,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

9.2 STANDAR PELAYANAN FARMASI DEPO RAWAT INAP

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 Republik Indonesia No. 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 72 Tahun 2016 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Tenggara;</p> <p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan ketiga atas Pergub Nomor 80 tahun 2018 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol Obat 2. Resep dari Dokter <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari Dokter 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP). 3. Kontrol Obat <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari Dokter 2. Surat Pengesahan dari pihak Kerjasama (ASURANSI) 3. Kontrol Obat
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi 3. Dibuatkan kwitansi pembayaran 4. Keluarga pasien membawa kwitansi ke Kasir untuk verifikasi 5. Selanjutnya Keluarga pasien membayar ke Bank BTN (Bila jam kerja), tapi diluar jam kerja keluarga pasien langsung membayar ke kasir, selanjut besok uang akan disetor ke Bank BTN oleh kasir 6. Tanda bukti pembayaran lunas

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>diserahkan oleh keluarga pasien kepada petugas farmasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Resep yang telah disiapkan oleh petugas diverifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker 8. Apoteker akan memanggil keluarga pasien untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat. 9. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat <p>B. Pasien BPJS / Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi dan diverifikasi dengan control obat yang dibawa 3. Petugas menyiapkan obat berdasarkan resep selanjutnya dilakukan verifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker 4. Apoteker akan memanggil keluarga pasien untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat. 5. Selanjut Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat 6. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	A. Jam buka Pelayanan Apotik Rawat Inap/Depo/Satelit

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		1. Senin - Sabtu : 08.00 – 21.00 Wita (Laika Waraka) 2. Senin – Sabtu : 08.00 – 14.00 Wita (Satelit/Rawat Inap) Jika persyaratan pendaftaran diterima dengan lengkap dan benar waktu penyelesaian untuk obat racikan : ≤ 60 menit dan obat jadi ≤ 30 menit.
5.	Biaya/Tarif	1. Pasien Umum Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 80 tahun 2018 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara. 2. Pasien BPJS Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS. 3. Pasien Asuransi Lainnya Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 80 tahun 2018 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
6.	Produk Layanan	1. Pelayanan obat pasien 2. Konsultasi cara pemakaian obat
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;

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>3. Email :admin@rsud-bahtermas.go.id ;</p> <p>4. Website : www.rsud-bahtermas.go.id;</p> <p>5. Melalui : www.lapor.go.id</p> <p>6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611;</p> <p>7. Melalui Handphone :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 085287187121 An. Dwianasari - 085216186802 An. Heni Kuswati <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon / Handphone 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.

NO.	KOMPONEN	URAIAN
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien; 2. CCTV; 3. Alat Tulis; 4. Komputer <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu;
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki pengetahuan tentang kefarmasian; 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer; 7. Memahami penggunaan aplikasi dibagian loket pendaftaran.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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. Dewan Pengawas; 3. Wadir Pelayanan; 4. Bidang Pelayanan Penunjang; 5. Seksi bagian pelayanan penunjang.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2 Orang Tenaga Administrasi 2. 1 Orang Tenaga Teknis Kefarmasian 3. 1 Orang Tenaga Apoteker
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian pasien 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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.

Direktu



**Direktur
RSU Bahteramas**

**dr. H. Fiasnudin, Sp.B
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
NIP. 19650510 199703 1 008**

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive script.

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

9.3 STANDAR PELAYANAN FARMASI DEPO OK

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 4431); 2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lemabaran 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 72 Tahun 2016 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari dokter 2. Kartu Kontrol Obat <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari dokter 2. Kartu Kontrol Obat 3. Surat Elegabilitas Peserta (SEP). <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari Dokter 2. Surat Rujukan; 3. Surat Elegabilitas Peserta (SEP).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi 3. Dibuatkan kwitansi pembayaran 4. Keluarga pasien membawa kwitansi ke Kasir untuk verifikasi 5. Selanjutnya Keluarga pasien membayar ke Bank BTN (Bila jam kerja), tapi diluar jam kerja keluarga pasien langsung membayar ke kasir, selanjut besok uang akan disetor ke Bank BTN oleh kasir 6. Tanda bukti pembayaran lunas diserahkan oleh keluarga pasien kepada petugas farmasi 7. Resep yang telah disiapkan oleh petugas diverifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker 8. Apoteker akan memanggil keluarga pasien

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat.</p> <p>9. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat.</p> <p>B. Pasien BPJS / Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi dan diverifikasi dengan control obat yang dibawa 3. Petugas menyiapkan obat berdasarkan resep selanjutnya dilakukan verifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker 4. Apoteker akan memanggil keluarga pasien untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat. 5. Selanjut Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat 6. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Jam buka pelayanan apotik rawat jalan: Senin – Kamis dan Sabtu : 08.00 – Selesai Operasi (Jumat Libur)</p> <p>B. Pelayanan Resep berdasarkan kondisi pasien bila Cito didahulukan pelayanannya</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor: 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.;</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<p>59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS;</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor: 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Obat 2. Alkes BHP
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke ruang pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email : admin@rsud-bahteramas.go.id ; 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone : <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwianasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saram dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p>

NO.	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tunggu.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang msh berlaku 2. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 3. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 4. Memiliki keahlian tentang ilmu kefarmasian 5. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 6. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 7. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung jalannya pemeriksaan di poliklinik dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan pengawas melakukan pengawasan terhadap kegiatan pelayanan Depo Ok; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang Pelayanan Medis atau bersama-sama memantau pelayanan dipoliklinik Anak; 4. Kepala Instalasi Rawat Jalan menerima masukan dan secara periodik memantau pelaksanaan di Poliklinik Anak; 5. Komite Medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan di Poliklinik Anak.

NO.	KOMPONEN	URAIAN
11.	Jumlah Pelaksana	Pelaksana Pelayanan 2 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian, pasien dikelompokkan kedalam 2 (dua) kelompok : loket pasien lama dan loket pasien baru; Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, sesuai dengan nomor antrian pasien; Akses ke poliklinik yang dituju mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun ; Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit; Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala

**Direktur,
RSU Bahteramas**



**Jr. H. Hasnudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

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

9.4 STANDAR PELAYANAN INSTALASI FARMASI DEPO IGD

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No. 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;

		<p>8. 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;</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kontrol Obat 2. Resep dari Dokter <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari Dokter 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP). 3. Kontrol Obat <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resep dari Dokter 2. Surat Pengesahan dari pihak Kerjasama (ASURANSI) 3. Kontrol Obat
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat 2. Resep diterima oleh petugas Farmasi 3. Dibuatkan kwitansi pembayaran 4. Keluarga pasien membawa kwitansi ke Kasir untuk verifikasi 5. Selanjutnya Keluarga pasien membayar ke Bank BTN (Bila jam kerja), tapi diluar jam kerja keluarga pasien langsung membayar ke kasir, selanjut besok uang akan disetor ke Bank BTN oleh kasir 6. Tanda bukti pembayaran lunas diserahkan oleh keluarga pasien kepada petugas farmasi

		<p>7. Resep yang telah disiapkan oleh petugas diverifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker</p> <p>8. Apoteker akan memanggil keluarga pasien untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat.</p> <p>9. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat</p> <p>B. Pasien BPJS / Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>1. Keluarga pasien menyerahkan SEP dan resep dari dokter ke petugas farmasi, beserta kartu kontrol obat</p> <p>2. Resep diterima oleh petugas Farmasi dan diverifikasi dengan control obat yang dibawa</p> <p>3. Petugas menyiapkan obat berdasarkan resep selanjutnya dilakukan verifikasi oleh petugas farmasi yang lain, setelah diverifikasi diserahkan ke apoteker</p> <p>4. Apoteker akan memanggil keluarga pasien untuk menyerahkan obat dan memberikan keterangan cara penggunaan obat.</p> <p>5. Selanjut Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat</p> <p>6. Selanjutnya Pemakaian obat akan di entry kedalam SIM RS untuk masing-masing obat</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Jam buka loket Pelayanan Apotik Depo Farmasi: Pelayanan Apotik Depo IGD dilakukan selama 24 Jam</p> <p>B. Pelayanan Resep berdasarkan kondisi pasien bila Cito didahulukan pelayanan obatnya</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>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.</p>

		<p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>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.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Obat 2. Konsultasi pemakaian obat
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email : admin@rsud-bahteramas.go.id ; 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone : <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwianasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saram dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis

		<p>pengaduan.</p> <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien 2. Kipas Angin 3. CCTV 4. Televisi 5. Komputer <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet 2. Ruang Tunggu
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang msh berlaku 2. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 3. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 4. Memiliki keahlian tentang kefarmasian 5. Mampu berkomunikasi secara lisan an tertulis dengan baik; 6. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 7. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung jalannya pemeriksaan di poliklinik dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Dewan Pengawas; 3. Wadir Pelayanan Medis melalui Kepala Bidang

		Pelayanan Penunjang atau bersama-sama melakukan pemantauan pelayanan ; 4. Seksi bagian bidang penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	Pelaksana Pelayanan di depo IGD yakni : 1. Hari kerja dilayani : 2-3 Orang 2. Hari libur dilayani : 4 Orang Shift Pagi, 3 Orang Shift sore dan 2 Orang Shift malam.
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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian pasien 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, sesuai dengan nomor antrian pasien;
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,
RSU Bahteramas**



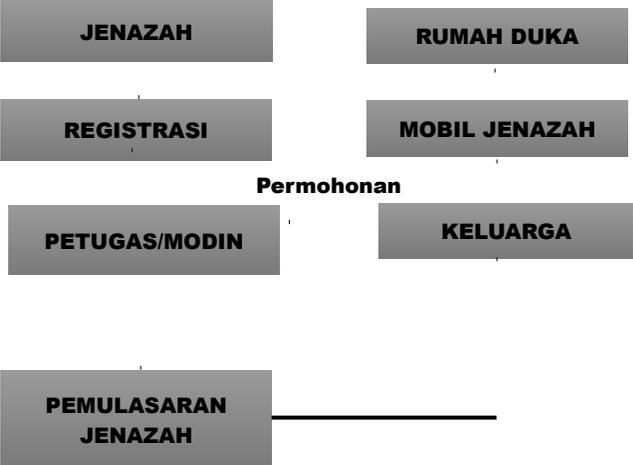
**dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

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

10. STANDAR PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

10.1 Standar Pelayanan Pemulasaran Jenazah

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2004 Tentang Standar Kamar Jenazah; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik

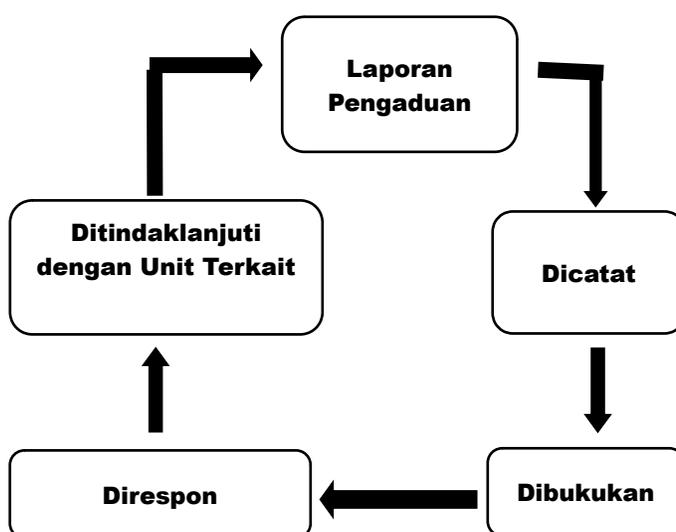
		<p>Indonesia No. 38 tahun 2022 Tentang Pelayanan Kedokteran Untuk Kepentingan Hukum;</p> <p>9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>10. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>11. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023;</p> <p>12. SK Direktur RSU Bahteramas No : 716 Tahun 2022, Tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Forensik Medikolegal dan Pemulasaran Jenazah, Tanggal 5 April 2022.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan 24 jam 2. Ada petugas pemulasaran jenazah 3. Ada pasien meninggal dari ruangan 4. Ada formulir serah terima jenazah 5. Ada permohonan dari pihak keluarga jenazah
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada SPO tentang Pemulasaran Jenazah 2. Ada alur pelayanan pemulasaran jenazah <p><u>Alur Pelayanan Pemulasaran Jenazah</u></p>  <pre> graph TD JENAZAH --> REGISTRASI REGISTRASI --> PETUGAS_MODIN[PETUGAS/MODIN] PETUGAS_MODIN --> PEMULASARAN_JENAZAH[PEMULASARAN JENAZAH] subgraph Permohonan RUMAH_DUKA[RUMAH DUKA] MOBIL_JENAZAH[MOBIL JENAZAH] end subgraph Keluarga KELUARGA[KELUARGA] end RUMAH_DUKA --> JENAZAH MOBIL_JENAZAH --> JENAZAH KELUARGA --> RUMAH_DUKA </pre>

4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon Time Pelayanan ≤ 30 menit 2. Waktu Pelayanan maksimal 1 jam
5.	Biaya/Tarif	<p>Untuk Instalasi Forensik Medikolegal dan Pemulasaran Jenazah, semua tindakan berlaku umum.</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	Tindakan pemulasaran jenazah
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>Petugas penanganan pengaduan, saran dan masukan akan menindaklanjuti pengaduan melalui media, langsung, surat, telepon/SMS, kotak pengaduan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari

Sumber dan Sarana Pengaduan Masyarakat



Penanganan Pengaduan



		<p style="text-align: center;">Alur Penanganan Pengaduan</p> <pre> graph TD PM[PENGADUAN MASYARAKAT] --> UPM[UNIT PENGADUAN MASYARAKAT] UPM --> WP[WADIR PELAYANAN] UPM --> WUK[WADIR UMUM & KEUANGAN] UPM --> WPER[WADIR PERENCANAAN] WP --> DIR[DIREKTUR] WUK --> DIR WPER --> DIR UT[UNIT TERLAPOR] -.-> DIR </pre>
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kereta jenazah (Brankar jenazah/Mortuary carriage) 2. Peralatan pemulasaran jenazah 3. Kulkas jenazah (Mortuary Fridge) 4. Mobil jenazah <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tindakan pemulasaran jenazah 2. Meja pemandian jenazah (Mortuary Table) 3. Ruang tunggu keluarga
9.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendidikan Dokter Spesialis Forensik b. Memiliki SIP (Surat Izin Praktik) c. Memiliki RKK (Rincian Kewenangan Klinis) d. Surat Penugasan Klinis e. Memiliki kemampuan komunikasi efektif

		<p>2. Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal pendidikan DIII Keperawatan b. Memiliki SIP (Surat Izin Praktik) c. Memiliki RKK (Rincian Kewenangan Klinis) d. Surat Penugasan Klinis e. Mampu mengoperasikan komputer f. Memiliki sertifikat memandikan jenazah g. Memiliki kemampuan komunikasi efektif <p>3. Tenaga Pemulasaran Jenazah</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal pendidikan SLTA/ sederajat b. Memiliki sertifikat memandikan jenazah c. Mampu mengoperasikan komputer d. Memiliki kemampuan komunikasi efektif <p>4. Tenaga Administrasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Minimal pendidikan SLTA/ sederajat b. Memiliki sertifikasi memandikan jenazah c. Mampu mengoperasikan komputer d. Memiliki kemampuan komunikasi efektif
10.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 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. Dewan Pengawas 3. Wadir Pelayanan 4. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang 5. Kepala Seksi bagian penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Instalasi Forensik Medikolegal dan Pemulasaran Jenazah terdiri dari :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter : 1 orang 2. Perawat : 1 orang 3. Tenaga Pemulasaran : 11 orang 4. Administrasi : 1 orang 5. Sopir mobil jenazah : 5 orang 6. Rohaniawan : 4 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Tercapainya hasil pemulasaran jenazah yang baik. 2. Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang

		sesuai Standar Prosedur Operasional serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	RSU Bahteramas telah menjadi: 1. Rumah Sakit Kelas B terakreditasi Paripurna 2. Rumah Sakit pusat rujukan di Wilayah Provinsi Sulawesi Tenggara
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Evaluasi dilakukan melalui Survey Kepuasan Masyarakat, rapat koordinasi dan rapat instalasi.



**DIREKTUR,
Rsu Bahteramas**

Jr. H. Hasmudin, Sp.B
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19650510 199703 1 008

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

10.2 Standar Pelayanan Penguburan Jenazah Tak Bertuan

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2004 Tentang Standar Kamar Jenazah; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.38 Tahun 2022 Tentang Pelayanan

		<p>Kedokteran Untuk Kepentingan Hukum;</p> <p>9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>10. 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;</p> <p>11. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023;</p> <p>12. SK Direktur RSU Bahteramas No. 716 Tahun 2022, Tentang Pedoman Pelayanan Instalasi Forensik Medikolegal dan Pemulasaran Jenazah, Tanggal 5 April 2022.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Layanan 24 Jam 2. Ada petugas pemulasaran jenazah 3. Ada pasien meninggal dari ruangan 4. Ada surat keterangan dari ruangan bahwa pasien tidak punya keluarga 5. Ada formulir serah terima jenazah.
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kamar jenazah menjemput Jenazah dari ruangan untuk diantar ke kamar jenazah 2. Petugas menyimpan Jenazah dalam kulkas 3. Petugas kamar jenazah melapor bagian Humas RSUD Bahteramas 4. Bagian Humas melaporkan ke polisi untuk dilakukan pencarian keluarga 5. Dalam waktu 1 minggu tidak ada informasi dari kepolisian maka petugas melakukan proses tindakan 6. Tindakan dilakukan mulai dari memandikan, mengkafani, dishalatkan dan dikuburkan 7. Petugas RS melakukan proses penguburan di TPU dengan biaya ditanggung RSUD Bahteramas
4.	Jangka Waktu	1 Minggu

	Penyelesaian	
5.	Biaya/Tarif	<p>Untuk Instalasi pemulasaran jenazah semua tindakan dan pengantaran berlaku Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan pemulasaran 2. Penguburan jenazah tak bertuan
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam</p>

		<p>penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. KursiTunggu keluarga Pasien meninggal; 2. Ruang tempat jenazah 3. Kulkas 4. Keranda 5. TV 6. Perlengkapan jenazah <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 3. Ruang Tempat memandikan; 4. Ambulance 4. Lahan Parkir
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki keahlian tentang Penguburan Jenazah 4. Mampu berkomunikasi secara lisan an tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Dewan Pengawas 3. Wadir Pelayanan 4. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang 5. Kepala seksi bagian penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana Pelayanan di Instalasi Pemulasaran Jenazah terdiri dari :</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : 1 orang 2. Perawat : 2 orang 3. Sopir : 5 orang 4. Lainnya : 5 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas jaga selama 24 jam 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmodin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

11. STANDAR PELAYANAN UNIT TRANSFUSI DARAH

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128 /2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Menteri Kesehatan No 83 Tahun 2014 Tentang Unit Transfusi darah, Bank Darah Rumah Sakit,dan jejaring pelayanan Darah. 8. Peraturan Menteri Kesehatan No 91 Tahun 2015 Tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah. 9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor

		<p>10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>10.SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <p>1. Pengantar Permintaan Darah dari dokter</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>1. Pengantar Permintaan Darah dari dokter</p> <p>2. Foto Copy SEP</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>1. Pengantar Permintaan Darah dari dokter</p> <p>2. Surat Keterangan Penjaminan yang di Acc oleh Petugas Kerjasama).</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Umum</p> <p>1. Menyerahkan Blangko permintaan darah beserta sampel darah (2-3 cc) yang telah diambil oleh Perawat Ruang dan telah diberi Identitas Pasien</p> <p>2. Petugas Mencocokkan Identitas Sampel dengan Formulir Pengantar Permintaan darah</p> <p>3. Petugas membuat kwitansi pembayaran dan menyerahkan kepada keluarga pasien</p> <p>4. Keluarga Pasien membawa ke Kasir untuk diverifikasi</p> <p>5. Setelah di Verifikasi selanjutnya Keluarga pasien membayar ke Bank BTN (Jam Kerja) diluar jam kerja langsung membayar ke kasir IGD (Kasir IGD yang akan menyetor ke Bank BTN saat jam kerja</p> <p>6. Bukti Pembayaran (Lunas) diserahkan kembali ke Petugas UTDRS</p> <p>7. Petugas melakukan proses darah (Cross Matching) sesuai jumlah permintaan pada formulir permintaan darah</p> <p>8. Bila darah tidak tersedia maka keluarga pasien disarankan untuk mencari keluarga sebagai donor pengganti</p>

		<p>9. Setelah darah di Proses (Cross Matching), kantong darah diserahkan ke keluarga pasien untuk dibawa ke Ruang Rawat/IGD, bila permintaan darah lebih dari 1 kantong maka diberikan secara bertahap (diambil bila transfusi selanjutnya akan dilayani oleh perawat)</p> <p>10. Keluarga pasien menuliskan nama, alamat, dan tanda tangan pada buku penyerahan darah</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyerahkan Blangko permintaan darah beserta sampel darah (2-3 cc) yang telah diambil oleh Perawat Ruangan dan telah diberi Identitas Pasien serta Fotocopy SEP 2. Petugas Mencocokkan Identitas Sampel dengan Formulir Pengantar Permintaan darah 3. Petugas melakukan proses darah (Cross Matching) sesuai jumlah permintaan pada formulir permintaan darah 4. Bila darah tidak tersedia maka keluarga pasien disarankan untuk mencari keluarga sebagai donor pengganti 5. Setelah darah di Proses (Cross Matching), kantong darah diserahkan ke keluarga pasien untuk dibawa ke Ruang Rawat/IGD, bila permintaan darah lebih dari 1 kantong maka diberikan secara bertahap (diambil bila transfusi selanjutnya akan dilayani oleh perawat) 6. Keluarga pasien menuliskan nama, alamat, dan tanda tangan pada buku penyerahan darah
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Jadwal Pelayanan Selama 24 Jam (3 Shift)</p> <p>B. Lama Proses Pelayanan Proses Cross Matching Darah sampai diserahkan ke Keluarga Pasien 90 Menit – 120 Menit</p>
5.	Biaya/Tarif	Untuk Instalasi pemulasaran jenazah semua

		<p>tindakan dan pengantaran berlaku Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	1. Pelayanan Darah
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email: admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan</p>

		<p>adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Telepon/Handphone; 3. Komputer; 4. Buku dan alat tulis menulis. 5. Formulir Pengaduan
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien 2. Alat tulis <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu 2. Ruang Pemeriksaan
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki keahlian tentang UTD 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting 2. Dewan Pengawas 3. Wadir Pelayanan 4. Kepala Bidang Pelayanan Penunjang 5. Kepala seksi bagian penunjang
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana Pelayanan di Instalasi Pemulasaran Jenazah terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : 1 orang 2. Perawat : 2 orang 3. Sopir : 5 orang 4. Lainnya : 5 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh</p>

		petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas jaga selama 24 jam 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**



Dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

12. STANDAR PELAYANAN HEMODIALISA

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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;

		<p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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.</p> <p>10. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 48.a Tahun 2017 Tentang Standar Pelayanan Unit Hemodialisa di RSUD Bahteramas;</p> <p>11. SK Direktur RSU Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSU Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Pasien; 2. Surat Rujukan (jika ada). <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan; 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP); <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Keterangan Penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat Rujukan (Inhealth); 3. Kartu Kepesertaan (bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan/Mandiri Inhealth); 4. KTP Pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang melalui IGD, Rawat Inap maupun Rumah Sakit lain oleh dokter IGD atau Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) melakukan pemeriksaan terhadap pasien; 2. Dokter IGD atau DPJP Konsultasi ke dokter penanggung jawab Haemodialisa: 3. Dokter DPJP atau Dokter Penanggung Jawab Haemodialisa konsul ke dokter Anastesi untuk

		<p>pemasangan akses Haemodialisa atau Cahteter Double Lumen (CDL);</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Dokter penanggung jawab Haemodialisa memberikan advise untuk dilakukan tindakan Haemodialisa; 5. Pasien melakukan pemeriksaan HbsAg, Anti HCV dan HIV dan hasil laboratorium disampaikan kepada petugas Haemodialisa; 6. Petugas menjelaskan kepada pasien/keluarga pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan oleh Dokter Penanggung Jawab Haemodialisa; 7. Pasien/keluarga pasien menandatangani informed consent; 8. Beri salam sebelum melakukan tindakan; 9. Lakukan tindakan sesuai dengan peresepan Dokter Penanggung Jawab Haemodialisa; 10. Observasi ketat selama tindakan Haemodialisa di laksanakan; 11. Laporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab Haemodialisa; 12. Bila kondisi pasien stabil pasien dirawat inapkan di ruang perawatan biasa, bila kondisi pasien masih memerlukan observasi pasien dirawat inapkan di ICU; 13. Menghubungi petugas ruangan untuk menjemput pasien ke ruang perawatan. <p>B. Pasien Lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan mendaftar di ruang sentral opname dengan mengisi kelengkapan administrasi, menyetor surat rujukan termasuk surat keterangan Haemodialisa yang berlaku 1 bulan; 2. Pasien melakukan finger print di ruang sentral opname untuk mendapatkan surat elegabilitas pelayanan (SEP); 3. Pasien langsung ke ruang haemodialisa dengan
--	--	--

		<p>menyerahkan surat rujukan, SEP kepada petugas Haemodialisa;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Bila pasien dari ruang perawatan, ICU/ICCU petugas ruangan konfirmasi ke ruang haemodialisa terkait jadwal tindakan haemodialisa; 5. Petugas ruangan mengantar pasien ke ruang haemodialisa dengan menyerahkan status, hasil laboratorium, SEP satu lembar dan serah terima pasien dengan petugas haemodialisa; 6. Tanda tangan Informed Consent; 7. Petugas haemodialisa memeriksa kelengkapan berkas, memeriksa tanda-tanda vital dan Berat badan 8. Petugas menyiapkan mesin haemodialisa dan BHP; 9. Pasien masuk ke ruang tindakan dilakukan tindakan Hemodialisa sesuai peresepan dokter penanggung jawab Haemodialisa; 10. Setelah selesai tindakan Hemodialisa pasien diperbolehkan pulang dengan diberi jadwal selanjutnya; 11. Setelah selesai tindakan pada pasien rawat inap petugas Hemodialisa menghubungi petugas ruangan untuk menjemput pasien ke ruang perawatan ICU/ICCU/IGD.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>Jangka Waktu yang di gunakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pra Tindakan: 30 menit – 1 jam 2. Tindakan : <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Pasien baru 2-3 jam 2.2 Pasien lama 4-5 jam (untuk pasien 3 kali seminggu), 5 jam (untuk pasien 2 kali seminggu).
5.	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan</p>

		<p>pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGs.</p> <p>3. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	Pelayanan Haemodialisa
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id/; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis

		<p>pengaduan.</p> <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu pasien; 2. Televisi; 3. Tempat tidur; 4. Mesin B Braun; 5. Mesin RO; 6. Timbangan BB digital; 7. Timbangan BB manual; 8. Tensi digital; 9. Tensi air raksa; 10. EKG; 11. Kursi roda; 12. Ambubag; 13. Regulator O²; 14. Meja makan; 15. Kasur; 16. Lemari pasien; 17. Syringe pump; 18. Pulse oxymetri. <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tindakan; 2. Toilet; 3. Ruang tunggu; 4. IPAL.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 5. Dokter spesialis penyakit dalam yang telah bersertifikat Hemodialisis yang diakui oleh PERNEFRI; 6. Dokter umum yang telah bersertifikat Hemodialisis yang diakui oleh PERNEFRI; 7. Perawat yang telah mengikuti pelatihan keperawatan ginjal intensive dan memiliki sertifikat Haemodialisis.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodic melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir pelayanan medis melalui kepala bidang pelayanan medis atau bersama-sama memantau pelayanan; 3. Kepala Unit Haemodialisis menerima masukan dan secara periodic memantau pelaksanaan pelayanan; 4. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan; 5. Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Intern melakukan pengawasan pelayanan secara berkala.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Unit Hemodialisa 8 orang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 1 orang; 2. Dokter Umum 2 orang; 3. Perawat (5 orang perawat mahir HD, 4 orang belum bersertifikat mahir HD); 4. Supervisor (pernefri Korwil sulselatengah, kalimantan dan papua); 5. Tenaga Admin.
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya</p>

		dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilengkapi dengan alat medis canggih; 2. Pemeliharaan alat medis; 3. Kalibrasi alat medis secara rutin; 4. Keamanan pelayanan dijamin sesuai dengan jadwal tindakan; 5. Akses pelayanan ke ruang Haemodialisa mudah dijangkau.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
Rsu Bahteramas**



**Dr. H. Hasnudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

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

13. STANDAR PELAYANAN KEMOTERAPI

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. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas

		<p>Pergub Nomor 4 tahun 2016 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Membawa surat pengantar rawat inap b) Membawa Kartu Pengenal c) Membawa protokol pengobatan d) Membawa resep kemoterapi dari poliklinik bedah onkologi e) Melapor ke unit kemoterapi minimal 1 hari sebelum pelaksanaan kemoterapi untuk penjadwalan dan mempersiapkan obat <p>B. Pasien BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Membawa surat pengantar rawat inap b) Membawa Kartu Pengenal c) Membawa kartu BPJS d) Membawa Surat Eligibilitas Pasien Rawat Inap e) Membawa protokol pengobatan f) Membawa resep kemoterapi dari poliklinik bedah onkologi g) Melapor ke unit kemoterapi minimal 1 hari sebelum pelaksanaan kemoterapi untuk penjadwalan dan mempersiapkan obat <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Membawa surat pengantar rawat inap b) Membawa Kartu Pengenal c) Membawa Surat Eligibilitas Pasien Rawat Inap d) Membawa protokol pengobatan e) Membawa resep kemoterapi dari poliklinik bedah onkologi f) Melapor ke unit kemoterapi minimal 1 hari sebelum pelaksanaan kemoterapi untuk

		penjadwalan dan mempersiapkan obat
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Penerimaan Pasien di Ruang Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi pasien 2. Mengecek Surat Eligibilitas Peserta Rawat Inap 3. Mengecek ulang jadwal kemoterapi 4. Mengecek protokol pengobatan 5. Mengecek resep kemoterapi dan mendistribusikan ke bagian pencampuran obat kemoterapi 6. Mengecek ulang tanda – tanda vital pasien <p>B. Penempatan Pasien di Ruang Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat menyiapkan tempat tidur pasien 2. Perawat mempersilahkan pasien berbaring di tempat tidur yang telah disiapkan. 3. Perawat memberi penjelasan tentang tata tertib ruang kemoterapi, hak dan kewajiban pasien. <p>C. Pelaksanaan Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perawat memasang infus 2. Hidrasi cairan dengan menggunakan cairan RL atau NaCl 0,9 % 3. Bagian pencampuran obat melakukan peracikan obat kemoterapi berdasarkan resep dan lembar permintaan rekonstitusi obat kemoterapi yang telah dibuat oleh DPJP. 4. Obat kemoterapi yang telah diracik, diserahkan dari ruang pencampuran obat kemoterapi melalui passbox dan diserahkan ke perawat kemoterapi. 5. Perawat memasukkan obat kemoterapi sesuai rute pemberian obat yang telah dibuat oleh DPJP. 6. Perawat dan DPJP mengawasi efek samping kemoterapi yang timbul.

		<p>7. Mencatat pelaksanaan kemoterapi dan pengawasannya dalam lembar rekam medis.</p> <p>C. Timbang Terima Jaga</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum pulang, perawat dinas pagi melakukan serah terima kepada perawat jaga. 2. Timbang terima dilakukan meliputi : jumlah pasien, pasien dengan perhatian khusus, pasien dengan efek samping dan informasi penting lainnya. 3. Perawat dinas pagi melakukan kunjungan ke bed pasien dan melakukan serah terima. 4. Perawat dinas pagi melakukan konfirmasi apakah yang disampaikan telah dipahami oleh perawat jaga. 5. Perawat jaga pagi menyampaikan tempat penyimpanan peralatan dan obat emergency. <p>D. Persiapan Pasien Pulang</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keadaan Umum baik 2. Tanda vital dalam batas normal 3. Tidak ada efek samping yang berat 4. Telah mendapat jadwal kontrol poliklinik 5. Pelaksanaan kemoterapi telah tercatat dalam rekam medis pasien baik catatan dokter, perawat, farmasi dan instalasi gizi. 6. Pasien telah menyelesaikan administrasi dan keuangan. 7. Telah dinyatakan boleh pulang oleh dokter (DPJP).
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lama waktu transfer pasien ke tempat tidur pasien : 5 menit 2. Lama waktu persiapan kemoterapi meliputi pemasangan infus dan lain – lain : 10 menit 3. Lama waktu serah terima jaga perawat : 15 menit 4. Lama waktu peracikan obat kemoterapi : 1 jam <p>Lama waktu pelaksanaan kemoterapi :</p>

		tergantung regimen obat yang digunakan
5.	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGs.</p> <p>3. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	Pelayanan Kemoterapi
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id/; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan</p>

		<p>masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Ruang Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat tidur pasien 2. Bedside cabinet 3. Tiang infus 4. Panel Suction dan kelengkapannya 5. Panel Oxygen dan kelengkapannya 6. Trolley emergency 7. Tempat sampah 8. Bantal kepala 9. Kursi untuk keluarga pasien 10. AC 11. Toilet 12. Wastafel 13. Tirai antar tempat tidur 14. Televisi 15. Spil kit <p>B. Ruang Pencampuran Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biosafety cabinet

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Hepafilter 3. Kursi 4. Meja 5. Trolley obat 6. Keranjang obat 7. AC 8. Tekanan negative 9. Lampu 10. Gaun pelindung 11. Kacamata pelindung 12. Sarung tangan 13. Passbox 14. Telpon antar ruangan 15. Spil kit <p>C. Ruang Depo Sitostatika</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemari obat 2. Rak obat 3. Kulkas 4. Pengatur suhu 5. AC <p>D. Ruang Administrasi Farmasi Kemoterapi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Scanner 3. Printer 4. Meja 5. Kursi 6. Bell tamu 7. Jam Dinding 8. AC 9. Lampu 10. Telpon antar ruangan 11. Toilet <p>E. Ruang Jaga Perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat Tidur
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Bantal 3. Lampu 4. AC 5. Lemari 6. Dispenser air minum 7. Toilet <p>F. Ruang Dokter</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Kursi 3. Komputer 4. Printer 5. AC 6. Scanner 7. Toilet <p>G. Ruang Administrasi Perawat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Kursi 3. Komputer 4. Printer 5. Scanner <p>H. Ruang Tunggu Keluarga Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi tunggu 2. Banner pelayanan 3. Toilet 4. Alur Pelayanan Kemoterapi 5. Struktur organisasi kemoterapi 6. Sertifikat pelatihan bagi perawat dan farmasi peracik obat.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter : memiliki sertifikat konsultan 2. Perawat kemoterapi : telah mendapat pelatihan kemoterapi dan memiliki Sertifikat Pelatihan Kemoterapi. 3. Farmasi pencampuran obat : telah mendapat pelatihan Handling Cytotoxic dan memiliki Sertifikat Pelatihan Handling Cytotoxic.

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Memiliki etika dan sopan santun 5. Mampu bekerjasama dalam tim. 6. Memahami protokol pemberian kemoterapi. 7. Dapat mengoperasikan komputer. 8. Memahami pengelolaan limbah medis kemoterapi
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodic melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir pelayanan medis melalui kepala bidang pelayanan medis atau bersama-sama memantau pelayanan; 3. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan; 4. Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Intern melakukan pengawasan pelayanan secara berkala.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP : untuk saat ini berjumlah 4 orang, 2 orang konsultan bedah onkologi dan 2 orang konsultan bedah digestif. 2. Perawat terlatih : 3 orang 3. Perawat jaga : 2 orang 4. Farmasi peracikan obat kemoterapi : 3 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP adalah dokter yang memiliki sertifikat konsultan dan mendapatkan kewenangan klinis kemoterapi baik dari Kolegium Organisasi maupun komite medik pada saat kredensial dan rekredensial. 2. Perawat yang bertugas adalah perawat yang telah mendapat pelatihan kemoterapi. 3. Farmasi peracik obat yang bertugas adalah apoteker yang telah mendapat pelatihan handling cytotoxic. 4. Semua petugas memiliki SIP. 5. Ruang kemoterapi telah beberapa kali mengikuti akreditasi rumah sakit dan mendapat penilaian

		<p>dan respon yang baik dari surveyor.</p> <p>6. Telah mendapat kunjungan dari Kemenkes dan mendapat penilaian yang baik.</p> <p>7. Telah mendapat kunjungan dari Pengurus Pusat PERABOI (Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia) dan mendapat pengakuan atas pelayanan kemoterapi yang baik.</p> <p>8. Telah mempunyai Buku Standar Operasional Prosedur yang secara berkala di upgrade.</p>
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Setiap siklus kemoterapi, pasien sebelumnya telah mendapat pemeriksaan secara berkala di poliklinik bedah onkologi yang meliputi pemeriksaan fisik, laboratorium dan jantung.</p> <p>2. Untuk pemberian Antrasiklin, harus ada pemeriksaan Echocardiografi yang berlaku selama 2 siklus pemberian antrasiklin.</p> <p>3. Semua tempat tidur pasien telah dilengkapi dengan panel oxygen dan suction mengantisipasi kegawatdaruratan medis.</p> <p>4. Obat – obatan emergency selalu dalam keadaan tersedia dan terevaluasi dengan baik.</p> <p>5. Semua obat – obat yang diracik dan diberikan ke pasien, telah tertulis dengan jelas baik dosis, jumlah cairan pelarut, rute pemberian, lama pemberian dan premedikasinya dalam lembar permintaan rekonstitusi obat kemoterapi dan buku standar operasional kemoterapi RS. Bahteramas.</p> <p>6. Telah terjalin koordinasi yang baik antara ruang kemoterapi, IGD dan ruang rawat inap biasa ataupun unit – unit yang lain.</p> <p>7. Semua pasien memiliki protokol pengobatan sehingga jadwal kemoterapi dan kontrol terencana dengan baik, jelas dan tepat.</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;</p> <p>2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah</p>

		Sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.
--	--	---



**Direktur,
Rsu Bahteramas**

**dr. H. Hasimudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

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

14. STANDAR PELAYANAN CATH LAB

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 Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara; 7. Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur

		<p>Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>8. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 50 Tentang Struktur Organisasi Unit Laboratorium Kateterisasi Jantung di RSUD Bahteramas, Tanggal 1 Februari 2018;</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu pasien; 2. Surat Rujukan (jika ada). <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan; 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP); <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat keterangan penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS ketenagakerjaan/mandiri inhealth); 4. KTP pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila pasien dari poliklinik mendaftar di ruang sentral opname dengan mengisi kelengkapan administrasi yang diperlukan dan mencari kamar di ruang perawatan; 2. Bila pasien dari luar RSUD Bahteramas di rujuk ke poliklinik jantung, poliklinik bedah vaskuler, poliklinik bedah saraf untuk dilengkapi semua administrasi pemeriksaan dll kemudian mendaftar di ruang sentral opname dengan mengisi

		<p>kelengkapan administrasi yang diperlukan dan mencari kamar di ruang perawatan;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Bila pasien Primary petugas IGD segera menghubungi petugas cathlab terkait tindakan cathlab dan petugas IGD segera mengantar pasien ke ruang Cath lab dengan membawa status, pemeriksaan laboratorium dan EKG (pemeriksaan penunjang lainnya menyusul); 4. Bila pasien dari ruang perawatan petugas ruang perawatan menghubungi petugas Cath lab terkait jadwal tindakan pasien; 5. Petugas mengantar pasien dengan membawa persiapan pelayanan seperti status pasien bila pasien BPJS menyertakan SEP 1 lembar; 6. Serah terima pasien petugas ruangan yang mengantar pasien dengan petugas Cath lab; 7. Pasien masuk di ruang pre tindakan untuk pengecekan ulang seperti persetujuan tindakan, persiapan pasien, kelengkapan berkas, ada riwayat alergi obat, mengukur tanda-tanda vital, timbang berat badan dan tinggi badan; 8. Pasien masuk ke ruang tindakan; 9. Setelah selesai tindakan pasien masuk ke ruang Recovery Room untuk diobservasi, setelah observasi dilaksanakan cek kondisi pasien; 10. Bila kondisi pasien membaik petugas Cath lab menghubungi petugas ruangan yang mengantar pasien untuk dijemput kembali keruang perawatan; 11. Bila ada komplikasi khusus untuk pasien post tindakan CAG dan PCI dirawat di ruang ICCU.
--	--	--

		<p>B. Pasien Lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bila pasien dari Poliklinik mendaftar di ruang sentral opname dengan mengisi kelengkapan administrasi yang diperlukan dan mencari kamar di ruang perawatan; 2. Petugas ruang perawatan menghubungi petugas Cathlab terkait jadwal tindakan pasien; 3. Petugas mengantar pasien dengan membawa persiapan pelayanan seperti status pasien bila pasien BPJS menyertakan SEP 1 lembar; 4. Serah terima pasien petugas ruangan yang mengantar pasien dengan petugas Cathlab; 5. Pasien masuk di ruang pre tindakan untuk pengecekan ulang seperti persetujuan tindakan, persiapan pasien, kelengkapan berkas, ada riwayat alergi obat, mengukur tanda-tanda vital, timbang berat badan dan tinggi badan; 6. Pasien masuk ke ruang tindakan; 7. Setelah selesai pasien masuk ke ruang Recovery Room untuk diobservasi, setelah observasi dilaksanakan cek kondisi pasien; 8. Bila kondisi pasien membaik petugas Cath lab menghubungi petugas ruangan yang mengantar pasien untuk dijemput kembali keruangan; 9. Bila ada komplikasi khusus untuk pasien post tindakan CAG, PCI dirawat di ruang ICCU.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>Jangka Waktu yang di gunakan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre Tindakan : 30 menit – 1 jam; 2. Tindakan : 1 – 2 jam;

		<p>3. Observasi : 4 – 6 jam (untuk pasien cardio), post tindakan CAG dan PCI).</p> <p>4. Observasi : 1-2 jam (untuk pasien post tindakan angiografi, PTA, DSA, pain intervensi, CDL)</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>1. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGs.</p> <p>3. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<p>1. Kateterisasi Jantung (Coronary Angiography);</p> <p>2. Pemasangan cincin (Percutaneous intervention);</p> <p>3. Pemasangan baterai jantung/alat pacu jantung tetap (Permanen Pace Maker);</p> <p>4. Pemasangan alat pacu jantung sementara;</p> <p>5. Tapping (Pericardiosintesis)</p> <p>6. Pemasangan CDL</p> <p>7. Angiografi (arteriografi/ venografi) extremitas</p> <p>8. PTA (Percutaneous Transmular Angioplasty)</p>

		<p>9. DSA (Digital Subtraction Angiography)</p> <p>10. Pain intervensi</p>
7.	<p>Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan</p>	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke Unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com ; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id ; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari; 8. Untuk jadwal tindakan dan informasi tentang Cath Lab bisa menghubungi nomor kontak Cath Lab: 082191322272. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang Kabag Umum; 2. 1 orang Kasubag Humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan;

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Formulir Pengaduan 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Side Monitor; 2. Timbangan berat badan; 3. Tiang infuse; 4. Tensimeter; 5. Hasil tindakan; 6. DVD hasil tindakan. <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang pre tindakan; 2. Ruang tindakan; 3. Ruang Recovery Room; 4. Toilet.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 4. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 5. Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah yang telah mengikuti pelatihan Cardiology intervensi dan memiliki sertifikat 6. Dokter spesialis bedah vaskular 7. Dokter spesialis bedah saraf 8. Perawat yang telah mengikuti pelatihan Cardiology dasar dan lanjutan dan memiliki sertifikat.

10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur rumah sakit melakukan pengawasan secara periodic melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir pelayanan medis melalui kepala bidang penunjang medis atau bersama-sama memantau pelayanan; 3. Komite medik memantau secara berkala dokter pemberi pelayanan; 4. Dewan Pengawas dan Satuan Pengawas Intern melakukan pengawasan pelayanan secara berkala.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Unit Cath Lab 10 orang terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Jantung dan Pembuluh Darah: 3 orang 2. Dokter Spesialis Bedah Vaskuler : 1 orang 3. Dokter Spealilis Bedah Saraf : 1 orang 4. Perawat: 4 orang 5. Radiografer: 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilengkapi dengan alat medis canggih; 2. Pemeliharaan alat medis; 3. Kalibrasi alat medis secara rutin; 4. Keamanan pelayanan dijamin sesuai dengan jadwal tindakan.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSUD Bahteramas

dr. H. Hasmudin, Sp.B
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19650510 199703 1 008

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

15. STANDAR PELAYANAN DAN PRODUK LAYANAN UNIT 118

15.1 Standar Pelayanan Unit 118

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu; 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

		<p>Sulawesi Tenggara;</p> <p>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.</p> <p>10. SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pengantar pasien</p> <p>- Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP); 2. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118; 3. Administrasi. <p>- Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan dari BPJS; 2. Kartu Identitas (KTP); 3. Kartu BPJS; 4. Kartu Keluarga; 5. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118. <p>- Pasien Asuransi Lainnya (BPJS Ketenaga kerjaan, Jasa Raharja, Antam dan Morosi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat keterangan penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS ketenagakerjaan / mandiri inhealth); 4. KTP pasien (kecuali anak-anak). <p>B. Pelayanan Penjemputan Pasien</p> <p>1. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP); 2. Surat Keterangan Kesiapan Untuk

		<p>Menggunakan Sarana Ambulance 118;</p> <p>3. Administrasi</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan dari BPJS; 2. Kartu Identitas (KTP); 3. Kartu BPJS; 4. Kartu Keluarga; 5. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118. <p>3. Pasien Asuransi Lainnya (BPJS Ketenagakerjaan, Jasa Raharja, Antam dan Morosi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat keterangan penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS ketenagakerjaan/mandiri inhealth); 4. KTP pasien (kecuali anak-anak). <p>C. Pelayanan Kemitraan</p> <p>Surat permintaan dari Pemda atau Organisasi Perangkat Daerah.</p> <p>D. Pelayanan Bencana</p> <p>Surat dari BPBD atau Dinas Kesehatan.</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pengantaran Pasien</p> <p>1. Di luar RSU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk disambungkan ke unit 118; 1.2 Langung datang ke RSU Bahtramas ke unit 118. <p>2. Dalam RSU</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk disambungkan ke unit 118; 2.2 Kepala ruangan yang menghubungi 118.

		<p>B. Penjemputan pasien</p> <p>1. Di luar RSU</p> <p>1.1 Menghubungi operator rumah sakit Nomor 3195611 untuk disambungkan ke unit 118;</p> <p>1.2 Langsung datang ke RSUD Bahteramas ke unit 118.</p> <p>2. Dalam RSU</p> <p>2.1 Menghubungi operator rumah sakit nomor 3195611 untuk disambungkan ke unit 118;</p> <p>2.2 Kepala ruangan yang menghubungi 118</p> <p>C. Pelayanan Kemitraan</p> <p>1. Bersurat ke Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>2. Surat akan diproses di bagian Tata Usaha dan di disposisi ke Tim 118;</p> <p>3. Bagian Tata Usaha akan membuat Surat Tugas</p> <p>D. Pelayanan Bencana</p> <p>1. Bersurat ke Rumah Sakit Umum Bahteramas;</p> <p>2. Surat akan diproses di bagian Tata Usaha dan di disposisi ke Tim 118;</p> <p>3. Bagian Tata Usaha akan membuat Surat Tugas</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Pengantaran Pasien</p> <p>1. Jam hari kerja: respon time setelah dihubungi 10-15 menit;</p> <p>2. Di luar jam kerja: 30 menit setelah di hubungi</p> <p>B. Penjemputan pasien</p> <p>1. Jam hari kerja: respon time setelah dihubungi 20-30 menit;</p> <p>2. Di luar jam kerja: 30 menit setelah di hubungi.</p> <p>C. Pelayanan Kemitraan</p> <p>Jangka Waktu yang di gunakan disesuaikan dengan permintaan kurang lebih 1-2 hari.</p>

		<p>D. Pelayanan Bencana</p> <p>Jangka Waktu yang di gunakan disesuaikan dengan permintaan kurang lebih 1-2 hari</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pengantaran Pasien</p> <p>1. Pasien Umum.</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>3. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>B. Pelayanan Penjemputan</p> <p>1. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>2. Pasien BPJS</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah</p>

		<p>Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>C. Pelayanan Kemitraan</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>D. Bencana</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 03 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengantaran Pasien; 2. Penjemputan Pasien; 3. Pelayanan Kemitraan; 4. Pelayanan Bencana.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verikasi Aduan; 2. Mediasi;

		<p>3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;</p> <p>4. Sanksi.</p> <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <p>1. 1 (satu) orang Kabag Umum;</p> <p>2. 1 (satu) orang Kasubag Humas;</p> <p>3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan.</p> <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <p>1. Ruang Pengaduan;</p> <p>2. Formulir Pengaduan;</p> <p>3. Telepon/Handphone;</p> <p>4. Komputer;</p> <p>5. Buku dan Alat Tulis Menulis.</p>
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <p>Ambulance terdiri dari:</p> <p>1. Ambulance Vip: 1 Unit;</p> <p>2. Ambulance Standar: 2 Unit;</p> <p>3. Ambulance Basic: 2 Unit.</p> <p>B. Prasarana</p> <p>Gedung 118.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<p>1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu);</p> <p>2. Menguasai Standar Operasional Prosedur;</p> <p>3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik;</p> <p>4. Mampu berkerjasama dengan TIM;</p> <p>5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien;</p> <p>6. Mampu mengendarai kendaraan roda empat;</p> <p>7. Mempunyai kompetensi pelatihan dengan menunjukkan sertifikat pelatihan;</p> <p>8. Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku bagi</p>

		<p>dokter;</p> <p>9. Mempunyai STR dan SIPP bagi perawat yang masih berlaku;</p> <p>10. Mempunyai sertifikat pelatihan bencana;</p> <p>11. Mengikuti pelatihan bencana kerjasama BPBD, Dinkes Dan SAR Kendari.</p>
10.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan dibawah seksi penunjang medis.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Unit 118 terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga Dokter, disesuaikan dengan kegiatan dan melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat 2. Pelaksana tetap 7 orang (perawat) 3. Pelaksana pendamping (Sopir) 4 orang melalui koordinasi dengan Seksi perlengkapan dan Rumah Tangga
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 ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan petugas unit 118 dengan memiliki SIM dan keahlian dalam mengoperasikan perlengkapan medis ambulance; 2. Keselamatan dan keamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungli; 3. Kendaraan yang dioperasikan memiliki kelengkapan surat jalan; 4. Perawatan rutin kendaraan yang akan dioperasikan secara priodik.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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.

15.2 Standar Pelayanan Pengantaran Pasien

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<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 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 Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu; 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 RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP); 2. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118; 3. Administrasi. <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Surat Rujukan dari BPJS; 2 Kartu Identitas (KTP); 3 Kartu BPJS; 4 Kartu Keluarga; 5 Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118. <p>C. Pasien Asuransi Lainnya (BPJS Ketenagakerjaan, Jasa Raharja, Antam dan Morosi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat keterangan penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS ketenagakerjaan/mandiri inhealth); 4. KTP pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pengantaran Pasien</p> <p>1. Diluar RSUD</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk disambungkan ke unit 118; b. Langsung datang ke RSUD Bahtramas ke unit 118. <p>2. Dalam RSUD</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk disambungkan ke unit 118; b. Kepala ruangan yang menghubungi 118.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>Jangka Waktu yang di gunakan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam hari kerja: respon time setelah dihubungi 10-15 menit;

		2. Di luar jam kerja: 30 menit setelah di hubungi.
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum. Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>B. Pasien BPJS Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor: 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	Pengantaran pasien
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;

		<p>4. Sanksi.</p> <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <p>Ambulance terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance V.Vip: 1 Unit; 2. Ambulance Standar: 2 Unit; 3. Ambulance Basic: 2 Unit. <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gedung 118.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 4. Mampu berkerjasama dengan TIM; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengendarai kendaraan roda empat; 7. Mempunyai kompetensi pelatihan dengan menunjukkan sertifikat pelatihan; 8. Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku bagi dokter; 9. Mempunyai STR dan SIPP bagi perawat yang masih berlaku;

		10. Mempunyai sertifikat pelatihan bencana; 11. Mengikuti pelatihan bencana kerjasama BPBD, Dinkes Dan SAR Kendari;
10.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan langsung dibawah Bidang Penunjang Medis.
11.	Jumlah Pelaksana	Pelaksana pelayanan di Unit 118 terdiri dari: 1. Tenaga Dokter, disesuaikan dengan kegiatan dan melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat; 2. Pelaksana tetap 7 orang (perawat); 3. Pelaksana pendamping (Sopir) 4 orang melalui koordinasi dengan Seksi perlengkapan dan Rumah Tangga.
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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Keamanan layanan dijamin dengan petugas unit 118 dengan memiliki SIM dan keahlian dalam mengoperasikan perlengkapan medis ambulance; 2. Keselamatan dan keamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungli; 3. Kendaraan yang dioperasikan memiliki kelengkapan surat jalan; 4. Perawatan rutin kendaraan yang akan dioperasikan secara priodik.
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.

15.3 Standar Pelayanan Penjemputan Pasien

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik

		<p>Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);</p> <p>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);</p> <p>3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);</p> <p>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);</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu;</p> <p>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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.</p> <p>10.SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun</p>
--	--	---

		2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSU Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP); 2. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118; 3. Administrasi . <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan dari BPJS 2. Kartu Identitas (KTP); 3. Kartu BPJS; 4. Kartu Keluarga; 5. Surat Keterangan Kesiapan Untuk Menggunakan Sarana Ambulance 118. <p>C. Pasien Asuransi Lainnya (BPJS Ketenaga kerjaan, Jasa Raharja, Antam dan Morosi)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat keterangan penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat rujukan (Inhealth); 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS ketenagakerjaan/mandiri inhealth); 4. KTP pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Di luar RSU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk di sambungkan ke unit 118; 2. Langsung datang ke RSUD Bahteramas ke unit 118. <p>B. Dalam RSU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghubungi operator rumah sakit Nomor: 3195611 untuk di sambungkan ke unit 118; 2. Kepala ruangan yang menghubungi 118.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Jangka Waktu yang di gunakan: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam hari kerja: respon time setelah di hubungi 10-15 menit 2. Di luar jam kerja: 30 menit setelah di hubungi
5.	Biaya/Tarif	A. Pasien Umum.

		<p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 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.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor: 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	Penjemputan pasien
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Verifikasi Aduan; 5. Mediasi;

		<p>6. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi;</p> <p>7. Sanksi.</p> <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <p>Ambulance terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Ambulance Vip: 1 Unit; 1.2 Ambulance Standar: 2 Unit; 1.3 Ambulance Basic: 2 Unit. <p>B. Prasarana</p> <p>Gedung 118</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 4. Mampu berkerjasama dengan TIM; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengendarai kendaraan roda empat; 7. Mempunyai kompetensi pelatihan dengan menunjukkan sertifikat pelatihan; 8. Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku bagi dokter; 9. Mempunyai STR dan SIPP bagi perawat yang

		<p>masih berlaku;</p> <p>10. Mempunyai sertifikat pelatihan bencana;</p> <p>11. Mengikuti pelatihan bencana kerjasama BPBD, Dinkes Dan SAR Kendari;</p>
10.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan langsung dibawah Bidang Penunjang Medis.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Unit 118 terdiri dari:</p> <p>1. Tenaga Dokter, disesuaikan dengan kegiatan dan melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat</p> <p>2. Pelaksana tetap 7 orang (perawat)</p> <p>3. Pelaksana pendamping (Sopir) 4 orang melalui koordinasi dengan Seksi perlengkapan dan Rumah Tangga</p>
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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan dijamin dengan petugas unit 118 dengan memiliki SIM dan keahlian dalam mengoperasikan perlengkapan medis ambulance;</p> <p>2. Keselamatan dan keamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungli;</p> <p>3. Kendaraan yang dioperasikan memiliki kelengkapan surat jalan;</p> <p>4. Perawatan rutin kendaraan yang akan dioperasikan secara priodik.</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;</p> <p>2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit;</p> <p>3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.</p>

15.4 Standar Pelayanan Kemitraan

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara

		<p>Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);</p> <p>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);</p> <p>3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);</p> <p>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);</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu;</p> <p>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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.</p>
--	--	--

		10.SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.
2.	Persyaratan Pelayanan	Surat Permintaan dari Pemda atau Organisasi Perangkat Daerah.
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bersurat ke Rumah Sakit Umum Bahteramas; 2. Surat akan diproses di bagian Tata Usaha dan di disposisi ke Tim 118; 3. Bagian Tata Usaha akan membuat Surat Tugas.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Jangka Waktu yang di gunakan disesuaikan dengan permintaan kurang lebih 1-2 hari.
5.	Biaya/Tarif	Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
6.	Produk Layanan	Pelayanan kemitraan
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id/; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan;

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <p>Ambulance terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance Vip: 1 Unit; 2. Ambulance Standar: 2 Unit; 3. Ambulance Basic: 2 Unit. <p>B. Prasarana</p> <p>Gedung 118.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 4. Mampu berkerjasama dengan TIM; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengendarai kendaraan roda empat; 7. Mempunyai kompetensi pelatihan dengan menunjukkan sertifikat pelatihan; 8. Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku bagi dokter;

		<p>9. Mempunyai STR dan SIPP bagi perawat yang masih berlaku;</p> <p>10. Mempunyai sertifikat pelatihan bencana;</p> <p>11. Mengikuti pelatihan bencana kerjasama BPBD, Dinkes Dan SAR Kendari.</p>
10.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan dibawah Seksi Penunjang Medis.
11.	Jumlah Pelaksana	<p>1. Tenaga Dokter, disesuaikan dengan kegiatan dan melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat</p> <p>2. Pelaksana tetap 7 orang (perawat)</p> <p>3. Pelaksana pendamping (Sopir) 4 orang melalui koordinasi dengan Seksi perlengkapan dan Rumah Tangga</p>
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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan dijamin dengan petugas unit 118 dengan memiliki SIM dan keahlian dalam mengoperasikan perlengkapan medis ambulance</p> <p>2. Keselamatan dan keamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungli</p> <p>3. Kendaraan yang dioperasikan memiliki kelengkapan surat jalan.</p> <p>4. Perawatan rutin kendaraan yang akan dioperasikan secara priodik</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun;</p> <p>2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit;</p> <p>3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.</p>

15.5 Standar Pelayanan Bencana

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	1. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang

		<p>Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);</p> <p>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);</p> <p>3. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);</p> <p>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);</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu;</p> <p>7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit;</p> <p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>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</p>
--	--	---

		Sulawesi Tenggara. 10.SK Direktur RSUD Bahteramas Nomor 267 Tahun 2023 Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.
2.	Persyaratan Pelayanan	Surat dari BPBD atau Dinas Kesehatan.
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	Pelayanan Bencana 1. Bersurat ke Rumah Sakit Umum Bahteramas; 2. Surat akan diproses di bagian Tata Usaha dan di disposisi ke Tim 118; 3. Bagian Tata Usaha akan membuat Surat Tugas.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	Jangka Waktu yang di gunakan disesuaikan dengan permintaan kurang lebih 1-2 hari.
5.	Biaya/Tarif	Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 Tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan Pada Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
6.	Produk Layanan	Pelayanan Bencana
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur: 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id/ ; 5. Melalui : www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari. B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Formulir Pengaduan; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <p>Ambulance terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulance Vip : 1 Unit; 2. Ambulance Standar: 2 Unit; 3. Ambulance Basic: 2 Unit. <p>B. Prasarana</p> <p>Gedung 118.</p>
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 4. Mampu berkerjasama dengan TIM; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengendarai kendaraan roda empat; 7. Mempunyai kompetensi pelatihan dengan

		<p>menunjukkan sertifikat pelatihan;</p> <p>8. Mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku bagi dokter;</p> <p>9. Mempunyai STR dan SIPP bagi perawat yang masih berlaku;</p> <p>10. Mempunyai sertifikat pelatihan bencana;</p> <p>11. Mengikuti pelatihan bencana kerjasama BPBD, Dinkes Dan SAR Kendari.</p>
10.	Pengawasan Internal	Pengawasan dilakukan dibawah seksi penunjang medis
11.	Jumlah Pelaksana	<p>Pelaksana pelayanan di Unit 118 terdiri dari:</p> <p>1. Tenaga Dokter, disesuaikan dengan kegiatan dan melalui koordinasi dengan Kepala Instalasi Gawat Darurat</p> <p>2. Pelaksana tetap 7 orang (perawat)</p> <p>3. Pelaksana pendamping (Sopir) 4 orang melalui koordinasi dengan Seksi perlengkapan dan Rumah Tangga</p>
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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan dijamin dengan petugas unit 118 dengan memiliki SIM dan keahlian dalam mengoperasikan perlengkapan medis ambulance</p> <p>2. Keselamatan dan keamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungli</p> <p>3. Kendaraan yang dioperasikan memiliki kelengkapan surat jalan.</p> <p>4. Perawatan rutin kendaraan yang akan dioperasikan secara priodik</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun ;</p> <p>2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah</p>

		Sakit; 3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala
--	--	--



**DIREKTUR,
RSU Bahteramas**

dr. H. Hasmudin, Sp.B
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19650510 199703 1 008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

16. STANDAR PELAYANAN ENDOSKOPI

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 38212. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);5. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 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 Provinsi Sulawesi

		<p>Tenggara;</p> <p>9. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 267/2023 Tanggal 25 Januari 2023, Tentang Penetapan Jenis Pelayanan Publik di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Pasien; 2. Surat Rujukan (jika ada). <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan; 2. Surat Elegabilitas Peserta (SEP); <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Keterangan Penjaminan (yang di Acc oleh petugas kerjasama); 2. Surat Rujukan (Inhealth); 3. Kartu Kepesertaan (bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan/Mandiri Inhealth); 4. KTP Pasien (kecuali anak-anak).
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pasien Baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien yang melalui Rawat Jalan, IGD,Rawat Inap maupun Rumah Sakit lain oleh dokter IGD atau Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) melakukan pemeriksaan terhadap pasien; 2. Dokter IGD atau DPJP Konsultasi ke dokter penanggung jawab Endoscopy 3. Dokter DPJP atau Dokter Penanggung Jawab ENDOSKOPI konsul ke dokter Anastesi bila diperlukan pendampingan. 4. Dokter penanggung jawab endoscopy memberikan advise untuk dilakukan tindakan endoscopy; 5. Pasien melakukan pemeriksaan HbsAg, Anti HCV dan HIV dan hasil laboratorium disampaikan kepada petugas endoscopy; 6. Petugas menjelaskan kepada pasien/keluarga pasien mengenai tindakan yang akan dilakukan oleh Dokter

		<p>Penanggung Jawab endoscopy;</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Pasien/keluarga pasien menandatangani informed consent; 8. Beri salam sebelum melakukan tindakan; 9. Lakukan tindakan sesuai dengan peresepan Dokter Penanggung Jawab endoscopy; 10. Observasi ketat selama tindakan endoscopy di laksanakan; 11. Laporkan kondisi pasien kepada dokter penanggung jawab endoscopy; 12. Bila kondisi pasien stabil pasien dirawat inapikan di ruang perawatan biasa; namun jika kondisi pasien tidak stabil dipindahkan ke ruang intensif 13. Menghubungi petugas ruangan untuk menjemput pasien ke ruang perawatan jika pasien rawat inap. <p>B. Pasien Lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien rawat jalan mendaftar di ruang sentral opname dengan mengisi kelengkapan administrasi; 2. Pasien langsung ke ruang endoscopy dengan menyerahkan surat rujukan, SEP kepada petugas endoscopy; 3. Bila pasien dari ruang perawatan, ICU/ICCU petugas ruangan konfirmasi ke ruang endoscopy terkait jadwal tindakan endoscopy; 4. Petugas ruangan mengantar pasien ke ruang endoscopy dengan menyerahkan status, hasil laboratorium, SEP satu lembar dan serah terima pasien dengan petugas endoscopy; 5. Tanda tangan Informed Consent; 6. Petugas endoscopy memeriksa kelengkapan berkas, memeriksa tanda-tanda vital dan Berat badan 7. Petugas menyiapkan mesin endoscopy dan BHP; 8. Pasien masuk ke ruang tindakan dilakukan tindakan
--	--	--

		<p>endoscopy sesuai peresepan dokter penanggung jawab endoscopy;</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Setelah selesai tindakan endoscopy pasien diperbolehkan pulang dengan diberi jadwal selanjutnya; 10. Setelah selesai tindakan pada pasien petugas endoscopy menghubungi petugas ruangan untuk menjemput pasien ke ruang perawatan ICU/ICCU/IGD, jika pasien berasal dari ruang perawatan ICU/ICCU/IGD <p>C. Persiapan Pasien EGD (Esofagogastroduodenoskopi) / UGIE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Puasa makan 12 jam sebelum tindakan endoskopi 2. Puasa minum 6 jam sebelum tindakan 3. Lapor dokter anestesi 4. Informed consent kedokteran 5. Informed consent anestesi 6. Cek lab HBsAg dan Anti HCV 7. Untuk usia ≥ 40 tahun cek : <ul style="list-style-type: none"> ↗ EKG ↗ Riwayat HT ↗ Riwayat DM ↗ Riwayat penyakit Jantung 8. Laporkan jika pasien memiliki gigi yang goyang 9. Jika pasien memiliki gigi palsu, anjurkan untuk melepasnya terlebih dahulu sebelum ke ruangan endoskopi 10. Pastikan infus pasien dalam keadaan terpasang dan lancar <p>D. Persiapan Pasien Kolonoskopi/LGIE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dua (2) hari sebelum tindakan kolonoskopi pasien diet bubur kecap saja. 2. Satu (1) hari sebelum tindakan kolonoskopi pasien : <ul style="list-style-type: none"> - hanya boleh minum susu yang disediakan oleh rs - niflec dihabiskan dalam waktu 2 jam. Mulai diminum
--	--	--

		<p>dari jam 4 sore sampai jam 6 sore</p> <ul style="list-style-type: none"> - pukul 08.00 malam pasien minum Dulcolax tablet 2 tablet/Dulcolax suppo 2 suppo - jam 05.00 subuh klisma rendah dengan fleet enema jika tidak tersedia bisa diganti dengan Dulcolax suppo 2 suppo <ol style="list-style-type: none"> 3. Apabila niflec tidak tersedia lakukan klisma tinggi pagi dan sore dengan pralac+nacl dijadikan 500 cc 4. Apabila pasien tampak lemas bisa dilakukan pemasangan ivsd intravena d5% 5. Lapor dokter anastesi 6. Informed consent kedokteran 7. Cek Lab HBsAg dan anti HCV 8. Untuk usia \geq 40 tahun cek : <ul style="list-style-type: none"> - EKG - Riwayat HT - Riwayat DM - Riwayat penyakit jantung 9. Sebelum mendorong pasien ke ruang endoskopi, pastikan infus pasien dalam keadaan terpasang dan lancer.
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. EGD : 5-10 menit 2. LGIE : 10-20 menit
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas Provinsi Sultra.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGs Berdasarkan Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Gubernur Nomor 4 Tahun 2016 Tentang Pola Tarif Pelayanan Pada RSUD Bahteramas</p>

		Provinsi Sultra.
6.	Produk Layanan	Pelayanan endoskopi
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke ruang pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email : admin@rsud-bahteramas.go.id ; humasbahteramas@gmail.com 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone : <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan 2. Mediasi 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi 4. Sanksi <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. (dua) 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis. <p>E. Unit organisasi di rumah sakit yang mengampu</p>

		penanganan aduan, saran dan masukan adalah unit structural sesuai dengan jenis aduan, saran dan masukannya.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat endoscopy set 2. Kursi tunggu pasien 3. Televisi 4. Tempat tidur 5. Tensi air raksa 6. Kursi roda 7. Meja makan 8. Kasur 9. Lemari pasien <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Staf 3. Ruang dokter 4. Ruang diskusi 5. Ruang pensterilan alat 6. Ruang fibroscan 7. Ruang pemeriksaan pasien
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki pengetahuan tentang endoskopi dan memiliki sertifikat; 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung saat pelayanan dan rapat evaluasi (morning report), serta rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir pelayanan medis melalui kepala bidang pelayanan

		<p>medis atau bersama-sama memantau pelayanan;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kepala unit endoskopi; 4. Komite medik; 5. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit (SPI).
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter subspesialis penyakit dalam (KGEH) 2 orang 2. Dokter anastesi 6 orang 3. Perawat endoskopi 3 orang 4. Admin 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas pelayanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.</p>
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dilengkapi dengan alat medis canggih; 2. Pemeliharaan alat medis 3. Kalibrasi alat medis secara rutin; 4. Keamanan pelayanan dijamin sesuai dengan jadwal Tindakan; 5. Akses pelayanan ke ruang endoskopi mudah dijangkau
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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 di unit;


Direktur,
RSU Bahteramas
dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

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

17. STANDAR PELAYANAN REHABILITASI MEDIK (FISIOTERAPI)

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 Republik Indonesia No 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 378/Menkes/SKV/2008 Tentang Standar Pelayanan Rehabilitasi Medik 7. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar

		<p>Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>8. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tentang perubahan kedua atas Pergub Nomor 4 tahun 2023 tentang pola tarif Pelayanan pada RSUD Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>9. SK Direktur RSUD Bahteramas No : 267 Tahun 2023, Tentang Penetapan Standar Pelayanan di RSUD Bahteramas, Tanggal 25 Januari 2023.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Pasien 2. Surat Rujukan (Jika Ada) <p>B. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengantar Rujukan 2. Foto Copy SEP <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat Rujukan (Inhealth) 2. Surat Keterangan Penjaminan yang di Acc oleh Petugas Kerjasama). 3. Kartu kepesertaan (bagi peserta BPJS Ketenagakerjaan/Mandiri Inhealth)
3.	Prosedur	<p>A. Pasien Baru/lama</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah melakukan pendaftaran pasien diloket pendaftaran Fisioterapi 2. Setelah dilakukan pendaftaran pasien dipanggil oleh fisiotepis sesuai urutan yang ad di SIM RS atau sesuai dengan kartu pasien yang masuk di poliklinik 3. Pasien menunggu untuk di panggil sesuai urutan antrian 4. Petugas Polilknik membuat rincian pembayaran untuk pasien umum. 5. Pasien menuju kasir rawat jalan menyerahkan rincian pembayaran agar

		<p>diverifikasi kemudian dibuatkan slip pembayaran</p> <p>6. Bukti pembayaran diserahkan kepada petugas poliklinik</p> <p>7. Fisioterapis melakukan pemeriksaan (anamnase dan pemeriksaan tanda-tanda vital)</p> <p>8. Fisioterapis melakukan intervensi sesuai diagnosa</p> <p>9. Petugas menginput data hasil pemeriksaan kedalam SIM - Rs</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>1. Pemeriksaan elektif</p> <p>Senin-Sabtu: 08.00- 14.00 Wita</p>
5.	Biaya/Tarif	<p>A. Pasien Umum</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p> <p>B. Pasien BPJS</p> <p>Tarif INA-CBGS berdasarkan Permenkes Nomor 59 tentang standar tarif JKN INA-CBGS.</p> <p>C. Pasien Asuransi Lainnya</p> <p>Sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 3 Tahun 2023 tentang Perubahan kedua atas Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 4 tahun 2016 tentang Pola Tarif Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
6.	Produk Layanan	<p>1. Alat elektroterapi, Short Wave Diathermy (SWD), Micro Wave Diathermy (MWD), Infra Red Rays (IRR), Ultra Sound Theraphy (US),</p>

		<p>Interverensi (TENS), Vacum Theraphy dan Elektrical Traction Unit.</p> <p>2. Ruang Fisioterapi aktif dan ruang hidroterapi.</p>
7.	<p>Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan</p>	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi Kotak Saran 3. Email : admin@rsudbahteramas.go.id; / humasbahteramas@gmail.com 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone: <ul style="list-style-type: none"> - Heni Kuswati: 0852 1618 6802 - Dwianasari : 0852 8718 7121 <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi; <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saram dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas; 3. 2 (dua) orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.

8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	A. Sarana <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tunggu Pasien 2. Rostur 3. Map pasien untuk antrian 4. Alat tulis 5. Kartu pasien (pasien jaminan) B. Prasarana <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet 2. Ruang Tunggu 3. Ruang Pemeriksaan
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memiliki Surat Izin Praktek (SIP) yang masih berlaku 2. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 3. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 4. Memiliki keahlian tentang pemeriksaan di Rehabilitasi medik 5. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 6. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 7. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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 Penunjang bersama-sama memantau pelayanan; 3. Kepala seksi bagian penunjang pelayanan memantau pelaksanaan pelayanan instalasi radiologi
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik : 1 Orang 2. Fisioterapi : 12 Orang

		3. Admin : 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 ramah, cepat, terampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan menggunakan nomor antrian pasien 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, sesuai dengan nomor antrian pasien
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 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,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmudin, Sp.B
Pembina Utama Muda, Gol. IV/c
NIP. 19650510 199703 1 008

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

18. STANDAR PELAYANAN DIKLAT

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3821); 2. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431); 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038); 4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063); 5. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072); 6. Undang-Undang Penelitian dan Pengembangan NO.18 tahun 2012; 7. Undang-Undang Republik Indonesia nomor 43 Tahun 2007 tentang Perpustakaan; 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit; 9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10

		<p>Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Sulawesi Tenggara;</p> <p>10. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 267/2023 Tanggal 25 Januari 2023, Tentang Penetapan Jenis Pelayanan Publik di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.</p>
2.	Persyaratan Pelayanan	<p>A. Diklat Internal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelatihan Reeducasi Bagi Staf RS <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Surat ke unit/instalasi/bagian 1.2. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya. 1.3. SK Panitia Pelaksana 1.4. Pemanggilan peserta 1.5. Pelaksanaan 1.6. Dokumentasi 1.7. Penyerahan sertifikat kegiatan 1.8. Penyusunan Laporan 2. IHT <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Surat ke unit/instalasi/bagian 2.2. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya. 2.3. SK Panitia Kegiatan 2.4. Pemanggilan peserta 2.5. Pelaksanaan 2.6. Penyerahan sertifikat 2.7. Dokumentasi 2.8. Penyusunan laporan 3. Focus Group Discussion (FGD) <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya.

		<ul style="list-style-type: none"> 3.2. SK Tim FGD 3.3. Bersurat/mengundang stakeholder, tokoh masyarakat, LSM, wartawan, pasien lama yang sering berkunjung ke RS (sampling), dll 3.4. Pelaksanaan 3.5. Dokumentasi 3.6. Penyusunan Laporan 4. Workshop <ul style="list-style-type: none"> 4.1. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya. 4.2. SK Tim 4.3. Bersurat permintaan narasumber 4.4. Bersurat/mengundang peserta workshop 4.5. Pelaksanaan 4.6. Dokumentasi 4.7. Penyusunan Laporan 5. Bimbingan Teknik <ul style="list-style-type: none"> 5.1. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya. 5.2. SK Tim 5.3. Bersurat permintaan narasumber 5.4. Bersurat/mengundang peserta 5.5. Pelaksanaan 5.6. Dokumentasi 5.7. Penyusunan Laporan 6. Seminar <ul style="list-style-type: none"> 6.1. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya. 6.2. SK Tim 6.3. Bersurat permintaan narasumber 6.4. Bersurat/mengundang peserta
--	--	---

		<p>6.5. Pelaksanaan</p> <p>6.6. Dokumentasi</p> <p>6.7. Penyusunan Laporan</p> <p>B. Diklat Eksternal</p> <p>1. Pelatihan Diklat Eksternal Bagi Staf Rumah Sakit</p> <p>1.1. Surat/undangan/announcement/brosur kegiatan</p> <p>1.2. Lembar desposisi TU</p> <p>1.3. Paraf/persetujuan dari atasan</p> <p>1.4. Lembar perincian anggaran</p> <p>1.5. Lembar Surat Tugas</p> <p>1.6. Lembar SPPD</p> <p>C. Sosialisasi dan Orientasi</p> <p>1. Kegiatan Sosialisasi dan Orientasi Peserta Didik</p> <p>1.1. Dilakukan pasca pelatihan dasar terintegrasi</p> <p>1.2. Pendamping/Pemandu</p> <p>1.3. Mahasiswa</p> <p>1.4. Seluruh unit lingkup RS</p> <p>2. Kegiatan Sosialisasi dan Orientasi Pegawai Baru</p> <p>2.1. Surat dari Kabag SDM tentang peserta orientasi</p> <p>2.2. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya.</p> <p>2.3. SK Tim</p> <p>2.4. Permintaan narasumber</p> <p>2.5. Pelaksanaan</p> <p>2.6. Dokumentasi</p> <p>2.7. Penyusunan Laporan</p> <p>D. Praktek Peserta Didik</p> <p>1. Pelatihan Dasar Terintegrasi Peserta Didik</p> <p>1.1. Menerima surat permintaan pelatihan dasar dari institusi</p> <p>1.2. Membalas surat berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku</p> <p>1.3. Komunikasi penetapan jadwal</p> <p>1.4. Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar</p>
--	--	--

		<p>belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5. SK Tim 1.6. Permintaan Narasumber 1.7. Pelaksanaan 1.8. Dokumentasi 1.9. Penyusunan Laporan <ol style="list-style-type: none"> 2. PKL/PBL/PKK/KDK <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Ada MoU dengan pihak institusi 2.2. Menerima surat permintaan PKL/PBL/PKK/KDK 2.3. Membalas surat 2.4. Menghubungi CI atau unit terkait 2.5. Kontrak program 2.6. Penetapan jadwal praktek 2.7. Penyerahan dan Penerimaan mahasiswa 2.8. Dokumentasi <p>E. Pengembangan SDM Dari Instansi Luar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bimbingan Teknis <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Menerima surat dari instansi luar 1.2. Lembar desposisi TU 1.3. Membalas surat berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku 1.4. Menjalin komunikasi langsung maupun tidak langsung 1.5. Penetapan jadwal bimbingan 1.6. Menghubungi narasumber/pembimbing 1.7. Menerima peserta bimbingan 1.8. Melaksanakan bimbingan 1.9. Menyelesaikan kewajiban bayar 1.10. Dokumentasi 2. Studi Banding Instansi <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Menerima surat dari instansi luar 2.2. Lembar desposisi TU 2.3. Membalas surat berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku 2.4. Menjalin komunikasi langsung maupun tidak
--	--	--

		<p>langsung</p> <p>2.5. Penetapan jadwal bimbingan</p> <p>2.6. Menghubungi narasumber/pembimbing</p> <p>2.7. Menerima peserta studi banding</p> <p>2.8. Melaksanakan kegiatan</p> <p>2.9. Menyelesaikan kewajiban bayar</p> <p>2.10. Dokumentasi</p> <p>3. Magang</p> <p>3.1. Menerima surat dari instansi luar</p> <p>3.2. Lembar desposisi TU</p> <p>3.3. Membalas surat berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku</p> <p>3.4. Menjalin komunikasi langsung maupun tidak langsung</p> <p>3.5. Penetapan jadwal bimbingan</p> <p>3.6. Menghubungi narasumber/pembimbing</p> <p>3.7. Menerima peserta magang</p> <p>3.8. Melaksanakan kegiatan</p> <p>3.9. Menyelesaikan kewajiban bayar</p> <p>3.10. Dokumentasi</p> <p>4. Praktek Klinik Instansi</p> <p>4.1. Menerima surat dari instansi luar</p> <p>4.2. Lembar desposisi TU</p> <p>4.3. Membalas surat berdasarkan syarat dan ketentuan yang berlaku</p> <p>4.4. Menjalin komunikasi langsung maupun tidak langsung</p> <p>4.5. Penetapan jadwal magang</p> <p>4.6. Menghubungi narasumber/pembimbing</p> <p>4.7. Menerima peserta magang</p> <p>4.8. Melaksanakan kegiatan</p> <p>4.9. Menyelesaikan kewajiban bayar</p> <p>4.10. Dokumentasi</p>
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Diklat Internal</p> <p>1. Pelatihan Reeducasi Bagi Staf RS</p> <p>1.1. Seksi Diklat bersurat ke masing-masing unit/bagian/instalasi lingkup rumah sakit bahwa akan dilakukan pelatihan</p>

		<p>redukasi;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.2. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSU Bahteramas; 1.3. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia Pelaksana kegiatan; 1.4. Bila diperlukan nara sumber dari luar, maka diklat membuat surat permintaan kesediaan nara sumber sesuai kompetensi pelatihan yang akan dilaksanakan; 1.5. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan; 1.6. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi; 1.7. Panitia menerima daftar nama peserta; 1.8. Menghubungi penanggungjawab aula; 1.9. Pelaksanaan kegiatan; 1.10. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung; 1.11. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat. <ol style="list-style-type: none"> 2. IHT <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Seksi Diklat bersurat ke masing-masing unit/bagian/instalasi lingkup rumah sakit
--	--	--

		<p>bahwa akan dilakukan pelatihan reedukasi;</p> <p>2.2. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSU Bahteramas;</p> <p>2.3. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia;</p> <p>2.4. Pelaksana kegiatan, dengan menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>2.5. Bila diperlukan nara sumber dari luar, maka diklat membuat surat permintaan kesediaan nara sumber sesuai kompetensi pelatihan yang akan dilaksanakan;</p> <p>2.6. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan;</p> <p>2.7. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi;</p> <p>2.8. Panitia menerima daftar nama peserta;</p> <p>2.9. Menghubungi penanggungjawab aula;</p> <p>2.10. Pelaksanaan kegiatan, Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>2.11. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung;</p> <p>2.12. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan</p>
--	--	---

		<p>kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat.</p> <p>3. Focus Group Discussion (FGD)</p> <p>3.1. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSU Bahteramas;</p> <p>3.2. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia Pelaksana kegiatan;</p> <p>3.3. Bersurat/mengundang stakeholder, tokoh masyarakat, LSM, wartawan, pasien lama yang sering berkunjung ke RS (sampling), dll Menghubungi penanggungjawab aula;</p> <p>3.4. Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>3.5. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung;</p> <p>3.6. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat.</p> <p>4. Workshop</p> <p>4.1. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya</p>
--	--	--

		<p>disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Bahteramas;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.2. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia Pelaksana kegiatan 4.3. Menghubungi penanggungjawab aula; 4.4. Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta; 4.5. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung; 4.6. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat. <p>5. Bimbingan Teknik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Bahteramas; 5.2. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia; 5.3. Pelaksana kegiatan, dengan menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta; 5.4. Bila diperlukan nara sumber dari luar, maka diklat membuat surat permintaan kesediaan nara sumber sesuai kompetensi bimbingan yang akan dilaksanakan; 5.5. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat
--	--	--

		<p>jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan;</p> <p>5.6. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi;</p> <p>5.7. Panitia menerima daftar nama peserta;</p> <p>5.8. Menghubungi penanggungjawab aula;</p> <p>5.9. Pelaksanaan kegiatan, Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>5.10. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung;</p> <p>5.11. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat.</p> <p>6. Seminar</p> <p>6.1. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Bahteramas;</p> <p>6.2. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia;</p> <p>6.3. Pelaksana kegiatan, dengan menyiapkan materi seminar dari nara sumber, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>6.4. Bila diperlukan nara sumber dari luar, maka diklat membuat surat permintaan kesediaan nara sumber sesuai topik seminar yang</p>
--	--	---

		<p>akan dilaksanakan;</p> <p>6.5. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan;</p> <p>6.6. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi, dan boleh mengundang dari luar rumah sakit;</p> <p>6.7. Panitia menerima daftar nama peserta;</p> <p>6.8. Menghubungi penanggungjawab aula;</p> <p>6.9. Pelaksanaan kegiatan, Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>6.10. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung;</p> <p>6.11. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat.</p> <p>B. Diklat Eksternal</p> <p>1. Dengan Bantuan Biaya</p> <p>1.1. Pegawai RSUD Bahteramas mengajukan permohonan kepada pimpinan untuk mengikuti pelatihan//seminar/workshop, dll di luar rumah sakit, melalui Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha; atau</p> <p>1.2. Pegawai tersebut mendapat undangan atau announcement tentang pengembangan kompetensi/keahlian di tempat kerjanya;</p> <p>1.3. Permohonanan tersebut dicatat dan diberi lembar disposisi untuk mendapatkan persetujuan pimpinan;</p> <p>1.4. Ada kajian dari atasan langsung di</p>
--	--	--

		<p>unit/instalasi/bagian dan disetujui;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.5. Ada lembar desposisi disetujui atau ditindaklanjuti dan ditujukan Ke Kabid Diklat dan Litbang; 1.6. Seksi Diklat membuat surat usulan persetujuan kegiatan mendapatkan bantuan biaya pelatihan/seminar/workshop, dll sesuai dengan ketentuan yang berlaku; 1.7. Dengan persetujuan pimpinan, subag Administrasi dan Tata Usaha membuat Surat Tugas dan Surat Perintah Perjalanan Dinas (SPPD) kepada pegawai yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya; 1.8. Setelah melaksanakan kegiatan pegawai yang bersangkutan membuat laporan kegiatan sekaligus sebagai laporan pertanggung jawaban kepada pimpinan melalui Bendaharan Rutin RSUD Bahteramas. <p>2. Tanpa Bantuan Biaya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Pegawai RSUD Bahteramas mengajukan permohonan kepada pimpinan untuk mengikuti pelatihan /seminar/workshop, dll di luar rumah sakit melalui sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha; 2.2. Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat lembar disposisi kepada pimpinan; 2.3. Ada persetujuan/izin pimpinan; 2.4. Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat surat tugas kepada yang bersangkutan untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya. <p>C. Sosialisasi dan Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi dan Orientasi Peserta Didik <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan
--	--	---

		<p>Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Bahteramas;</p> <p>1.2. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia;</p> <p>1.3. Melakukan kegiatan sosialisasi dan orientasi ini, dengan menggabungkan pada kegiatan Diklat Dasar Terintegrasi.</p> <p>1.4. Peserta didik dibagi dalam beberapa kelompok, didampingi oleh panitia kediklatan dasar untuk melakukan sosialisasi ke seluruh unit/bagian lingkup rumah sakit manajemen maupun pelayanan;</p> <p>2. Sosialisasi dan Orientasi Pegawai Baru</p> <p>2.1. Seksi Diklat menerima surat pengantar nama-nama pegawai yang akan melakukan sosialisasi dan orientasi dari Bagian SDM Rumah Sakit;</p> <p>2.2. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSUD Bahteramas;</p> <p>2.3. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia dengan melibatkan bagian SDM ;</p> <p>2.4. Pelaksana kegiatan, dengan menyiapkan materi seminar dari nara sumber, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar</p>
--	--	--

		<p>hadir peserta;</p> <p>2.5. Bila diperlukan nara sumber dari luar, maka diklat membuat surat permintaan kesediaan nara sumber sesuai topik seminar yang akan dilaksanakan;</p> <p>2.6. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan;</p> <p>2.7. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi;</p> <p>2.8. Menghubungi penanggungjawab aula;</p> <p>2.9. Pelaksanaan kegiatan, Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta;</p> <p>2.10. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung;</p> <p>2.11. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat.</p> <p>D. Praktek Peserta Didik</p> <p>1. Pelatihan Dasar Terintegrasi Peserta Didik</p> <p>1.1. Surat permohonan dari institusi lengkap dengan jumlah calon peserta diklat kepada pimpinan rumah sakit melalui sub bagian Administrasi dan Tata Usaha; Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat lembar disposisi kepada pimpinan;</p> <p>1.2. Setelah ada persetujuan/izin pimpinan surat tersebut disposisi ke Wadir Perencanaan dan Diklat, kemudian didisposisi ke Bidang Diklat dan Litbang;</p> <p>1.3. Bidang Diklat dan Litbang</p>
--	--	--

		<p>melanjutkan/mengarahkan ke Seksi Diklat untuk ditindak lanjuti sesuai dengan prosedur;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.4. Seksi Diklat melaksanakan melalui staf untuk membalas surat tersebut; 1.5. Seksi Diklat membuat Kerangka Acuan Kegiatan berisikan latar belakang, tujuan umum dan khusus, metodologi, lokasi, jadwal, pelaksanaan, personal dan biaya, yang ditandatangani oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang, untuk rincian biaya disetujui dan ditandatangani oleh Direktur RSU Bahteramas; 1.6. Setelah ada persetujuan pimpinan, Seksi Diklat membuat Surat Keputusan (SK) Penetapan Panitia; 1.7. Setelah ada jawaban/balasan persetujuan dari nara sumber, diklat/panitia membuat jadwal pelatihan yang disetujui oleh pimpinan; 1.8. Panitia membuat surat Permintaan calon peserta masing-masing perwakilan dari unit/bagian/instalasi; 1.9. Panitia menerima daftar nama peserta; 1.10. Menghubungi penanggungjawab aula; 1.11. Pelaksanaan kegiatan, Pelaksanaan kegiatan, menyiapkan materi, daftar hadir narasumber, daftar panitia, daftar hadir peserta; 1.12. Menyiapkan dokumentasi selama proses kegiatan berlangsung; 1.13. Setelah pelaksanaan kegiatan selesai Panitia membuat laporan pelaksanaan kegiatan sebanyak 3 rangkap kepada pimpinan/ bendahara/PPTK sebagai laporan pertanggung jawaban dan arsip di Seksi Diklat. <p>2. PKL/PBL/PKK/KDK</p>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> 2.1. Surat permohonan dari institusi lengkap dengan jumlah calon peserta diklat kepada pimpinan rumah sakit melalui sub bagian Administrasi dan Tata Usaha; 2.2. Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat lembar disposisi kepada pimpinan; 2.3. Setelah ada persetujuan/izin pimpinan surat tersebut disposisi ke Wadir Perencanaan dan Diklat, kemudian didisposisi ke Bidang Diklat dan Litbang; 2.4. Bidang Diklat dan Litbang melanjutkan/mengarahkan ke Seksi Diklat untuk ditindak lanjuti sesuai dengan prosedur; 2.5. Seksi Diklat melaksanakan melalui staf untuk membalas surat tersebut; 2.6. Setelah institusi yang bersangkutan setuju, bagian diklat melakukan kontak program untuk penyamaan persepsi dan membuat kesepakatan-kesepakatan antara institusi dengan pihak rumah sakit (Clinical Instruktur/CI dan atau Preseptor Klinik) sesuai dengan kompetensi praktik klinik yang akan dilaksanakan; 2.7. Penerimaan dan orientasi peserta praktik klinik yang dihadiri oleh masing-masing pimpinan baik dari pimpinan dari institusi maupaun pimpinan rumah sakit yang dihadiri staf diklat dan perwakilan clinical instruktur ruangan yan akan ditempati praktik klinik; 2.8. Setelah penerimaan, diklat akan melakukan orientasi dengan mensosialisasikan Visi dan Misi Rumah sakit, dan melakukan orientasi lapangan dengan tujuan memperkenalkan ruangan atau tempat-tempat pelayanan yang ada di rumah sakit.
--	--	--

		<p>E. Pengembangan SDM dari Instansi Luar</p> <p>1. Bimbingan Teknis</p> <p>1.1. Surat permohonan dari instansi lengkap dengan jumlah calon peserta diklat, maksud dan tempat tujuan bimbingan kepada pimpinan rumah sakit melalui sub bagian Administrasi dan Tata Usaha;</p> <p>1.2. Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat lembar disposisi kepada pimpinan;</p> <p>1.3. Setelah ada persetujuan/izin pimpinan surat tersebut disposisi ke Wadir Perencanaan dan Diklat, kemudian didisposisi ke Bidang Diklat dan Litbang;</p> <p>1.4. Bidang Diklat dan Litbang melanjutkan/mengarahkan ke Seksi Diklat untuk ditindak lanjuti sesuai dengan prosedur;</p> <p>1.5. Seksi Diklat melaksanakan melalui staf untuk membalas surat tersebut sesuai syarat dan ketentuan yang berlaku;</p> <p>1.6. Menetapkan jadwal bimbingan;</p> <p>1.7. Bersurat ke unit/bagian yang akan dituju;</p> <p>1.8. Membuat undangan penerimaan peserta bimbingan kepada pejabat struktural yang terlibat, unit/bagian yang dituju;</p> <p>1.9. Menerima bukti pembayaran berdasarkan tarif rumah sakit;</p> <p>1.10. Menerima peserta bimbingan</p> <p>1.11. Menyertakan dokumentasi berupa daftar hadir, notulen, foto, dll;</p> <p>1.12. Menyerahkan atau mengarahkan peserta kepada unit yang dituju sampai waktu yang telah ditetapkan.</p> <p>2. Studi Banding Instansi</p> <p>2.1. Surat permohonan dari instansi lengkap dengan jumlah calon peserta diklat, maksud</p>
--	--	--

		<p>dan tempat tujuan bimbingan kepada pimpinan rumah sakit melalui sub bagian Administrasi dan Tata Usaha;</p> <p>2.2. Sub Bagian Administrasi dan Tata Usaha membuat lembar disposisi kepada pimpinan;</p> <p>2.3. Setelah ada persetujuan/izin pimpinan surat tersebut disposisi ke Wadir Perencanaan dan Diklat, kemudian didisposisi ke Bidang Diklat dan Litbang;</p> <p>2.4. Bidang Diklat dan Litbang melanjutkan/mengarahkan ke Seksi Diklat untuk ditindak lanjuti sesuai dengan prosedur;</p> <p>2.5. Seksi Diklat melaksanakan melalui staf untuk membalas surat tersebut sesuai syarat dan ketentuan yang berlaku;</p> <p>2.6. Menetapkan jadwal studi banding;</p> <p>2.7. Bersurat ke unit/bagian yang akan dituju;</p> <p>2.8. Membuat undangan penerimaan peserta bimbingan kepada pejabat struktural yang terlibat, unit/bagian yang dituju;</p> <p>2.9. Menerima bukti pembayaran berdasarkan tarif rumah sakit;</p> <p>2.10. Menerima peserta studi banding;</p> <p>2.11. Menyertakan dokumentasi berupa daftar hadir, notulen, foto, dll;</p> <p>3. Magang dan Praktek Klinik Instansi : mekanisme dan prosedur pelayanannya sama.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Diklat Internal 1 – 3 hari</p> <p>B. Diklat External 1 – 3 bulan (sesuai jadwal kegiatan)</p> <p>C. Sosialisasi dan Orientasi 1 – 3 hari</p> <p>D. Program Praktek Peserta Didik 3 hari</p>

		E. Pengembangan SDM dari Instansi Luar 2 hari - 1 bulan
5.	Biaya/Tarif	Disesuaikan ketentuan yang berlaku yakni sesuai Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun 2023 tanggal 9 Januari 2023 tentang Perubahan Kedua 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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosialisasi dan Orientasi Peserta Didik; 2. Pelatihan Dasar Terintegrasi Peserta Didik; 3. PKL/PBL/PKK/KDK; 4. Bimbingan Teknik Luar Instansi; 5. Studi Banding Luar Instansi; 6. Magang Luar Instansi; 7. Praktek Klinik Instansi.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com; 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi.

		<p>C. SDM Yang Mampu Tugas Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tamu; 2. Televisi; 3. CCTV; 4. Alat Tulis; 5. Komputer set; 6. Ruangan tempat praktik; 7. Buku-buku perpustakaan. <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Tamu; 3. Lahan Parkir roda 2 dan roda 4; 4. Masjid.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki pengetahuan tentang persyaratan pendaftaran; 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer; 7. Memahami penggunaan aplikasi dibagian loket pendaftaran.

10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 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 Diklat mengkoordinir pelaksanaan kegiatan diklat dan Litbang; 3. Keterlibatan langsung oleh masing-masing Kepala Seksi yang dikoordinir oleh kepala Bagian Diklat dan Litbang.
11.	Jumlah Pelaksana	1. Diklat : 4 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keamanan layanan dijamin dengan tetap mendahulukan pelayanan sesuai dengan daftar nomor permohonan. 2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar, 3. Selama praktik klinik didampingi oleh <i>clinical instractur</i> (CI) masing-masing ruangan.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kinerja dilakukan sekali dalam 1 (satu) tahun; 2. Lembar kerja setiap evaluasi pelaksanaan kegiatan dilakukan sekali sebulan; 3. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit; 4. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala.

**Direktur,
RSU Bahteramas**



**dr. H. Hasnudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

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

19. STANDAR PELAYANAN LITBANG DAN PERPUSTAKAAN

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. Undang-undang Penelitian dan Pengembangan No. 18 Tahun 2012; 6. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2007 tentang Perpustakaan; 7. Peraturan Menteri Kesehatan No.12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit; 8. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1128/ 2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit; 9. Peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 10 Tahun 2010 tentang Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit Umum Daerah 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	<p>A. Pengambilan Data Awal, Penelitian , Setelah Meneliti, Kelayakan Etik dan Lomba Inovasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat permohonan dari institusi; 2. Tanda Pengenal /ID Card; 3. Surat pengantar ke ruangan/unit yang dituju; 4. Surat keterangan dari kepala ruangan / tempat penelitian. 5. Surat Keterangan Layak Etik dari Ketua Komite Etik Penelitian. 6. Proposal Lomba Inovasi. <p>B. Perpustakaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengisi buku tamu; 2. Mengisi buku peminjaman
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. Pengambilan Data Awal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat yang masuk dari mahasiswa diproses di Tata Usaha (TU); 2. Menerima surat masuk dari tata usaha yang telah didisposisi; 3. Membuat surat pengantar untuk dibawa ke ruangan rekam Medik sebagai pusat data atau ruangan lain sesuai dengan kebutuhan peneliti; 4. Setiap mahasiswa akan diberi tanda pengenal sebagai identitas peneliti. <p>B. Penelitian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Surat yang masuk dari mahasiswa diproses di Tata Usaha (TU); 2. Menerima surat masuk dari tata usaha yang telah didisposisi; 3. Membuat surat pengantar untuk dibawa ketempat tujuan penelitian dengan syarat setiap mahasiswa membawa proposal penelitian; 4. Sebelum melakukan penelitian khususnya

		<p>yang menggunakan dokumen Rekam Medik diharuskan membuat surat pernyataan bermaterai untuk menjaga kerahasiaan dokumen Rekam Medik;</p> <p>5. Setelah mahasiswa melakukan penelitian akan dibuatkan surat pernyataan telah melakukan penelitian untuk diserahkan ke Institusi dengan syarat melampirkan surat pengantar penelitian dan pernyataan dari tiap ruangan, tempat penelitian yang ditandatangani kepala ruangan/pejabat tempat penelitian.</p> <p>C. Telah Meneliti</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mahasiswa/Peneliti melapor ke Seksi Litbang dan Perpustakaan bahwa telah melakukan penelitian; 2. Seksi Litbang dan Perpustakaan memberikan lembaran surat keterangan telah meneliti kepada Mahasiswa/Peneliti untuk dibawa ke Unit/Ruangan tempat melakukan penelitian yang akan ditanda tangani oleh Kepala Unit/Ruangan Terkait; 3. Mahasiswa/Peneliti membawa kembali surat keterangan telah meneliti dari Unit/Ruangan tempat meneliti yang telah ditanda tangani oleh Kepala Unit/Ruangan; 4. Seksi Litbang dan Perpustakaan membuat surat keterangan telah meneliti yang akan ditanda tangan oleh Direktur. <p>D. Kelayakan Etik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peneliti membawa surat dari Balitbang Provinsi yang ditujukan kepada Direktur RSU Bahteramas melalui Sub Bagian Tata usaha RSU Bahteramas; 2. Mahasiswa/Peneliti melapor ke Seksi Litbang dan Perpustakaan bahwa akan melakukan
--	--	---

		<p>penelitian;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Surat didisposisi secara berjenjang kepada Wakil Direktur Perencanaan dan Diklat, Kepala Bidang Diklat dan Litbang serta Kepala Seksi Litbang dan Perpustakaan; 4. Mahasiswa/Peneliti menyerahkan fotocopy proposal penelitian yang sudah ditanda tangani oleh pembimbing dan Ketua Prodi bagi D3, S1/DIV, S2, sedangkan bagi mahasiswa S3 menyerahkan proposal yang sudah ditanda tangani oleh tim Promotor dan Ketua Prodi kepada Seksi Litbang dan Perpustakaan; 5. Mahasiswa/Peneliti mengisi Lembaran isian pertama dan lembar isian kedua terkait dengan proposal penelitian dan ditanda tangani oleh pembimbing penelitian; 6. Seksi Litbang dan Perpustakaan melakukan koordinasi dengan tim etik penelitian RSU Bahteramas untuk dilakukan penilaian kelayakan etik penelitian terhadap proposal penelitian yang diajukan oleh peneliti; 7. Membuat surat pengantar ke Unit pelaksanaan penelitian dan jika hasil penilaian Tim Etik Penelitian dinyatakan tidak layak, maka dilakukan perbaikan sesuai kaidah penelitian; 8. Tim Etik Penelitian menyampaikan hasil telaah penelitian kepada Seksi Litbang dan Perpustakaan; 9. Jika hasil penilaian Tim Etik Penelitian dinyatakan layak, selanjutnya Seksi Litbang dan Perpustakaan membuat Surat Izin Penelitian ke Unit pelaksanaan penelitian; <p>E. Lomba Inovasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Sosialisasi di Lingkup RSU Bahteramas terkait adanya Lomba Inovasi; 2. Memberikan penjelasan tentang ketentuan
--	--	---

		<p>Lomba Inovasi Lingkup RSUD Bahteramas;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Seksi Litbang dan Perpustakaan mengumpulkan Proposal yang masuk dari peserta yang ingin berpartisipasi pada Lomba Inovasi; 4. Melakukan penilaian untuk mengidentifikasi proposal yang memiliki peluang program inovasi; 5. Mengumumkan hasil penilaian Lomba Inovasi; 6. Membuat Rencana Tindak Lanjut Terhadap Proposal yang terpilih menjadi Program Inovasi di RSUD Bahteramas. <p>F. Perpustakaan.</p> <p>Peminjaman Buku Perpustakaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengunjung perpustakaan mengisi daftar buku kunjungan; 2. Pengunjung mencari buku yang dipinjam melalui catalog atau langsung ke rak buku; 3. Pengunjung menyerahkan buku yang akan dipinjam ke meja peminjaman; 4. Petugas meminta kartu anggota perpustakaan atau kartu identitas lainnya; 5. Petugas mencatat buku yang harus dikembalikan pada lembar pengembalian; 6. Lama waktu peminjaman adalah 7 s/d 10 hari dan jumlah buku yang dipinjam hanya 3 dan dapat meminjam buku yang lain setelah buku terdahulu dikembalikan; 7. Jika buku/bahan bacaan yang dipinjam rusak atau hilang peminjaman wajib mengganti buku tersebut. <p>Pengembalian Buku Perpustakaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah selesai dipinjam buku dikembalikan kepada petugas perpustakaan; 2. Buku/bahan bacaan yang dipinjam rusak/cacat atau hilang maka peminjam wajib mengganti; 3. Jika buku/bahan bacaan yang dipinjam rusak/cacat atau hilang maka peminjam wajib
--	--	---

		<p>mengganti;</p> <p>4. Jika tidak mengganti maka akan diadakan pemotongan gaji yang bersangkutan untuk pengadaan pengganti tersebut sebesar 200% dari harga buku yang hilang atau cacat tersebut (Khusus Pegawai RSUD) dan bagi mahasiswa umum akan dikenakan denda dan penggantian buku 3 (Tiga) kalilipat harga buku;</p> <p>5. Nota pinjaman dicabut dan petugas perpustakaan mencatat tanggal pengembalian buku pada buku catatan pengunjung;</p> <p>6. Menyimpan kembali buku yang telah dipinjam dilemari/rak buku perpustakaan untuk digunakan kembali.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<p>A. Pengambilan Data Awal</p> <p>1. Pembuatan surat sampai dengan ditandatangani kabid Diklat : ± 5 menit</p> <p>2. Jangka waktu pengambilan data yang diberikan adalah paling lama 1 minggu</p> <p>B. Penelitian</p> <p>1. Pembuatan surat sampai dengan ditandatangani Wadir Diklat dan Perencanaan : ± 10 menit</p> <p>2. Jangka waktu penelitian yang diberikan adalah paling lama 1 bulan</p> <p>C. Etik Penelitian</p> <p>1. Pembuatan surat sampai dengan ditandatangani Ketua Komite Etik Penelitian RSUD Bahteramas : ± 3 hari</p> <p>D. Setelah Meneliti</p> <p>1. Pembuatan surat sampai dengan ditandatangani Wadir Perencanaan dan Diklat RSUD Bahteramas : ± 3 hari.</p> <p>E. Perpustakaan</p> <p>1. Buku Kunjungan diisi bagi yang datang membaca dan meminjam</p> <p>2. Peminjaman Buku diberikan waktu peminjaman</p>

		<p>selama 3 hari</p> <p>F. Lomba Inovasi</p> <p>dilakukan lomba setiap tahun, pengumpulan proposal inovasi 3 bln sampai dilakukan penilaian</p>
5.	Biaya/Tarif	Disesuaikan ketentuan yang berlaku yakni sesuai peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor 3 Tahun tanggal 9 Januari 2023 tentang Perubahan kedua atas peraturan Gubernur Sulawesi Tenggara Nomor : 4 Tahun 2016 Tentang pola Tarif Pelayanan pada Rumah sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
6.	Produk Layanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengambilan Data Awal; 2. Etik Penelitian; 3. Penelitian; 4. Perpustakaan; 5. Lomba inovasi.
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, Saran Dan Masukan Dapat Dilakukan Dengan Prosedur:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke unit pengaduan; 2. Mengisi kotak saran; 3. Email: admin@rsud-bahteramas.go.id/ humasbahteramas@gmail.com 4. Website: www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Website: www.lapor.go.id; 6. Melalui Telepon Rumah Sakit: (0401)3195611; 7. Melalui <i>Handphone</i>: 085216186802 an. Heni Kuswati, S. Kep 085287187121 an. Dwi Anasari, SH <p>B. Tindak Lanjut Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi aduan; 2. Mediasi; 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi; 4. Sanksi. <p>C. SDM Yang Mengampu Tugas Penanganan</p>

		<p>Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 orang kabag umum; 2. 1 orang kasubag humas; 3. 2 orang bagian layanan teknis pengaduan. <p>D. Sarana Yang Digunakan Dalam Penanganan Aduan, Saran Dan Masukan Adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Unit pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/<i>Handphone</i>; 4. Komputer; 5. Buku dan alat tulis menulis.
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Tamu 2. Alat Tulis 3. Komputer Set 4. Buku-buku perpustakaan 5. Meja Baca 6. CCTV <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet 2. Ruang Tamu 3. Lahan parkir roda 2 dan roda 4 Mesjid
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur 3. Memiliki pengetahuan tentang persyaratan pendaftaran. 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik. 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien. 6. Mampu mengoperasikan computer. 7. Memahami penggunaan aplikasi
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung dan rapat evaluasi (morning report), dan rapat

		<p>sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting;</p> <p>2. Wadir Perencanaan dan Diklat melalui Kepala Bidang Diklat dan Litbang mengkoordinir pelaksanaan kegiatan Diklat dan Litbang.</p> <p>3. Keterlibatan langsung oleh masing-masing kepala seksi yang dikoordinir oleh Kepala Bidang Diklat dan Litbang.</p>
11.	Jumlah Pelaksana	1. Litbang dan Perpustakaan : 3 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>1. Keamanan layanan dijamin dengan tetap mendahulukan pelayanan sesuai dengan daftar nomor permohonan.</p> <p>2. Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan bebas dari pungutan liar.</p>
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>1. Evaluasi dilakukan sekali dalam 1 (satu) tahun.</p> <p>2. Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit.</p> <p>3. Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala</p>

**Direktur,
RSU Bahteramas**



dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008

Lampiran : Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara

Nomor : 267 Tahun 2023

Tanggal : 25 Januari 2023

20. STANDAR PELAYANAN UNIT PENGADUAN

NO.	KOMPONEN	URAIAN
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none">1. Undang-undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 38212. Undang-undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4431);3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembar Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);4. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063);5. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5072);6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit;7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 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 Provinsi Sulawesi Tenggara;9. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Nomor 267/2023 Tanggal 25 Januari 2023, Tentang

		Penetapan Jenis Pelayanan Publik di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara.
2.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan secara lisan maupun tertulis 2. Pengadu membawa identitas resmi
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>1. Pengaduan Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas menerima pasien dengan baik. b. Petugas menanyakan identitas maksud dan tujuan c. Petugas mempersilahkan pasien untuk mengisi form keluhan d. Empati kepada pasien dan keluarga e. Petugas memintamaaf kepada pasien dan atau keluarga atas ketidaknyamanan yang diterima. f. Apabila aduan tersebut merupakan keluhan ringan, saran atau kritikan maka petugas dapat mengklarifikasi atau menyelesaikan keluhan tersebut. g. Jika aduan itu terkait dengan unit kerja tertentu, maka petugas wajib melakukan koordinasi untuk menyelesaikan masalah. h. Jika pasien atau keluarga sudah merasa cukup atas penjelasan dari petugas terkait aduannya maka permasalahan sudah dianggap selesai dan mempersilahkan pasien atau keluarga untuk mengisi form tindak lanjut pengaduan. i. Jika permasalahan yang diadukan sifatnya kompleks dan membutuhkan waktu penyelesaian maximal 3x24 jam maka koordinator unit pengelola pengaduan berkoordinasi dengan tim UPP dan pihak lain yang dianggap perlu dan membuat jadwal pertemuan/pembahasan (jika diperlukan). j. Hasil Dari Koordinasi Dengan Tim UPP Disampaikan Kepada Pasien Dan Keluarganya Dan Telah Disepakati Oleh Kedua Belah Pihak Dan Dibuktikan Dengan berita acara. <p>2. Pengaduan melalui Surat</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Surat yang telah dibaca dan pengaduannya memenuhi Unsur Pengaduan dicatat pada Buku Catatan Aduan Masuk. b. Surat yang telah dibaca dilengkapi dengan lembar disposisi untuk diteruskan pada Unit Pelaksana

		<p>Pengelola Pengaduan</p> <p>c. Apabila aduan tersebut merupakan keluhan ringan saran atau kritikan maka petugas dapat mengklarifikasi atau menyelesaikan keluhan tersebut dengan menghubungi contac person yang terdapat dalam surat tersebut.</p> <p>d. Petugas memintamaaf kepada pelapor / pasien dan atau keluarga atas ketidaknyamanan yang diterima.</p> <p>e. Jika aduan itu terkait dengan unit kerja tertentu, maka petugas wajib melakukan koordinasi untuk menyelesaikan masalah.</p> <p>f. Jika pelapor sudah merasa cukup atas penjelasan dari petugas terkait aduannya maka permasalahan sudah dianggap selesai.</p> <p>g. Jika permasalahan yang diadukan sifatnya kompleks dan membutuhkan waktu penyelesaian maximal 3x24 jam maka koordinator unit pengelola pengaduan berkoordinasi dengan tim UPP dan pihak lain yang dianggap perlu dan membuat jadwal pertemuan/pembahasan (jika diperlukan).</p> <p>h. Hasil Dari Koordinasi Dengan Tim UPP Disampaikan dengan surat tindak lanjut kepada pelapor.</p> <p>3. Pengaduan Lewat Online</p> <p>a. Setiap aduan yang masuk melalui email atau website atau nomor telepon Rumah sakit yang memenuhi unsur pengaduan akan diprint out dan diteruskan ke unit pengaduan.</p> <p>b. Aduan tersebut akan dicatat dalam aplikasi pengaduan layanan</p> <p>c. Apabila aduan tersebut merupakan keluhan ringan, saran atau kritikan, maka petugas dapat mengklarifikasi atau menyelesaikan keluhan tersebut dengan menghubungi akun/email atau no.telp yang digunakan pelapor.</p> <p>d. Jika pelapor sudah merasa cukup atas penjelasan dari petugas terkait aduannya maka permasalahan sudah dianggap selesai.</p> <p>e. Jika permasalahan yang diadukan sifatnya kompleks</p>
--	--	---

		<p>dan membutuhkan waktu penyelesaian maksimal 3x24 jam maka koordinator unit pengelola pengaduan berkoordinasi dengan tim UPP dan pihak lain yang dianggap perlu dan membuat jadwal pertemuan/pembahasan (jika diperlukan).</p> <p>f. Hasil Dari Koordinasi Dengan Tim UPP Disampaikan dengan surat tindak lanjut dikirim kepada akun/email atau nomor telp. yang digunakan pelapor.</p>
4.	Jangka Waktu Penyelesaian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon time saat pengaduan 30 menit; 2. Waktu penyelesaian maksimal 3 hari kerja atau tergantung berat ringannya jenis pengaduan.
5.	Biaya/Tarif	
6.	Produk Layanan	Penanganan Pengaduan Masyarakat
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>A. Aduan, saran dan masukan dapat dilakukan dengan prosedur :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Datang langsung ke ruang pengaduan; 2. Mengisi kotak saran 3. Email : admin@rsud-bahteramas.go.id ; humasbahteramas@gmail.com 4. Website : www.rsud-bahteramas.go.id; 5. Melalui www.lapor.go.id 6. Melalui Telepon Rumah Sakit : (0401) 3195611; 7. Melalui Handphone : <ul style="list-style-type: none"> - 085216186802 An. Heni Kuswati - 085287187121 An. Dwi Anasari <p>B. Tindak lanjut penanganan aduan, saran dan masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Verifikasi Aduan 2. Mediasi 3. Koordinasi dengan unit terkait dan cek lokasi 4. Sanksi <p>C. SDM yang mengampu tugas penanganan aduan, saran dan masukan adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 (satu) orang Kabag Umum; 2. 1 (satu) orang Kasubag Humas;

		3. (dua) 2 orang bagian layanan teknis pengaduan.
		<p>D. Sarana yang digunakan dalam penanganan aduan, saran dan masukan adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pengaduan; 2. Kotak Saran; 3. Telepon/Handphone; 4. Komputer; 5. Buku dan Alat Tulis Menulis. <p>E. Unit organisasi di rumah sakit yang mampu penanganan aduan, saran dan masukan adalah unit structural sesuai dengan jenis aduan, saran dan masukannya.</p>
8.	Sarana dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	<p>A. Sarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kursi Konsultasi; 2. Kertas dan alat tulis menulis; 3. Kipas Angin Ruangan. <p>B. Prasarana</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toilet; 2. Ruang Pengaduan.
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berpenampilan menarik (senyum, salam, sapa, bantu); 2. Menguasai Standar Operasional Prosedur; 3. Memiliki pengetahuan tentang peraturan rumah sakit; 4. Mampu berkomunikasi secara lisan dan tertulis dengan baik; 5. Mampu berkoordinasi dengan unit terkait secara efektif dan efisien; 6. Mampu mengoperasikan komputer.
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Direktur Rumah Sakit melakukan pengawasan secara periodik melalui pemantauan langsung saat pelayanan dan rapat evaluasi (morning report), serta rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting; 2. Wadir Umum dan Keuangan melalui Kepala Bagian Umum, dan Kepala Bagian Humas Rumah Sakit menindaklanjuti keluhan saat pengaduan; 3. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit (SPI).

11.	Jumlah Pelaksana	Pelaksana pada unit pengaduan 2 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 ramah, cepat, trampil, sopan dan santun.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Keamanan layanan dijamin dengan kerahasiaan identitas pengadu; Keselamatan dan kenyamanan dalam pelayanan sangat diutamakan serta bebas dari pungutan liar; Kepastian tanggapan pengaduan diperoleh lebih awal pada saat aduan diterima.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> Evaluasi SKM (Survey Kepuasan Masyarakat) dilaporkan 4 (empat) kali dalam 1 (satu) tahun; Evaluasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Rumah Sakit; Rapat evaluasi yang dilaksanakan secara berkala di unit;



**Direktur,
RSU Bahteramas**

**dr. H. Hasmudin, Sp.B.
Pembina Utama Muda, Gol.IV/c
Nip. 196505101997031008**

