



PEMERINTAH KABUPATEN MUNA BARAT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

. Perkantoran Bumi Praja Laworo, Desa Lombujaya, Kec. Sawerigadi, 93657,
Email : rsudmubar@gmail.com / Website : www.rsud@munabarat.go.id

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNA BARAT
NOMOR : 36.a TAHUN 2022
TENTANG
STANDAR PELAYANAN RSUD KAB. MUNA BARAT

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR RSUD KAB. MUNA BARAT,

- Menimbang : a. Bahwa untuk mewujudkan kepastian tentang hak, tanggung jawab, kewajiban dan kewenangan seluruh pihak terkait dalam penyelenggaraan pelayanan publik di RSUD Kab. Muna Barat dan dalam rangka mewujudkan system penyelenggaraan pelayanan yang baik, terpenuhinya hak-hak masyarakat dalam memperoleh pelayanan publik secara optimal serta mewujudkan partisipasi dan ketaatan masyarakat dalam meningkatkan kualitas pelayanan publik, maka perlu ditetapkan standar pelayanan publik;
- b. Bahwa sehubungan dengan hal tersebut diatas maka perlu ditetapkan dengan Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Muna Barat.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang keterbukaan informasi Publik;
2. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
3. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan;
4. Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit;
5. Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 60 Tahun 2008 tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah (SIPP);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;

8. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/26/M.PAN/2/2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik;
9. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** : **KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNA BARAT TENTANG STANDAR PELAYANAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH MUNA BARAT.**
- Pertama** : Keputusan Direktur RSUD Muna Barat tentang Standar Pelayanan pada RSUD Muna Barat.
- Kedua** : Pembinaan dan pengawasan atas keputusan ini dilaksanakan oleh pihak Manajemen Rumah Sakit.
- Ketiga** : Semua biaya yang ditimbulkan dengan adanya keputusan Direktur RSUD Muna Barat dibebankan kepada RSUD Muna Barat.
- Keempat** : Keputusan ini berlaku selama 3 (tiga) tahun terhitung sejak tanggal ditetapkan, dengan ketentuan bilamana kemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Laworo

Pada Tanggal : 06 Juni 2022

DIREKTUR RSUD KAB. MUNA BARAT

dr. M.SYAHRI FITRAH

Pembina, Gol. IV/a

NIP.19830710 201412 1 003

12198319830710

KATA PENGANTAR

Puji Syukur kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, atas terselesaikannya **Buku Standar Pelayanan PUBLIK [SPP] Tahun 2023 Di RSUD Muna Barat**. Dalam buku ini memuat Surat Keputusan Direktur tentang Standar Pelayanan Publik RSUD Muna Barat,

Dalam pembuatan Buku Standar Pelayanan Publik ini , tentunya banyak masukan dan kontribusi dari berbagai pihak yang terkait terutama dari pihak manajemen dan para kepala Instalasi dan Tim Standar Pelayanan Publik RS , maka pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih yang sebesar besarnya.

Dokumen Standar Pelayanan Publik ini telah memenuhi sebagian besar dari seluruh komponen pelayanan public yang ada di RS namun selalu dilakukan update dari waktu ke waktu, untuk itu masukan dan saran kami harapkan demi peningkatan pelayanan Rumah Sakit

Demikian Buku Standar Pelayanan Publik ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Laworo

Pada Tanggal : 05 Mei 2023

DIREKTUR RSUD KAB. MUNA BARAT

dr. M.SYAHRI FITRAH

Pembina, Gol. IV/a

NIP.19830710 201412 1 003

No	Nama	Jabatan	Paraf
1.	Lilik Dwi Purwalianto, S.KM, M. Kes NIP.19740201 199503 1 003	Ketua Tim SPP	
2.	Wa Tesi, S.Kep NIP.19671231 199002 2 006	Sekretaris Tim SPP	
3.	Sitti Asmarina S.KM NIP.199505112023212005	Anggota Tim SPP/Pembuat Laporan	

DAFTAR ISI

SURAT KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG STANDAR PELAYANAN PUBLIK

<i>KATA PENGANTAR</i>	<i>iii</i>
<i>DAFTAR ISI</i>	<i>1</i>
<i>BAB I PENDAHULUAN</i>	<i>3</i>
A. Latar Belakang	3
B. Tujuan Pembuatan Standar Pelayanan	4
C. Langkah – Langkah Kegiatan Penyusunan Standar Pelayanan	4
1. Penyusunan Rancangan Standar Pelayanan	4
2. Partisipasi Masyarakat dalam Penyusunan Standar Pelayanan	5
3. Penetapan Standar Pelayanan	5
4. Penerapan Standar Pelayanan	4
5. Penetapan Maklumat Pelayanan	6
6. Pemantauan Dan Evaluasi	6
D. Sistematika Penulisan Standar Pelayanan	7
1. Komponen STandar Pelayanan Yang Terkait Dengan Proses Penyampaian Pelayanan	7
2. Komponen STandar Pelayanan Yang Terkait Dengan Proses Pengelolaan Pelayanan.....	7
<i>BAB II STANDAR PELAYANAN RSUD MUNA BARAT</i>	<i>9</i>
A. Daftar Inventarisasi Standar Pelayanan Publik Di RSUD Muna Barat	9
1. Standar Pelayanan Rekam Medik.....	9
2. Standar Pelayanan Bidang Pelayanan.....	9
3. Standar Pelayanan Bidang Penunjang	9
4. Standar Pelayanan Bidang Keuangan.....	9
B. Standar Pelayanan Rekam Medik	10
1. Standar Pelayanan Pendaftaran Poliklinik Rawat Jalan	10
2. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Inap	17
3. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Gawat Darurat	22

4. Standar Pelayanan Surat Keterangan Medis	27
C. Standar Pelayanan Bidang Pelayanan	29
1. Standar Pelayanan Instalasi Rawat Jalan	29
2. Standar Pelayanan Pasien Rawat Inap	32
3. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	51
4. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral.....	61
5. Standar Pelayanan Perawatan Kebidanan	67
6. Standar Pelayanan Perinatologi.....	70
D. Standar Pelayanan Bidang Penunjang	78
1. Standar Pelayanan Resep Di Instalasi Farmasi	78
2. Standar Pelayanan Laboratorium	102
3. Standar Pelayanan Instalasi Radiologi	110
4. Standar Pelayana Unit Transfusi Darah	118
5. Standar Pelayanan Instalasi Gizi	125
E. Standar Pelayanan Bidang Keuangan	132
1. Standar Pelayanan Penerimaan Keuangan	132
 BAB III PENETAPAN MAKLUMAT PELAYANAN RSUD MUNA BARAT.....	136
BAB IV PENUTUP.....	137
 LAMPIRAN	

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Sebagaimana diamanatkan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik, bahwa setiap penyelenggara pelayanan publik, baik yang memberikan pelayanan kepada masyarakat secara langsung maupun tidak langsung wajib menyusun, menetapkan, dan menerapkan Standar Pelayanan untuk setiap jenis pelayanan sebagai tolok ukur dalam penyelenggaraan pelayanan di lingkungan masing-masing.

Standar Pelayanan merupakan tolok ukur penyelenggaraan pelayanan bagi pelaksana dan pengguna layanan kepada masyarakat. Komponen ini, menjadi acuan untuk mengukur efektivitas pelayanan dan mengukur kepuasan pengguna layanan saat mengakses layanan di unit publik. Tingkat kepuasan pengguna layanan itulah yang kemudian dijadikan bahan masukan untuk terus membenahi penyelenggaraan pelayanan publik agar lebih baik. Perbaikan pelayanan harus selalu dilakukan seiring perkembangan kebutuhan pengguna layanan, dengan begitu, kualitas penyelenggaraan pelayanan publik dapat berjalan dinamis dan terus menunjukkan kualitasnya yang baik.

Pelayanan publik menjadi wacana menarik dewasa ini. Yang dibicarakan berkisar dari meningkatnya kesadaran masyarakat akan hak-hak, semakin beragamnya produk pelayanan yang diselenggarakan penyelenggara negara hingga derasnya arus pengawasan terhadap proses penyelenggaraan pelayanan publik. Tak pelak lagi, inilah salah satu perkembangan luar biasa dalam dinamika pembangunan Republik Indonesia.

Dari sudut pandang penyelenggara pelayanan publik, ada keinginan memperkaya ragam pelayanan publik guna memenuhi kebutuhan masyarakat, pun tak lupa senantiasa ditingkatkan kualitasnya. Berbagai upaya penyederhanaan prosedur, pemangkasan waktu pelayanan dan peningkatan efisiensi biaya pelayanan terus-menerus disempurnakan oleh setiap unit penyelenggara. Peningkatan semangat melayani masyarakat juga dibarengi dengan makin terbukanya pola pikir para penyelenggara dalam pelibatan masyarakat guna merumuskan perbaikan proses pelayanan. Keterbukaan ini masih ditambah dengan kesediaan menerima dan mengelola keluhan masyarakat yang merupakan umpan balik penyempurnaan proses pelayanan publik.

RSUD Muna Barat selaku penyelenggara pelayanan publik perlu berjalan beriringan dalam proses perubahan tersebut. Tuntunan perbaikan diberikan dengan upaya mengingatkan penyelenggara agar memperhatikan standar pelayanan. Manakala ditemukan potensi kepatuhan rendah terhadap ketentuan mengenai standar pelayanan, perlu diberikan pengaruh agar para penyelenggara kembali kedalam koridor yang seharusnya.

Dalam rangka melaksanakan fungsi RS sebagai pusat layanan masyarakat dan mendorong peningkatan kualitas pelayanan publik, RSUD Muna Barat membuat buku tentang Standar Pelayanan RSUD Muna Barat sebagai acuan penerapan standar pelayanan publik Rumah Sakit.

B. Tujuan Pembuatan Standar Pelayanan

1. Untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan selaras dengan kemampuan penyelenggara sehingga mendapatkan kepercayaan masyarakat.
2. Untuk meningkatkan pemahaman terhadap pelaksana dan pengguna layanan bisa mengetahui hak dan kewajiban atas pelayanan yang diberikan dan diterima.

C. Langkah – Langkah Kegiatan Penyusunan Standar Pelayanan

1. Penyusunan Rancangan Standar Pelayanan

Pada awal penyusunan Standar Pelayanan, organisasi penyelenggara pelayanan, memiliki kewajiban untuk menyusun Standar Pelayanan berupa Rancangan Standar Pelayanan terlebih dahulu sebagai bahan diskusi dengan masyarakat.

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam penyusunan Rancangan Standar Pelayanan adalah dengan cara melakukan Identifikasi Persyaratan, Identifikasi Prosedur, Identifikasi Waktu, Identifikasi Biaya/Tarif, Identifikasi Produk Pelayanan, Penanganan Pengelolaan Pengaduan dst.

2. Partisipasi Masyarakat dalam Penyusunan Standar Pelayanan

Sebagaimana amanat dalam Pasal 20 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009, bahwa dalam penyusunan penetapan Standar Pelayanan Publik wajib dilakukan dengan mengikutsertakan masyarakat dan pihak-pihak terkait.

Tujuan keikutsertaan masyarakat dalam forum pembahasan bersama adalah untuk menyelaraskan kemampuan penyelenggara pelayanan dengan kebutuhan/kepentingan masyarakat dan kondisi lingkungan, guna mengefektifkan penyelenggaraan pelayanan yang berkualitas.

Metode yang dapat digunakan dalam proses diskusi ini antara lain:

a. Diskusi Grup Terfokus (Focused Group Discussion)

Metode ini dipergunakan untuk melakukan pembahasan yang lebih mendalam terhadap materi Rancangan Standar Pelayanan, bila dipandang perlu dengan mengundang narasumber ahli yang terkait dengan jenis pelayanan yang dibahas.

b. Dengar Pendapat (Public Hearing)

Metode ini dipergunakan untuk melakukan penelusuran fakta-fakta yang dapat mengungkap kepentingan khalayak ramai yang sesungguhnya. Cara ini dilakukan dengan mengundang praktisi yang dipandang bisa mewakili publik untuk didengar pendapatnya.

3. Penetapan Standar Pelayanan

Sebelum dilakukan penetapan Standar Pelayanan, penyelenggara wajib membuat Berita Acara Pembahasan Standar Pelayanan. Pihak-pihak yang terlibat dalam pembahasan wajib turut serta memberikan tanda tangan. Standar Pelayanan yang telah disepakati antara penyelenggara dan pengguna layanan kemudian ditetapkan oleh penyelenggara pelayanan publik.

4. Penerapan Standar Pelayanan

Standar Pelayanan yang sudah ditetapkan tersebut, selanjutnya siap diterapkan oleh unit pelayanan yang bersangkutan. Proses penerapan Standar Pelayanan ini dilakukan dengan *Internalisasi dan sosialisasi* kepada pihak-pihak terkait.

Internalisasi diperlukan untuk memberikan pemahaman kepada seluruh jajaran organisasi penyelenggara pelayanan. Sedangkan, sosialisasi perlu dilakukan untuk membangun pemahaman dan persamaan persepsi di lingkungan unit/satker

penyelenggara pelayanan Proses internalisasi dan sosialisasi ini agar didokumentasikan oleh penyelenggara.

5. Penetapan Maklumat Pelayanan

Sebelum menerapkan Standar Pelayanan, penyelenggara diwajibkan untuk menyusun dan menetapkan Maklumat Pelayanan. Maklumat Pelayanan merupakan pernyataan kesanggupan dan kewajiban penyelenggara untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan.

Hal-hal yang perlu dimuat dalam Maklumat Pelayanan adalah:

- a. Pernyataan janji dan kesanggupan untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan.
- b. Pernyataan memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus.
- c. Pernyataan kesediaan untuk menerima sanksi, dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

Maklumat Pelayanan yang telah disusun wajib dipublikasikan secara luas, jelas, dan terbuka kepada masyarakat, melalui berbagai media yang mudah diakses oleh masyarakat.

6. Pemantauan dan Evaluasi

Pada prinsipnya proses pemantauan dan evaluasi ini dilakukan untuk melakukan evaluasi kinerja pelayanan sebagai dasar perbaikan berkelanjutan. Dalam proses pemantauan dilakukan penilaian apakah Standar Pelayanan yang sudah disusun dapat dilaksanakan dengan baik, apa yang menjadi faktor kunci keberhasilan dan apa yang menjadi faktor penghambat.

Metode yang dapat dipergunakan antara lain:

- a. Analisis dokumen
- b. Survei, wawancara, dan observasi. Survei dapat dilakukan dengan menggunakan metode Survei Kepuasan Masyarakat (SKM)
- c. Pengaduan pelayanan public

Berdasarkan hasil pemantauan dan evaluasi yang dilakukan, penyelenggara pelayanan dapat melakukan perbaikan untuk peningkatan kualitas pelayanan publik/inovasi secara berkelanjutan (*continuous improvement*)

D. Sistematika Penulisan Standar Pelayanan

Berdasarkan Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 Tentang Pedoman Standar Pelayanan, bahwa komponen Standar Pelayanan harus memuat:

- 1. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses penyampaian pelayanan (*service delivery*) meliputi:**
 - a. Persyaratan
 - b. Sistem, mekanisme, dan prosedur
 - c. Jangka waktu pelayanan
 - d. Biaya/tariff
 - e. Produk pelayanan
 - f. Penanganan pengaduan, saran dan masukan

- 2. Komponen Standar Pelayanan yang terkait dengan proses pengelolaan pelayanan di internal organisasi (*manufacturing*) meliputi:**
 - a. Dasar hukum
 - b. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas
 - c. Kompetensi pelaksana
 - d. Pengawasan internal
 - e. Jumlah pelaksana
 - f. Jaminan pelayanan
 - g. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan
 - h. Evaluasi kinerja pelaksana

Adapun Sistematika Penulisan Standar Pelayanan di RSUD Muna Barat adalah sebagai berikut :

1. Dasar Hukum
2. Persyaratan Pelayanan
3. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur
4. Jangka Waktu Penyelesaian
5. Biaya / tarif
6. Produk Pelayanan

7. Sarana, Prasarana dan /atau Fasilitas
8. Kompetensi Pelaksana
9. Pengawasan Internal
10. Penanganan Pengaduan Saran dan Masukan
11. Jumlah Pelaksana
12. Jaminan Pelayanan
13. Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan
14. Evaluasi Kinerja Pelaksana

BAB II
STANDAR PELAYANAN
RSUD MUNA BARAT

A. DAFTAR INVENTARISASI STANDAR PELAYANAN PUBLIK DI RSUD MUNA BARAT

- 1. Standar Pelayanan Bidang Rekam Medik ada 4 :**
 - a. Standar Pelayanan Pendaftaran Poliklinik Rawat Jalan
 - b. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Inap
 - c. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Gawat Darurat
 - d. Standar Pelayanan Surat Keterangan Medis
- 2. Standar Pelayanan Bidang Pelayanan ada 6 :**
 - a. Standar Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
 - b. Standar Pelayanan Pasien Rawat Inap
 - c. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
 - d. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
 - e. Standar Pelayanan Perawatan Kebidanan
 - f. Standar Pelayanan Perinatologi
- 3. Standar Pelayanan Bidang Penunjang ada 5 :**
 - a. Standar Pelayanan Resep Di Instalasi Farmasi
 - b. Standar Pelayanan Instalasi Radiologi
 - c. Standar Pelayanan Unit Transfusi Darah
 - d. Standar Pelayanan Laboratorium
 - e. Standar Pelayanan Instalasi Gizi
- 4. Standar Pelayanan Bidang Keuangan Ada 1:**
 - a. Standar Pelayanan Penerimaan Keuangan

B. JENIS – JENIS STANDAR PELAYANAN PUBLIK RSUD MUNA BARAT

1. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Jalan

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1.	Persyaratan	<p>A. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM) 3. Kartu BPJS 4. Surat rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas berobat 2. Fotokopi resume medis bagi pasien yang kontrol dari rawat inap 3. Kartu identitas (KTP/KK/SIM)
2.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Pasien datang ke rumah sakit dan mengambil nomor antrian</p> <p>B. Petugas mempersilahkan pasien untuk duduk di ruang tunggu</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien di panggil sesuai dengan nomor urut antrian b. Petugas menanyakan maksud kedatangan pasien (menanyakan mau berobat ke poli mana, radiologi, laboratorium atau lainnya) <p>1. Pasien baru</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas mewawancarai pasien dan meminjam e-KTP pasien mendapatkan informasi mengenai data pribadi pasien, data kunjungan dan data rujukan yang akan di input pada komputer. 2) Petugas melakukan entri data pada komputer yang telah menggunakan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS), data yang dientri antara lain berisi sebagai berikut : <ol style="list-style-type: none"> a. Nomor rekam medis (otomatis dari sistem) b. NIK c. Nama pasien d. Jenis Kelamin e. Tanggal lahir f. Agama g. Pendidikan

		<ul style="list-style-type: none"> h. Pekerjaan i. Alamat j. Nomor telepon k. Suku, bahasa, identifikasi (suku, bahasa) l. Nama bapak kandung m. Tanggal dan jenis kunjungan\ n. Poliklinik o. Dokter p. Jadwal q. Cara masuk r. Cara bayar s. Nomor asuransi, jika pasien memakai JKN-KIS t. Data rujukan, jika pasien memakai JKN-KIS u. Data SEP BPJS, jika pasien memakai JKN-KIS <p>3) Petugas melakukan cetak kartu pasien, lembar poliklinik, tracer, nomor antrian, SEP (jika pasien JKN-KIS)</p> <p>4) Kartu pasien kemudian diberikan kepada pasien atau keluarga, dengan memberi pesan setiap kali berobat kembali atau kontrol untuk selalu dibawa</p> <p>5) Nomor antrian dan SEP (jika pasien JKN-KIS) diberikan kepada pasien atau keluarga, untuk diberikan kepada perawat atau petugas pelayanan penunjang.</p> <p>6) Selesai proses pendaftaran pasien baru dipersilahkan menunggu di ruang tunggu poliklinik atau pelayanan penunjang yang dituju. Setelah mendapat pelayanan yang cukup dari poliklinik, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien boleh langsung pulang. b. Pasien diberi surat kontrol oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang tercantum dalam surat kontrol. c. Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain. d. Pasien harus dirawat. <p>7) Semua berkas rekam medis pasien poliklinik atau pelayanan penunjang yang telah selesai berobat harus dikembalikan ke</p>
--	--	---

		<p>Unit Rekam Medis, kecuali pasien yang harus rawat inap, rekam medis tersebut di kirim ke ruang rawat inap.</p> <p>2. Pasien lama</p> <p>1) Pasien lama datang langsung ke pendaftaran</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas menanyakan kepada pasien atau keluarga membawa kartu berobat atau tidak membawa kartu berobat. b. Pasien tidak membawa kartu berobat maka petugas pendaftaran mencari data dalam komputer pada tombol pencarian pasien, jika data sudah ditemukan kemudian petugas pendaftaran ambil data, mengkroscek data nama bapak kandung tersebut kepada pasien atau keluarga. c. Petugas pendaftaran mengentri data pasien jika ada yang belum lengkap untuk dilengkapi, mengentri data kunjungan dan mengentri data rujukan jika pasien JKN-KIS. d. Petugas melakukan cetak kartu pasien (jika kartu hilang), tracer, nomor antrian, SEP untuk pasien JKN-KIS e. Kartu pasien kemudian diberikan kepada pasien atau keluarga, dengan memberi pesan setiap kali berobat kembali atau kontrol untuk selalu dibawa f. Nomor antrian dan SEP untuk pasien JKN-KIS diberikan kepada pasien atau keluarga, untuk diberikan kepada perawat atau petugas pelayanan penunjang. <p>2) Pasien lama dengan perjanjian dan registrasi online (mendaftar melalui checkin online, telepon atau sms)</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tersebut tetap mendaftar atau konfirmasi ulang di tempat pendaftaran pasien. b. Petugas pendaftaran melakukan ambil registrasi online c. Petugas pendaftaran mengentri data
--	--	---

		<p>pasien jika ada yang belum lengkap untuk dilengkapi, mengentri data kunjungan dan mengentri data rujukan jika pasien JKN-KIS.</p> <p>d. Petugas melakukan cetak kartu pasien (jika kartu hilang), tracer, nomor antrian, SEP untuk pasien JKN-KIS</p> <p>e. Kartu pasien kemudian diberikan kepada pasien atau keluarga, dengan memberi pesan setiap kali berobat kembali atau kontrol untuk selalu dibawa</p> <p>f. Nomor antrian dan SEP untuk pasien JKN-KIS diberikan kepada pasien atau keluarga, untuk diberikan kepada perawat atau petugas pelayanan penunjang.</p> <p>g. Pasien akan langsung dipersilahkan menuju poliklinik atau pelayanan penunjang lainnya dengan memberikan informasi urutan pendaftarannya.</p> <p>h. Untuk rekam medis pasien perjanjian disiapkan hari sebelumnya.</p> <p>i. Selesai proses pendaftaran pasien dipersilahkan menunggu di ruang tunggu poliklinik atau pelayanan penunjang yang dituju.</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>A. Bagi Petugas Pendaftaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi reguler : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>B. Bagi non pelayanan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : 07.30 – 14. 00 WITA <p>C. Bagi Petugas Filling :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>D. Bagi Petugas Informasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : 07.30 – 14.00 WITA 2. Sore : On Call
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

		Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Penyediaan Pendaftaran Poliklinik Rawat Jalan
6.	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
7.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Kesehatan Nomor : 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor : 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang-Undang Nomor : 29 tahun 2004 tentang Kedokteran; 4. Peraturan Pemerintah No. 10/1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran 5. SE Dirjen Yanmed NO. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis 7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit; 8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran 9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis 10. Peraturan Mentri Kesehatan No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 11. Undang – undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan. 12. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan

8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran dan Logistik <ol style="list-style-type: none"> a. Buku pendaftaran pasien b. Formulir identitas pasien/formulir rawat jalan c. Kartu berobat d. Antrian Poliklinik e. Gelang identitas pasien rawat inap f. Spidol boadmarker, spidol permanen marker g. Kertas HVS h. Kertas SEP i. Kertas Antrian j. Map berkas rekam medis k. Rakitan berkas rekam medis pasien umum l. Rakitan berkas rekam medis pasien kandungan m. Rakitan berkas rekam medis bayi baru lahir n. Troli 2. Asuransi Kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. Paper clip b. Stick note c. Buku Batik d. Kertas HVS A4 dan F4 70g/80g dan kertas ply 3 e. Stepless f. Spidol permanent g. Isi stapless h. Stop map i. Lakban besar
9.	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengoperasikan system pendaftaran pasien, komunikasi efektif, dan etika. 2. Koordinator Pendaftaran Informasi&Logistik : SLTA (Pengalaman minimal 2 tahun, Pelatihan Komunikasi Efektif+mahir dalam mengoperasikan komputer) 3. Koordinator Pendaftaran Rawat Jalan: Minimal SLTA mahir dalam mengoperasikan computer 4. DIII Rekam Medis (Pengalaman : DIII Rekam Medis (Pengalaman minimal 2 tahun)

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Koordinator Koding, Indeksing dan Pelaporan : DIII Rekam Medis, Mahir mengoperasikan computer + Pelatihan ICD 10 6. Koordinator Filling: Minimal SLTA, Pengalaman minimal 1 Tahun 7. Pelaksana Pendaftaran Rawat Jalan: Minimal SLTA mahir dalam mengoperasikan computer 8. Administrasi BPJS: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer 9. Pelaksana Moditoring: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer <p>Verifikator: Dokter / S1 kedokteran, menguasai coding inacbg atau DIII Rekam medis memiliki pengalaman minimal 2 tahun</p>
10	Pengawasan Intenal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi 2. Penanggung jawab Kepala Instalasi Rekam Medik 3. Supervisi oleh Kasi Rekam Medik 4. Supervisi oleh Kabid Rekam Medik dan Kemitraan
11	Jumlah Pelaksana	<p>Terdiri dari 8 orang pelaksana antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ 4 orang pendaftaran pasien ➤ 4 orang pengatur antrian pasien
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan	Data medis pasien dijaga kerahasiaannya
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

2. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Rawat Inap

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>A. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM) 3. Kartu BPJS 4. Surat rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP 5. Surat perintah rawat inap dari dokter <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) 2. Surat perintah rawat inap dari dokter 3. Kartu identitas (KTP/KK/SIM)
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien atau keluarga datang membawa surat perintah rawat inap dari dokter poliklinik maupun instalasi gawat darurat 2. Petugas pendaftaran menanyakan kepada pasien atau keluarga akan menggunakan JKN-KIS atau membayar sebagai pasien UMUM 3. Jika pasien menggunakan JKN-KIS petugas mengecek hak kelas rawat inap 4. Petugas melakukan general consent sampai dengan pasien dan ataukeluargamemahami. 5. Pasien JKN-KIS yang ingin naik kelas, pasien atau keluarga dipersilahkan ke kasir untuk mengetahui perkiraan biaya naik kelas. 6. Petugas menjelaskan biaya ruangan atau kelas perawatan dan fasilitas yang diterima selama perawatan rawat inap. 7. Setelah dipastikan pasien/keluarga memilih hak atau kelas perawatan maka pasien atau keluarga menandatangani formulir pernyataan rawat inap. 8. Petugas segera menghubungi perawat ruangan/petugas untuk memesan kamar/ruangan perawatan sesuai dengan kasus penyakit pasien dan ruangan perawatan yang dipesan oleh pasien. 9. Petugas mengentri data rawat inap, data perujuk dan data SEP BPJS untuk pasienJKN-

		<p>KIS</p> <p>10. Petugas mencetak lembar rawat inap, label kecil, SEP untuk pasien JKN-KIS.</p> <p>11. Setelah selesai proses pendaftaran rawat inap, pasien atau keluarga dipersilahkan menunggu di ruang tunggu poliklinik atau IGD, untuk menunggu ruang perawatan yang dipesan sudah siap ditempati.</p> <p>Ketentuan Umum Penerimaan Pasien Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Semua pasien yang menderita segala macam penyakit, selama ruangan dan fasilitas yang memadai tersedia dapat diterima di RSUD Muna Barat. b. Sedapat mungkin pasien diterima di Admission pada waktu yang telah ditetapkan, kecuali untuk kasus gawat darurat dapat diterima setiap saat. c. Tanpa diagnosa yang tercantum dalam surat permintaan dirawat, pasien tidak dapat diterima. d. Sedapat mungkin tanda tangan persetujuan untuk tindakan operasi dan sebagainya (apabila dilakukan) dilaksanakan sebelum pasien dirawat. e. Pasien dapat diterima, apabila : <ol style="list-style-type: none"> a. Ada surat rekomendasi dari dokter yang mempunyai wewenang untuk merawat pasien di rumah sakit. b. Dikirim oleh dokter poliklinik. c. Dikirim oleh dokter Unit Gawat Darurat. d. Pasien darurat gawat perlu diprioritaskan
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>A. Bagi Petugas Pendaftaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi reguler : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>B. Bagi non pelayanan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pagi : 07.30 – 14. 00 WITA <p>D. Bagi Petugas Filling :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>E. Bagi Petugas Informasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : 07.30 – 14.00 WITA

		2. Sore : On Call
4	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS</p> <p>2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p> <p>3. Asuransi /Jasa Raharja</p> <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	Pelayanan Penyediaan Pendaftaran Poliklinik Rawat Inap
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<p>1. Email : rsudmubar@gmail.com</p> <p>2. Website : www.rsud.munabarat.go.id</p> <p>3. Telepon : 085341303812</p> <p>4. SMS : 085341303812</p>
7	Dasar Hukum	<p>1. Undang-Undang Kesehatan Nomor : 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;</p> <p>2. Undang-Undang Nomor : 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>3. Undang-Undang Nomor : 29 tahun 2004 tentang Kedokteran;</p> <p>4. Peraturan Pemerintah No. 10/1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran</p> <p>5. SE Dirjen Yanmed NO. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)</p> <p>11. Undang – undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan</p> <p>12. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p>

8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran dan Logistik <ol style="list-style-type: none"> a. Buku pendaftaran pasien b. Formulir identitas pasien/formulir rawat jalan c. Kartu berobat d. Antrian Poliklinik e. Gelang identitas pasien rawat inap f. Spidol boadmarker, spidol permanen marker g. Kertas HVS h. Kertas SEP i. Kertas Antrian j. Map berkas rekam medis k. Rakitan berkas rekam medis pasien umum l. Rakitan berkas rekam medis pasien kandungan m. Rakitan berkas rekam medis bayi baru lahir n. Troli 2. Pegolahan Data dan Pelaporan <ol style="list-style-type: none"> a. Buku register pasien pulang rawat inap b. Formulir rawat inap (I,II,III, IV, dst) c. Formulir penempelan hasil pemeriksaan penunjang d. Buku ekspedisi pasien rawat inap e. Buku kelengkapan catatan rekam medis f. Klip kecil g. Kertas HVS h. Buku ekspedisi PA i. Buku tulis j. Spidol permanent k. Map plastik l. Buku laporan DHF m. Formulir balasan rujukan n. Formulir rawat inap (I,II,III, IV, dst) o. Tracer p. Buku eskpedisi peminjaman berkas rekam medis 3. Asuransi Kesehatan <ol style="list-style-type: none"> a. Paper clip b. Stick note c. Buku Batik d. Kertas HVS A4 dan F4 70g/80g dan kertas ply 3 e. Stepless
---	----------------------------	---

		<ul style="list-style-type: none"> f. Spidol permanent g. Isi stapless h. Stop map i. Lakban besar
9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengoperasikan system pendaftaran pasien, komunikasi efektif, dan etika. 2. Koordinator Pendaftaran Informasi&Logistik : SLTA (Pengalaman minimal 2 tahun, Pelatihan Komunikasi Efektif+mahir dalam mengoperasikan komputer) 3. Koordinator Pendaftaran Rawat Inap: Minimal SLTA mahir dalam mengoperasikan computer 4. DIII Rekam Medis (Pengalaman : DIII Rekam Medis (Pengalaman minimal 2 tahun) 5. Koordinator Koding, Indeksing dan Pelaporan : DIII Rekam Medis, Mahir mengoperasikan computer + Pelatihan ICD 10 6. Koordinator Filling: Minimal SLTA, Pengalaman minimal 1 Tahun 7. Pelaksana Pendaftaran Rawat Inap: Minimal SLTA, mahir dalam mengoperasikan computer 8. Pelaksana Analisis dan Assembling: Minimal SLTA Pelaksana Koding, Indeksing & Pelaporan: DIII Rekam Medis, mahir dalam mengoperasikan computer + (Pelatihan ICD 10) 9. Pelaksana Entry Data dan Pemberkasan: Minimal SLTA, mahir dalam mengoperasikan computer 10. Administrasi BPJS: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer 11. Pelaksana Moditoring: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer Verifikator: Dokter / S1 kedokteran, menguasai coding inacbg atau DIII Rekam medis memiliki pengalaman minimal 2 tahun
10	Pengawasan Intenal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard

11	Jumlah Pelaksana	Terdiri dari 8 orang pelaksana
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan	Data medis pasien dijaga kerahasiaannya
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

3. Standar Pelayanan Pendaftaran Pasien Gawat Darurat

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>A. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM) 2. Kartu BPJS 3. Surat rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM)
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>Berbeda dengan prosedur pelayanan pasien baru dan pasien lama yang biasa, disini pasien ditolong terlebih dahulu baru penyelesaian administrasinya, meliputi pendaftaran pasien baik baru maupun lama/ulang seperti pasien datang tidak dengan perjanjian. Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien bisa langsung pulang, pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain dan pasien harus di rawat inap. Ketentuan dalam pendaftaran pasien gawat darurat adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak sadar dan tidak ada keluarga/pengantar maka petugas pendaftaran mencari informasi mengenai identitas apabila tidak ditemukan identitasnya untuk sementara identitas pasien tersebut di tulis untuk pasien perempuan NY. X dan pasien laki-laki TN. X 2. Pasien sadar dan tidak ada keluarga/pengantar maka petugas pendaftaran mendatangi pasien tersebut untuk di wawancara untuk

		<p>mendapatkan identitas pasien tersebut.</p> <p>3. Petugas pendaftaran mengecek data identitas pasien untuk mengetahui apakah pasien sudah pernah berobat ke rumah sakit atau belum.</p> <p>4. Petugas mendaftarkan pasien tersebut sesuai dengan prosedur untuk pasien baru dan pasien lama.</p> <p>Pendaftaran IGD digunakan untuk pendaftaran pasien rawat jalan IGD maupun rawat inap IGD. Pemesanan kamar rawat inap akan diupdate melalui pemesanan di TPPRI.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>A. Bagi Petugas Pendaftaran</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi reguler : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>B. Bagi non pelayanan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : 07.30 – 14.00 WITA <p>C. Bagi Petugas Filling :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : Pukul 07.30 – 13.30 WITA 2. Sore : Pukul 16.00 – 08.00 WITA <p>D. Bagi Petugas Informasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pagi : 07.30 – 14.00 WITA 2. Sore : On Call
4	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan 3. Asuransi/Jasa Raharja <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	Pelayanan Penyediaan Pendaftaran Poliklinik Gawat Darurat
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812

7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Kesehatan Nomor : 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang-Undang Nomor : 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang-Undang Nomor : 29 tahun 2004 tentang Kedokteran; 4. Peraturan Pemerintah No. 10/1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran 5. SE Dirjen Yanmed NO. HK.00.06.1.5.01160 tahun 1995 tentang Petunjuk Teknis Pengadaan Formulir Rekam Medis Dasar dan Pemusnahan Arsip Rekam Medis di Rumah Sakit 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 269/Menkes/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis 7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1171/Menkes/Per/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit; 8. Peraturan Menteri Kesehatan No. 36 Tahun 2012 tentang Rahasia Kedokteran 9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perkam Medis 10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 82 Tahun 2013 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 11. Undang – undang No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 12. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>Jenis-jenis barang di Unit Rekam Medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendaftaran dan Logistik <ol style="list-style-type: none"> a. Buku pendaftaran pasien b. Formulir identitas pasien/formulir rawat jalan c. Kartu berobat d. Antrian Poliklinik e. Gelang identitas pasien rawat inap f. Spidol boadmarker, spidol permanen marker g. Kertas HVS h. Kertas SEP i. Kertas Antrian j. Map berkas rekam medis k. Rakitan berkas rekam medis pasien umum l. Rakitan berkas rekam medis pasien kandungan m. Rakitan berkas rekam medis bayi baru lahir n. Troli 2. Pegolahan Data dan Pelaporan

		<ul style="list-style-type: none"> a. Buku register pasien pulang rawat inap b. Formulir rawat inap (I,II,III, IV, dst) c. Formulir penempelan hasil pemeriksaan penunjang d. Buku ekspedisi pasien rawat inap e. Buku kelengkapan catatan rekam medis f. Klip kecil g. Kertas HVS h. Buku ekspedisi PA i. Buku tulis j. Spidol permanent k. Map plastic l. Buku laporan DHF m. Formulir balasan rujukan n. Formulir rawat inap (I,II,III, IV, dst) o. Tracer p. Buku ekspedisi peminjaman berkas rekam medis <p>3. Asuransi Kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Paper clip b. Stick note c. Buku Batik d. Kertas HVS A4 dan F4 70g/80g dan kertas ply 3 e. Stepless f. Spidol permanent g. Isi stapless h. Stop map i. Lakban besar
9	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mampu mengoperasikan system pendaftaran pasien, komunikasi efektif, dan etika. 2. Koordinator Pendaftaran Informasi&Logistik : SLTA (Pengalaman minimal 2 tahun, Pelatihan Komunikasi Efektif+mahir dalam mengoperasikan komputer) 3. Koordinator Pendaftaran Gawat Darurat: Minimal SLTA mahir dalam mengoperasikan computer 4. Koordinator Koding, Indeksing dan Pelaporan : DIII Rekam Medis, Mahir mengoperasikan computer + Pelatihan ICD 10 5. Koordinator Filling: Minimal SLTA,

		<p>Pengalaman minimal 1 Tahun</p> <p>6. Pelaksana Pendaftaran Gawat Darurat: Minimal SLTA, mahir dalam mengoperasikan computer Pelaksana Informasi Rumah Sakit: Minimal SLTA, cakap dalam Berkomunikasi (Pelatihan Komunikasi Efektif)</p> <p>7. Pelaksana Analisis dan Assembling: Minimal SLTA Pelaksana Koding, Indeksing & Pelaporan: DIII Rekam Medis, mahir dalam mengoperasikan computer + (Pelatihan ICD 10)</p> <p>8. Pelaksana Entry Data dan Pemberkasan: Minimal SLTA, mahir dalam mengoperasikan computer</p> <p>9. Pelaksana Filling: Minimal SLTA, Pengalaman minimal 1 Tahun Kepala Ruang Asuransi Kesehatan: Minimal S1, menguasai asuransi kesehatan RS, penguasaan minimal 1 tahun</p> <p>10. Administrasi BPJS: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer</p> <p>11. Pelaksana Moditoring: Minimal SLTA, Mahir dalam mengoperasikan computer Verifikator: Dokter / S1 kedokteran, menguasai coding inacbg atau DIII Rekam medis memiliki pengalaman minimal 2 tahun</p>
10	Pengawasan Intenal	<p>1. Monitoring & Evaluasi</p> <p>2. Penanggung jawab Kepala Instalasi Rekam Medik</p> <p>3. Supervisi oleh Kasi Rekam Medik</p> <p>4. Supervisi oleh Kabid Rekam Medik dan Kemitraan</p>
11	Jumlah Pelaksana	Sumber Daya Manusia Instalasi Rekam Medis RSUD Muna Barat yang dibutuhkan berjumlah \pm 22 orang dan sesuai dengan struktur organisasi Instalasi Rekam Medis terbagi menjadi 3 bagian yaitu Unit Pendaftaran (Pendaftaran UGD dan rawat jalan), penyimpanan BRM, Pengolahan Data RM, sedangkan penganan tentang asuransi kesehatan terpisah oleh penanggung jawab yang lain.
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan keamanan	Data medis pasien dijaga kerahasiaannya
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun</p> <p>2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya</p>

		untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
--	--	--

4. Standar Pelayanan Surat Keterangan Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	1. Kartu identitas berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM)
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	1. Petugas menjelaskan alur pembuatan surat keterangan resume medis 2. Setelah pasien menerima penjelasan tentang alur pembuatan surat keterangan medis, pasien menyerahkan persyaratan-persyaratan kepada petugas rekam medis 3. Petugas rekam medis mengecek data riwayat pelayanan pasien di dalam data billing dan petugas menyiapkan formulir resume medis yang diterima dan pasien serta mencarikan berkas rekam medis pasien 4. Petugas rekam medis memintakan isian dan tanda tangan resume medis kepada dokter penanggung jawab pasien 5. Pasien melakukan proses pembayaran biaya administrasi pembuatan surat keterangan medis 6. Petugas menyerahkan Surat Keterangan Medis yang lengkap dan sudah ditandatangani oleh DPJP 7. Petugas membubuhkan stempel RSUD Muna Barat pada surat keterangan medis
3	Jangka Waktu Pelayanan	08.00-12.00
4	Biaya/Tarif	1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku
5	Produk Pelayanan	Pelayanan Pembuatan Surat Keterangan Medis
6	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812

		4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang - Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Undang – Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 4. Peraturan Pemerintah Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik 6. Pedoman Kemenkes RI Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit; 7. Permenpan no. 30 Tahun 2013 tentang Jabatan Fungsional Perekam Medis. 8. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Saranan Prasarana/ Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang tunggu dilengkapi dengan kursi tunggu 2. Komputer 3. Printer 4. Meja 5. Kursi 6. Jaringan line internet
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Profesi Perekam Medik 2. Pengadministrasi yang sudah menjalani pelatihan rekam medis
10	Pengawasan Internal	Monitoring dan evaluasi
11	Jumlah Pelaksana	4 orang
12	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
13	Jaminan Keamanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

C. STANDAR PELAYANAN BIDANG PELAYANAN

1. Standar Pelayanan Instalasi Rawat Jalan

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>A. Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu berobat (bagi pasien lama) 2. Kartu identitas (KTP / KK/ SIM / Pasport) 3. Kartu BPJS 4. Rujukan dari FKTP / FKTRL / SKDP/RESUME MEDIS 5. Rujukan online <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas Berobat 2. Kartu identitas (KTP/KK/SIM/Pasport)
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyapa pasien/keluarga pasien/pengunjung dengan senyum dan memberi salam : “ Selamat pagi/siang/malam ada yang bisa kami bantu ?” 2. Menanyakan pada pasien/keluarga pasien/pengunjung : <ul style="list-style-type: none"> - Apabila pengunjung hendak berobat, tanyakan : “ Apa keluhannya ?” - Apabila keluhan pasien/pengunjung adalah batuk, maka segera di arahkan untuk memakai masker dan dianjurkan untuk dipakai selama berada di luar rumah atau terutama di lingkungan rumah sakit. - Apakah sudah pernah berobat di RSUD Kab. Muna Barat ? - Apakah bapak/ibu membawa surat pengantar/rujukan ? - Apakah bapak/ibu membawa surat pengantar dari dokter atau perusahaan ? - Apakah bapak/ibu membawa KTP atau KK ? - Apakah bapak/ibu membawa kartu kepersertaan (BPJS, BPJS Ketenagakerjaan,dll) - Bapak/Ibu ingin berobat di poliklinik atau ke dokter siapa ? 3. Setelah diketahui sebagai pasien baru atau lama dan tujuan poliklinik/dokternya serta diperiksa kelengkapan berkasnya. 4. Pasien mengambil nomor antrian untuk didaftarkan dengan menanyakan identitasnya sesuai dengan kartu identitas pasien. 5. Data pasien baru di input dalam computer SIMRS

		<p>sebagai data Indeks Utama Pasien dan secara otomatis pasien mendapatkan nomor rekam medis 8 digit.</p> <p>6. Mencetak Kartu Identitas Berobat (KIB) Pasien yang mencantumkan nomor rekam medis 6 digit terakhir yang diperoleh secara otomatis melalui SIMRS kemudian Serahkan pada pasien/keluarga pasien.</p> <p>7. Menjelaskan bahwa pasien mendapatkan satu nomor rekam medis untuk dipakai selama berobat di RSUD Kab. Muna Barat dan Kartu Identitas Berobat Pasien harus dibawa setiap kali berobat di RSUD Kab. Muna Barat, baik di pelayanan rawat jalan, rawat inap, maupun IGD, pasien mengambil nomor antrian poliklinik dan diarahkan menunggu didepan ruang poliklinik yang dituju.</p> <p>8. Pasien lama, ambil kartu identitas berobat sebagai acuan dalam mengambil berkas rekam medis pasien diruang penyimpanan, pasien mengambil nomor antrian poliklinik dan diarahkan menunggu di depan ruang poliklinik yang dituju.</p> <p>9. Semua berkas rekam medis pasien, baik pasien baru maupun lama Berkas Rekam Medisnya diantarkan oleh petugas pendaftan/kurir pada setiap poliklinik yang dituju oleh pasien.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Senin-Kamis : Jam 08.00 – 14.00</p> <p>Jumat – sabtu : Jam 08.00 – 12.00</p>
4	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS</p> <p>2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<p>Pelayanan rawat jalan oleh Dokter Spesialis, Dokter Subspesialis, Dokter Gigi Spesialis, dan Psikolog Klinis di semua klinik yang tersedia yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinik Bedah Umum 2. Klinik Bedah Anak 3. Klinik Bedah 4. Klinik Kandungan / Kebidanan dan Fertilitas dan Endokrinologi Reproduksi 5. Klinik Gigi dan Mulut

6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan; 2. Undang - Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien; 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 59 tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan JKN; 5. Pedoman Kemenkes RI Tahun 2012 tentang Penyusunan Standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit 6. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loker Pendaftaran 2. Ruang tunggu dilengkapi dengan televisi, AC, media edukasi 3. Ruang pemeriksaan 4. Ruang rawat luka 5. Toilet 6. Ruang laktasi 7. Cafeteria 8. Kursi roda 9. brankar
9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poli KIA Dan KB : 1 orang dokter spesialis obgyn dan 2 orang bidan 2. Poli Anak : 1 orang dokter spesialis dan 2 orang perawat 3. Poli Bedah : 1 orang dokter spesialis bedah dan 2 orang perawat 4. Poli Penyakit dalam : 1 orang dokter spesialis penyakit dalam dan 2 orang perawat 5. Poli umum : 1 orang dokter dan 2 orang perawat 6. Poli gigi : 2 orang dokter gigi dan 3 orang perawat gigi

10	Pengawasan Intenal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & Evaluasi oleh Kepala Instalasi, Koordinator dan Kepala Ruangan Rawat Jalan 2. Supervisi oleh Kepala Bidang dan Seksi Pelayanan Medik.
11	Jumlah Pelaksana	20 orang pelaksana
12	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien 2. Pelayanan pasien diberikan sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam) RS
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun 2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.

2. Standar Pelayanan Pasien Rawat Inap

a. Standar Pelayanan Keperawatan Di Ruang Palem

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. BRM 2. Surat pengantar rawat inap kelas III 3. Surat egibilitas pasien/SEP rawat inap yang diterbitkan oleh RS untuk pasien BPJS 4. Surat keterangan dari kepolisian untuk pasien KLL 5. Form transfer antar ruangan
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Pelaksanaan Penerimaan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tiba diruang perawatan diantar oleh petugas perawat poliklinik/perawat Instalasi Gawat Darurat. 2. Sampai diruang perawatan perawat

		<p>melakukan verifikasi pasien (nama, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin) sambil mencocokkan dengan status pasien dan gelang pasien bila sudah terpasang.</p> <ol style="list-style-type: none">3. Perawat melakukan assessment keperawatan awal (berdasarkan usia/kelompok/kasus pasien)4. Perawat melakukan pengkajian awal yang terdiri dari tanda-tanda vital, pengkajian nyeri, pengkajian resiko jatuh, riwayat kesehatan, untuk kasus anak ditambah riwayat tumbuh kembang, sedangkan pasien yang berasal dari IGD/poli klinik maka perawat meneruskan asesmen/pengkajian awal dari pengkajian fisik sampai dengan masalah keperawatan yang timbul dan di dokumentasikan disertai dengan tanda tangan dan nama lengkap perawat yang mengkaji.5. Perawat melakukan orientasi pada pasien dan keluarga tentang petugas yang akan merawat, asuhan keperawatan, waktu konsultasi dan visite dokter, hak dan kewajiban, fasilitas ruangan, cuci tangan.6. Dokter melakukan asesmen medis awal dilembar anamnesis dan pemeriksaan fisik oleh dokter.7. Perawat melakukan pengkajian sesuai dengan masalah pasien.
--	--	--

		<p>8. Tentukan diagnosa medis, pemberian terapi dan tindakan pelayanan. Selanjutnya atau kolaborasikan dengan tim medis lain bila diperlukan.</p> <p>9. Informasikan/berikan edukasi kepada keluarga/pasien untuk ikut dalam pengambilan keputusan untuk pelayanan selanjutnya dan didokumentasikan.</p> <p>B. Pelaksanaan Orientasi Pasien</p> <p>❖ Pasien dilakukan orientasi pada saat masuk dalam ruang perawatan yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perkenalan terhadap perawat jaga b. Memperkenalkan ruang perawatan yang ditempati pasien c. Menjelaskan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien d. Menjelaskan cara penggunaan peralatan seperti : <ul style="list-style-type: none"> • Cara operasional tempat tidur • Jam visite dokter • Jam berkunjung • Jam makan siang • Jam tindakan rutin • Cara pemasangan gelang identitas • Tanda resiko jatuh • Lokasi kamar mandi <p>C. Pelaksanaan Pemberian Asuhan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan asesmen pasien baik
--	--	---

		<p>asesmen medis dan asesmen keperawatan atau asesmen lainnya sesuai kebutuhan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Melakukan penegakan diagnose medis dan keperawatan. 3. Membuat NCP (Nursing Care Plant) 4. Melaksanakan tindakan baik tindakan dependen atau independen. 5. Melakukan evaluasi (SOAP). 6. Melakukan dokumentasi asuhan pada Rekam Medis pasien. <p>D. Pelaksanaan Perawatan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kondisi pasien setiap shif atau sesuai kebutuhan 2. Pantau intake dan out put pasien 3. Identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan 4. Komunikasi efektif melalui metode S-BAR 5. Pengawasan penggunaan obat diruangan 6. Pelaksanaan operasi sesuai prosedur 7. Mencegah infeksi nosokomial dengan cuci tangan sesuai standar WHO 8. Mencegah pasien jatuh 9. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan yang lain.
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangka waktu pelayanan : sesuai kasus pasien. 2. Perawat diruangan berjaga secara on site, dalam 24 jam terbagi menjadi 2 waktu

		<p>dinas, yaitu dinas pagi, sore s/d malam.</p> <p>3. Pembagian waktu jam dinas yaitu</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinas Pagi dari jam 08.00 – 16.00 ➤ Dinas Sore s/d malam dari jam 16.00 – 08.00 <p>4. Pengaturan jadwal dinas Perawat di ruangan dilakukan oleh Kepala Ruangan</p> <p>5. Apabila ada pegawai yang mengalami sakit atau ada anggota keluarga yang meninggal, serta musibah maka penjadwalan dinas diatur kembali oleh Kepala ruangan, dan tidak ada penggantian dinas.</p> <p>6. Apabila ada pegawai yang berhalangan masuk dinas selain alasan pada poin d maka pegawai tersebut wajib mencari pengganti dan menggantikan dinas pegawai lainnya yang menggantikan dinasnya.</p>
4	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS</p> <p>2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	Pelayanan penyediaan keperawatan pasien rawat inap
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>1. Email : rsudmubar@gmail.com</p> <p>2. Website : www.rsud@munabarat.go.id</p> <p>3. Telepon : 085341303812</p> <p>4. SMS : 085341303812</p>

Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 2. Undang-undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004. 3. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan. 4. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 5. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang perawatan : Tempat tidur pasien, bedside cabinet, kursi, tirai pemisah. 2. Ruang Perawat (Nurse Station) : Meja, kursi, lemari arsip, lemari obat, HT, alat monitoring untuk pemantauan terus menerus fungsi vital pasien. 3. Ruang Jaga perawat : Meja, kursi, loker 4. Ruang kepala ruangan : Meja, kursi, peralatan kantor lainnya 5. Kamar Mandi/WC (Pasien, petugas) : Kloset, wastafel, bak penampungan
9	Kompetensi pelaksana	<p>Kualifikasi sumber daya manusia di ruang perawatan Palem (Kelas II, I, VIP) adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala Ruangan <ol style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Memiliki sertifikat pelatihan Manajemen Kepala Ruangan, PPGD, PPI dan Clinical Instruktur

		<ul style="list-style-type: none"> c. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan, mampu mengambil keputusan klinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan. d. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 5 tahun. <p>b. Ketua Tim</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan/ kebidanan, mampu mengambil keputusan klinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan. c. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 2 tahun. <p>c. Clinical Instruktur/CI</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Memiliki kompetensi yang baik dalam melakukan tindakan Keperawatan c. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 3 tahun d. Memiliki sertifikat pelatihan Clinical Instruktur/CI <p>d. Pelaksana</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Bersedia bekerja dengan sistem shift c. Dapat melakukan Bantuan Hidup
--	--	--

		Dasar
10	Pengawasan Intenal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard
11	Jumlah Pelaksana	<p>Distribusi ketenagaan di Instalasi Rawat Inap ruang perawatan Palem (Kelas II, I, VIP) adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam, Dokter Spesialis Bedah dan Dokter Spesialis Anak. 2. Satu perawat untuk 5 tempat tidur/pasien dalam satu shift
12	Jaminan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai standard operasional prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Keselamatan pasien Instalasi Rawat Inap ruang perawatan Palem (Kelas II, I, VIP) di RSUD Kab. Muna Barat merupakan prioritas utama. Hal ini terkait dengan kepercayaan pelanggan. Adapun sistem yang sudah berjalan di Instalasi Rawat Inap ruang perawatan Palem (Kelas II, I, VIP) adalah :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan mutu harian : pelaksanaan kontrol harian dalam rangka untuk mengontrol kelayakan reagensia maupun alat pemeriksaan. 2. Pemantauan mutu Bulanan dan Tahunan dilaksanakan dengan keikutsertaan Instalasi Rawat Inap di RSUD Kab. Muna Barat ditingkat regional, nasional maupun internasional. 3. Identifikasi pasien dengan barcode

		<p>4. Sistem pemeriksaan dan pelaporan hasil penanganan Laboratory Information System (LIS)</p> <p>5. Menuliskan asal pasien dilembar hasil pemeriksaan</p> <p>6. Perbedaan pengambilan hasil dari rawat inap dengan rawat jalan</p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>1. Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilaksanakan minimal 2 kali dalam setahun</p> <p>2. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien.</p>

b. Standar Pelayanan Keperawatan Di Ruang Sawit

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>1. BRM</p> <p>2. Surat pengantar rawat inap kelas III</p> <p>3. Surat egibilitas pasien/SEP rawat inap yang diterbitkan oleh RS untuk pasien BPJS</p> <p>4. Surat keterangan dari kepolisian untuk pasien KLL</p> <p>5. Form transfer antar ruangan</p>

2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. PELAKSANAAN PENERIMAAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tiba diruang perawatan diantar oleh petugas perawat poliklinik/perawat Instalasi Gawat Darurat 2. Sampai diruang perawatan perawat melakukan verifikasi pasien (nama, tanggal lahir, alamat, jenis kelamin) sambil mencocokkan dengan status pasien dan gelang pasien bila sudah terpasang. 3. Perawat melakukan assessment keperawatan awal (berdasarkan usia/kelompok/kasus pasien) 4. Pasien yang berasal dari poli klinik perawat melakukan pengkajian awal yang terdiri dari tanda-tanda vital, pengkajian nyeri, pengkajian resiko jatuh, riwayat kesehatan, untuk kasus anak ditambah riwayat tumbuh kembang. Sedangkan pasien yang berasal dari IGD maka perawat meneruskan asesmen/pengkajian awal dari pengkajian fisik sampai dengan masalah keperawatan yang timbul dan di dokumentasikan disertai dengan tanda tangan dan nama
---	---------------------------------	--

		<p>lengkap perawat yang mengkaji.</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Perawat melakukan orientasi pada pasien dan keluarga tentang petugas yang akan merawat, asuhan keperawatan, waktu konsultasi dan visite dokter, hak dan kewajiban, fasilitas ruangan, cuci tangan. 6. Dokter melakukan asesmen medis awal dilembar anamneses dan pemeriksaan fisik. 7. Perawat melakukan pengkajian sesuai dengan masalah pasien. 8. Tentukan diagnose pasien, buat rencana medis/keperawatan berdasarkan skala prioritas (mulai dari keadaan umum pasien, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang) kolaborasikan dengan dokter spesialis lain atau yang merawat untuk tindakan medis, pemberian terapi dan tindakan pelayanan. Selanjutnya atau kolaborasikan dengan tim medis lain bila diperlukan. 9. Informasikan/berikan edukasi kepada keluarga/pasien untuk ikut dalam pengambilan
--	--	--

		<p>keputusan untuk pelayanan selanjutnya dan didokumentasikan.</p> <p>B. PELAKSANAAN ORIENTASI PASIEN</p> <p>Pasien dilakukan orientasi pada saat masuk dalam ruang perawatan yang meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perkenalan terhadap perawat jaga b. Memperkenalkan ruang perawatan yang ditempati pasien c. Menjelaskan dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) terhadap pasien d. Menjelaskan cara penggunaan peralatan seperti: <ol style="list-style-type: none"> a) Cara operasional tempat tidur b) Jam visite dokter c) Jam berkunjung d) Jam makan siang e) Jam tindakan rutin f) Cara pemasangan gelang identitas g) Tanda resiko jatuh h) Lokasi kamar mandi <p>C. PELAKSANAAN PEMBERIAN ASUHAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan asesmen pasien baik asesmen medis dan asesmen keperawatan atau asesmen lainnya sesuai kebutuhan. 2. Melakukan penegakan
--	--	---

		<p>diagnose medis dan perawatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Membuat NCP (Nursing Care Plan) 4. Melaksanakan tindakan baik tindakan dependen atau independen 5. Melakukan evaluasi (SOAP) 6. Melakukan dokumentasi asuhan pada Rekam Medis pasien <p>D. PELAKSANAAN PERAWATAN PASIEN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi kondisi pasien setiap shif atau sesuai kebutuhan 2. Pantau intake dan out put pasien 3. Identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan 4. Komunikasi efektif melalui metode S-BAR 5. Pengawasan penggunaan obat diruangan 6. Pelaksanaan operasi sesuai prosedur 7. Mencegah infeksi nosokomial dengan cuci tangan sesuai standar WHO 8. Mencegah pasien jatuh 9. Kolaborasi dengan dokter dan tim kesehatan yang lain.
--	--	---

		<p>E. Setelah pasien dinyatakan boleh keluar dari RS oleh Dokter, keluarga pasien segera mengurus administrasinya, dengan ketentuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS bisa langsung pulang/ rujuk balik ke faskes TK I/ rujuk ke RS yang lebih tinggi. 2. Pasien umum : keluarga pasien harus menyelesaikan pembayarannya di kasir dan diperbolehkan pulang/ rujuk ke RS yang lebih tinggi 3. Pasien Jasa Raharja bila sudah lengkap berkasnya (surat kepolisian) maka bisa langsung pulang / rujuk ke RS yang lebih tinggi <p>Catatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk administrasi BPJS 3 x 24 jam 2. Untuk administrasi Jasa Raharja selama pasien dalam perawatan.
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jangka waktu pelayanan : sesuai kasus pasien. 2. Perawat diruangan berjaga secara on site, dalam 24 jam terbagi menjadi 2 waktu dinas, yaitu dinas pagi, sore s/d malam. 3. Pembagian waktu jam dinas yaitu <ul style="list-style-type: none"> ➤ Dinas Pagi dari jam 08.00 – 16.00 ➤ Dinas Sore s/d malam dari jam 16.00 – 08.00

		<p>7. Pengaturan jadwal dinas Perawat di ruangan dilakukan oleh Kepala Ruangan</p> <p>8. Apabila ada pegawai yang mengalami sakit atau ada anggota keluarga yang meninggal, serta musibah maka penjadwalan dinas diatur kembali oleh Kepala ruangan, dan tidak ada penggantian dinas.</p> <p>9. Apabila ada pegawai yang berhalangan masuk dinas selain alasan pada poin d maka pegawai tersebut wajib mencari pengganti dan menggantikan dinas pegawai lainnya yang menggantikan dinasnya.</p>
4	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS</p> <p>2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p> <p>3. Asuransi/Jasa Raharja Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<p>Pelayanan rawat inap :</p> <p>1. Pelayanan pasien rawat inap</p> <p>2. Pelayanan rujukan pasien</p>
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<p>1. Email : rsudmubar@gmail.com</p> <p>2. Website : www.rsud.munabarat.go.id</p> <p>3. Telepon : 085341303812</p> <p>4. SMS : 085341303812</p>

Manufacturing

7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none">1) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.2) Undang-undang Praktik Kedokteran Nomor 29 Tahun 2004.3) Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan.4) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.5) Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none">A. Ruang Interna Perempuan<ol style="list-style-type: none">1. Bed pasien2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>)3. Kursi penunggu4. AC5. Kipas angin6. <i>Exhaust fan</i>B. Ruang Interna Laki-Laki<ol style="list-style-type: none">1. Bed pasien2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>)3. Kursi penunggu4. AC5. Kipas angin6. <i>Exhaust fan</i>A. Ruang Isolasi A<ol style="list-style-type: none">1. Bed pasien2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>)3. Kursi penunggu4. Kipas anginD. Ruang Isolasi B<ol style="list-style-type: none">1. Bed pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>) 3. Kursi penunggu 4. AC 5. Kipas angin 6. <i>Exhaust fan</i> <p>E. Ruang Bedah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed pasien 2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>) 3. Kursi penunggu 4. AC 5. Kipas angin <p>F. Ruang Anak</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed pasien 2. Lemari (<i>bed side cabinet</i>) 3. Kursi penunggu 4. AC 5. Kipas angin <p>G. Ruang Nurse Station</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja Nurse Station 2. Lemari kaca (ALKES/BMHP) 3. Lemari kaca (form/laken bersih) 4. Rak form 5. Tempat kunci / stempel 6. Meja kantor 7. Kipas angin 8. AC portable 9. Kursi 10. Tempat sampah 11. LED Film Viewer 12. Jam dinding 13. Kipas angin 14. Computer 15. HT 16. Lampu emergensi 17. Troli emergensi 18. Troli oksigen 19. Troli BMHP 20. Troli ALKES 21. APAR 22. Oksigen elektrik 23. Alat suction <p>H. Ruang Obat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemari obat 2. Kulkas
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> 3. Laci BMHP 4. Autoklaf 5. Tempat sampah 6. Wastafel 7. Kamar mandi <p>I. Ruang petugas</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Loker petugas 2. Kaca hias 3. Kipas angin 4. kamar mandi 5. Bed 6. Dispenser <p>J. Lorong</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kursi roda 2. Brancard 3. Handrub 4. Tempat sampah
9	Kompetensi pelaksana	<p>1. Kepala Ruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Memiliki sertifikat pelatihan Manajemen Kepala Ruangan, PPGD, PPI dan Clinical Instruktur c. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan, mampu mengambil keputusan klinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan d. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 5 tahun <p>2. Ketua Tim</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pendidikan minimal D III Keperawatan b. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan, mampu mengambil

		<p>keputusan klinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan.</p> <p>c. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 2 tahun</p> <p>3. Clinical Instruktur/CI</p> <p>a. Pendidikan minimal D III Keperawatan</p> <p>b. Memiliki kompetensi yang baik dalam melakukan tindakan Keperawatan</p> <p>c. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 3 tahun</p> <p>d. Memiliki sertifikat pelatihan Clinical Instruktur/CI</p> <p>4. Pelaksana</p> <p>a. Pendidikan minimal D III Keperawatan</p> <p>b. Bersedia bekerja dengan sistem sifit</p> <p>c. Dapat melakukan Bantuan Hidup Dasar</p> <p>5. Dokter</p> <p>d. Dokter spesialis penyakit dalam</p> <p>e. Dokter spesialis bedah umum</p> <p>f. Dokter spesialis anak</p>
10	Pengawasan Intenal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit dalam (1 orang) 2. Dokter Spesialis bedah umum (1 orang) 3. Dokter Spesialis anak (1 orang) 4. Kepala ruangan (1 orang) 5. KATIM (4 orang) 6. Perawat pelaksana (19 orang) 7. CS (3 orang)

12	Jaminan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai standard operasional prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan keamanan: Pemenuhan hak pasien 2. Jaminan keselamatan : Pelaksanaan <i>pasien safety</i>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 kali dalam setahun, untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

3. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Umum : Kartu Identitas, Kartu Berobat (bila ada). b. Pasien BPJS : Kartu berobat (bila ada), Kartu KIS, Kartu Identitas & Surat Egibilitas Pasien/SEP (yang diterbitkan oleh RS). c. Pasien Jasa Raharja : Kartu berobat, Kartu Identitas, Surat Perintah Mondok, Surat Laporan dari Kepolisian & Surat Jaminan dari Jasa Raharja. d. Pasien UHC (universal Health Coverage): Pasien yang berdomisili dari kabupaten Muna Barat dan tidak memiliki/ditanggung oleh BPJS.dengan membawa <ul style="list-style-type: none"> - Foto Kopy kartu Keluarga - SPTJM Ruangan - Foto pasien yang sementara di rawat

2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>1. Pasien datang di instalasi gawat darurat, sementara keluarga pasien/pengantar pasien mengurus pendaftaran di loket pendaftaran Gawat Darurat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien/pengantar pasien mengurus administrasi pasien sesuai jenis pembayaran pasien: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien BPJS : <ul style="list-style-type: none"> - Mengurus SEP (Surat Egibilitas Pasien) dan persyaratan lainnya. b. Pasien Umum: <ul style="list-style-type: none"> - Mengurus persyaratan administrasi kemudian membayar biaya administrasi di kasir. c. Pasien Jasa Raharja : <ul style="list-style-type: none"> - Mengurus persyaratan penjaminan biaya perawatan. d. Pasien UHC (universal Health Coverage) : <p>Pasien yang berdomisili dari kabupaten Muna Barat dan tidak memiliki/ditanggung oleh BPJS.dengan membawa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Foto Kopy kartu Keluarga - SPTJM Ruangan - Foto pasien yang sementara di rawat <p>2. Perawat IGD melakukan Triase di ruang triase yaitu dengan menerima pasien, melakukan penilaian cepat tentang keadaan klinis pasien, memutuskan prioritas penanganan pasien berdasarkan kegawatdaruratan: Kategori P1 (Prioritas 1)</p>
---	---------------------------------	---

		<p>response pelayanan dengan waktu 0-5 menit, kategori P2 (Prioritas 2) response pelayanan 45 menit, kategori P3 (Prioritas 3) response time pelayanan 60 menit, kategori P4 (Prioritas 4) dengan response time pelayanan 120 menit dengan meningkatkan sarana dan prasarana serta performa dari manajemen Instalasi Gawat Darurat rumah sakit sesuai standar.</p> <p>3. Untuk pasien darurat dilakukan tindakan sesuai kebutuhan, jika diperlukan maka akan dilakukan pemeriksaan penunjang serta konsultasi oleh dokter spesialis.</p> <p>4. Untuk pasien gawat darurat dilakukan resusitasi dan stabilisasi, jika diperlukan maka akan dilakukan pemeriksaan penunjang serta konsultasi oleh dokter spesialis. Dan untuk kondisi tertentu, jika diperlukan pasien juga bisa langsung menuju OK atau ICU untuk perawatan lebih lanjut.</p> <p>5. Pengambilan Obat :</p> <p>6. Pasien BPJS/ Jasa Raharja : Pasien yang mendapatkan resep dari dokter kemudian menuju apotik untuk mendapatkan obat.</p> <p>7. Untuk Pasien Umum : Pasien yang mendapatkan resep dari dokter kemudian menuju apotik utk mendapatkan harga obat kemudian membayar ke kasir dan kembali ke apotik untuk mendapatkan obat.</p> <p>8. Setelah pasien dinyatakan boleh keluar dari RS, keluarga pasien melakukan pengurusan penyelesaian administrasi untuk :</p> <p>9. Pulang,</p>
--	--	--

		<p>10. Rawat inap,</p> <p>11. Rujuk ke RS yang lebih tinggi.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Instalasi gawat darurat merupakan salah satu pintu utama atau garda terdepan dalam memberikan pelayanan bagi masyarakat selama 24 jam.</p> <p>Untuk waktu lama triase untuk memutuskan prioritas penanganan pasien berdasarkan kegawatdaruratan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kategori P1 (Prioritas 1) response pelayanan dengan waktu 0-5 menit, - kategori P2 (Prioritas 2) response pelayanan 45 menit - kategori P3 (Prioritas 3) response time pelayanan 60 menit - kategori P4 (Prioritas 4) dengan response time pelayanan 120 menit dengan meningkatkan sarana dan prasarana serta performa dari manajemen Instalasi Gawat Darurat rumah sakit sesuai standar. <p>Lama pelayanan per pasien di IGD 6 – 8 jam untuk menentukan pasien Rencana Rawat inap Sesuai dengan indikasi medis yang sudah ditentukan oleh Dokter.</p> <p>Untuk tenaga dokter 1x 24 jam ,dan perawat yang jaga 1 tim dalam 12 jam.</p>
4	Biaya / Tarif	<p>Mekanisme pembiayaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien peserta BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum,UHC Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<p>Pelayanan IGD</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmasi • Pelayanan Triage • Pelayanan Sisrute • Pelayanan Bedah • Pelayanan Non-Bedah • Pelayanan Anak • Radiologi • Pelayanan Ambulance

6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktek kedokteran 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik. 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 161/MENKES/PER/III/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/PER/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 7. KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja(K3) di Rumah Sakit. 8. KMK 370/2007 Standar Profesi Ahli Tehnologi laboratorium Kesehatan 9. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	1. Ruang Triase <ul style="list-style-type: none"> • Kit pemeriksaan sederhana (minimal 2) • Brankar penerimaan pasien (rasio/cross sectional) • Label (pada saat korban massal) 2. Ruang Tindakan <ul style="list-style-type: none"> a. Ruang Resusitasi <ul style="list-style-type: none"> 1) Peralatan Medis : <ul style="list-style-type: none"> • Nasopharingeal tube (minimal 1) • Oropharingeal tube (minimal 1) • Laringoskope set anak (minimal 1)

		<ul style="list-style-type: none"> • Laringoskope set dewasa (minimal 1) • Nasotrakheal tube (minimal 1) • Orotracheal (minimal 1) • Suction (sesuai jumlah TT) • Tracheostomy set (minimal 1) • Bag valve mask (dewasa & anak) (minimal 1) • Kanul oksigen (sesuai jumlah TT) • Oksigen mask (D/A) (minimal 1) • ECG (minimal 1) • Nasopharyngeal tube (minimal 1) • Stetoskop (minimal 1) • Thermometer (minimal 1) • Nebulizer (minimal 1) • Oksigen medis/consentrators (rasio 1 : 1 TT diIGD) <p>2) Immobilization Set</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neck collar (minimal 1 set) • Long spine board (minimal 1 set) • Splint (minimal 1 set) • Scoop stretcher (minimal 1 set) • Kendrick extriction Device (KED) (minimal 1 set) • Urine bag (minimal 1 set/ TT) • NGT (minimal 1 set) • Wound toilet set (minimal 1 set) <p>3) Obat-Obatan dan Alat Habis Pakai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cairan infus koloid • Cairan infus kristaloid • Cairan infus dextrose • Adrenalin • Sulpat atropine
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Kortikosteroid • Lidokain • Dextrose 50% • Aminophilin • Morfin • Anti convulsion • Dopamine • Dobutamin • ATS, TT • Trombolitik • Amiodaron (inotropic) • APD : masker, sarung tangan • Mannitol • Furosemide <p>Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di IGD tanpa harus diresepkan</p> <p>b. Ruang Tindakan Bedah</p> <p>1) Alat Medis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meja operasi/tempat tidur tindakan (minimal 1) • Dressing set (minimal 10) • Infusion set (minimal 10) • Tiang infus (minimal 2) • Lampu operasi (minimal 1) • Thermometer (minimal 1) • Stetoskop (minimal 1) • Suction (minimal 1) • Sterilisator (minimal 1) • Bidai (minimal 1) • Splint (minimal 1) <p>2) Obat-obatan Habis Pakai</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analgetik
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> • Antiseptic • Cairan kristoloid • Lidokain • Wound dressing • Alat-alat anti septik • ATS • Anti bias ular • Benang jarum <p>Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di ruang tindakan bedah tanpa harus diresepkan</p> <p>c. Ruang Tindakan Medik</p> <p>1) Peralatan Medik</p> <ul style="list-style-type: none"> • EKG (minimal 1) • Kursi periksa (minimal 1) • Nebulizer (minimal 1) • Suction (minimal 1) • Oksigen medis (minimal 1) • NGT (minimal 1) • Syrine pump (minimal 2) • Infusion pump (minimal 2) • Jarum spinal (minimal 1) • Tiang infus (minimal 1) • Tempat tidur (minimal 1) • Film viewer (minimal 1) <p>2) Obat-Obatan dan Bahan Habis Pakai</p> <ul style="list-style-type: none"> • SA • Aminophilin • Dopamine • Kristaloid • Cairan infus koloid • Cairan infus Kristaloid
--	--	---

- Cairan infus dextrose
- Adrenalin
- Sulpat atropine
- Kortikosteroid
- Lidokain
- Dextrose 50%
- Aminophilin/ β 2 blokker
- Morfin
- Anti convulsion
- Dopamine
- Debutamin
- ATS
- Trombolitik
- Amiodaron (inotropic)
- APD : masker, sarung tangan
- Mannitol
- Furosmide

Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di ruang tindakan bedah tanpa harus diresepkan.

d. Ruang Tindakan Bayi & Anak

1) Peralatan Medis

- Incubator (minimal 1)
- Tiang infus (minimal 1)
- Tempat tidur (minimal 1)
- Film viewer (minimal 1)
- Suction (minimal 1)
- Oksigen (minimal 1)

2) Obat-obatan dan Bahan Habis Pakai

- Stesolid
- Mikro drips set

Obat-obatan harus selalu tersedia dalam jumlah yang cukup di ruang tindakan bayi & anak tanpa harus diresepkan.

9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karu IGD dengan standar pendidikan S1.Keperawatan +Profesi Ners,dengan sertivikat BLS/BTCLS. 2. Ka TIM / Perawat Pelaksana IGD dengan standar pendidikan D3 Keperawatan,Bersertifikat BHD 3. Dokter IGD standar pendidikan Dokter umum Bersertifikat ACLS/ATLS
10	Pengawasan Internal	Pemantapan mutu internal dilakukan dengan cara kontrol harian dengan bahan kontrol yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 kepala Ruangan (Ka Ru) 2. Perawat Pelaksana 17 orang
12	Jaminan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>A. Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.</p> <p>B. Kepedulian pengambil kebijakan, manajemen dan praktisi klinis terhadap keselamatan pasien. Berbagai seminar, workshop, dan pelatihan banyak diadakan; patient safety, risk management, clinical audit, patient safety indicators – dengan berbagai motif. Bahwa sistem regulasi pelayanan kesehatan bersifat kompleks. Mutu pelayanan dan keselamatan pasien disebutkan secara eksplisit dalam UU Kesehatan No 36/2009, antara lain, melalui uji kompetensi tenaga kesehatan, kendali mutu, pelayanan sesuai standar dan audit medis, Sarana dan prasarana serta SDM kesehatan harus</p>

		terstandarisasi
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

4. Standar Pelayanan Instalasi Bedah Sentral

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> a. Setiap pasien yang akan dilakukan tindakan operasi, oleh operator harus dinyatakan sebagai penderita tindakan operasi di dalam Status Pasien oleh Dokter Penanggung Jawab b. Operator memberikan penjelasan kepada pasien dan atau keluarganya tentang permasalahan operasi yang akan dijalani c. Pasien dan atau pihak keluarga harus membuat persetujuan tindakan operasi yang akan dilakukan, di Lembar Persetujuan Tindakan Medis;
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Pendaftaran Dan Pencatatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sebelum pasien didaftarkan ke petugas kamar operasi, petugas terkait dimana pasien dirawat memastikan ruangan perawatan untuk pasien pasca operasi 2. Demikian juga apabila pasien dari Poli maka petugas Poli Memfasilitasi Pasien Untuk didaftarkan kepetugas Sentral opname dan Mendapatkan Ruang Perawatan Pasca operasi 3. Apabila ruangan tidak tersedia atau full maka pasien dirujuk 4. Apabila pasien telah dirawat maka petugas terkait dimana pasien dirawat, mendaftarkan pasien tersebut ke Petugas Kamar Operasi untuk pelaksanaan operasi termasuk hari dan jam operasi; 5. Petugas Kamar Operasi menulis pendaftaran operasi di Buku Register Operasi sesuai tanggal dan jam operasi; 6. Petugas Pengirim pasien dari Instalasi terkait melengkapi persyaratan administrasi dari pasien antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a. Status Lengkap Pasien atau Rekam Medis pasien; b. Lembar Persetujuan Operasi dari Operator;

		<p>c. Data Pemeriksaan Penunjang;</p> <p>B. Pelaksanaan Operasi.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Di Instalasi asal, Petugas instalasi terkait memberikan perlakuan pra operasi terhadap pasien antara lain: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang akan dioperasi, daerah yang berambut harus diskiren (dicukur); b. Gigi palsu harus dilepas; c. Pasien tidak boleh memakai lipstik, cat kuku, dan perhiasan; d. Pasien harus memakai baju dan topi (mitela) khusus operasi; e. Pasien keadaan puasa sekitar 6 jam, (kecuali kasus emergency tergantung kebijakan operator); 2. Petugas Instrument mempersiapkan peralatan untuk proses operasi pada saat persiapan dan pada pelaksanaan operasi; 3. Semua Team yang akan melakukan operasi berganti pakaian dengan Seragam Operasi di kamar ganti, setelah itu memasuki Kamar Operasi dan tidak boleh keluar sampai proses operasi selesai; 4. Pembiusan pasien oleh Dokter Anastesi dilakukan sebelum Team Operasi memulai operasi dan hasilnya dicatat di Status Anastesi; 5. Selanjutnya tindakan operasi dilaksanakan dengan dipimpin oleh Operator, dan untuk peralatan operasi yang tempatnya berada diluar kamar operasi maka diambilkan oleh Perawat Sirkulasi; 6. Tindakan medis operasi dicatat pada lembar Laporan Operasi <p>C. Perlakuan Pasca Operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah operasi selesai dilakukan, pasien dibawa ke Ruang Pulih untuk perlakuan Post Operasi menunggu kesadaran pasien, keadaan pasien selama post operasi dicatat dalam Lembar Pasca Bedah di Ruang Pemulihan dan Lembar Observasi Ruang Pulih; 2. Pasien yang sudah dioperasi, setelah sadar di Ruang Pulih maka pasien keluar dari Instalasi Kamar Operasi, sedangkan untuk
--	--	---

		pasien yang kondisinya gawat darurat setelah pelaksanaan operasi maka dipindahkan ke kamar ICU untuk perawatan intensif
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Pola pengaturan jadwal ketenagaan Instalasi Bedah Sentral yaitu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Senin s/d Sabtu Pukul 08.00 – 17.00 • Apabila ada pasien rencana operasi emergensi diwajibkan hadir untuk pelaksanaan operasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan jadwal dinas dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh Kepala Ruangan Instalasi bedah sentral 2. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu Bulan 3. Untuk tenaga yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka Tenaga tersebut dapat mengajukan permintaan Izin kepada kepala ruangan dan TU. Apabila permintaan tersebut tidak mengganggu pelayanan maka permintaan disetujui.
4	Biaya / Tarif	<p>Mekanisme pembiayaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien peserta BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	Pelayanan tindakan operasi
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktek kedokteran 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

		<p>4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 161/MENKES/PER/III/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan.</p> <p>5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/PER/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p> <p>6. KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja(K3) di Rumah Sakit.</p> <p>7. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p>
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>1. Fasilitas dan Sarana Instalasi Bedah Central RSUD Muna Barat terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ruang penerimaan pasien 2 kamar dokter 2 Ruang Pembedahan 1 ruang ganti 1 ruangan kepala instalasi bedah central 1 ruang observasi bayi 1 ruang Recovery 1 ruang transfer pasien post OP 1 ruang Troli emergensi 1 kamar mandi 1 gudang 4 meja kerja <p>2. Peralatan Peralatan instalasi bedah sentral meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 mesin anastesi diruang pembedahan • 3 suction diruang pembedahan • 3 lampu operasi • 2 meja operasi • 3 troli emergensi • 6 tabung oksigen • 1 suction diruang observasi bayi • 4 tiang infus <p>3. Instrumen Operasi Peralatan instrumen operasi dirawat dan disterilkan oleh unit ruang sterilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 set laparatomi • 1 set herniarapy • 2 set sectio saesaria • 1 set instrumen bedah minor

		<ul style="list-style-type: none"> • 1 set instrumen bedah mayor <p>4. Program perbaikan dan pemeliharaan alat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Program pemeliharaan peralatan dan prasarana lainnya diBedah sentral berpedoman pada Program K-3 Rumah Sakit • Pemeliharaan terdiri dari : <ol style="list-style-type: none"> a. Pemeliharaan rutin yang dilakukan oleh petugas Kamar bedah b. Pemeliharaan yang dilakukan oleh petugas IPSRS c. Kalibrasi peralatan oleh teknisi
9	Kompetensi pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Operator <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Bedah, Obygn dan anastesia b. Memiliki STR dan SIP 2. Pelaksana <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII Keperawatan dengan mengikuti pelatihan anastesia atau bedah b. Memiliki STR, Surat Ijin Praktek, dan RKK 3. Tenaga Administrasi dengan kualifikasipendidikan minimal DIII Komputer
10	Pengawasan Internal	<p>Pemantapan Mutu Internal Dilakukan dengan cara kontrol harian dengan bahan kontrol yang terstandard.</p>
11	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 3. Dokter Anastesi 1 orang 4. Dokter bedah umum 1 orang 5. Dokter obgyn 1 orang 6. Perawat Klinis anastesi 2 orang 7. Perawat Bedah 5 orang 8. Tenaga Administrasi 1 Orang
12	Jaminan pelayanan	<p>Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.</p>
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Tata laksana keselamatan pasien Tahap Pre OP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penerimaan pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi Paien <ol style="list-style-type: none"> a. Nama b. Tgl Lahir

		<ul style="list-style-type: none"> c. Alamat d. Diagnosa <ol style="list-style-type: none"> 2. Memeriksa kelengkapan berkas <ul style="list-style-type: none"> a. Berkas sesuai dengan data pasien b. Persetujuan tindakan operasi c. Pemeriksaan lab d. Pemeriksaan radiologi <ol style="list-style-type: none"> 2. Persiapan operasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Pre medikasi 2. tidak ada besi, emas, gigi palsu dan logam yang ada pada tubuh pasien 3. Memberikan edukasi kepada pasien terkait tindakan dan pelayanan dikamar operasi 4. Persiapan instrumen operasi 5. Persiapan mesin anastesia <p>Tahap Intra OP</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Anastesia <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter anastesi memberikan edukasi kepada pasien rencana tindakan pembiusan 2. Bius dilakukan oleh dokter spesialis anastesia 3. Pemantauan TTV dilakukan oleh perawat klinis anastesi 2. Pembedahan <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah pasien terbius dilakukan proses drapping untuk menghilangkan micro organisme pada daerah yang akan dioperasi 2. Berdoa 3. Pembedahan dilakukan sesuai dengan kebutuhan pembedahan pada pasien <p>Tahap Post OP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah tindakan operasi pasien diobservasi sementara 2. Setelah operasi selesai dilakukan, pasien dibawa ke Ruang Pulih untuk perlakuan Post Operasi menunggu kesadaran pasien, keadaan pasien selama post operasi dicatat dalam Lembar Pasca Bedah di Ruang Pemulihan dan Lembar Observasi Ruang Pulih; 3. Pasien yang sudah dioperasi, setelah sadar di Ruang Pulih maka pasien keluar dari Instalasi Kamar Operasi, sedangkan untuk pasien yang
--	--	---

		kondisinya gawat darurat setelah pelaksanaan operasi maka dipindahkan ke kamar ICU untuk perawatan intensif
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

5. Standar Pelayanan Perawatan Kebidanan

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>A.Pasien BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM) 2. Kartu BPJS 3. Surat rujukan dari FKTP/FKTRL/SKDP 4. Kartu berobat <p>B.Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas (KTP/KK/SIM) 2. Kartu berobat
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien /keluarga datang dari IGD dan poli klinik kebidanan 2. Pelayanan / tindakan dilakukan di kamar bersalin atau untuk kasus bedah mayor refer ke IBS 3. Jika setelah dilakukan tindakan dan pasien perlu perawatan, maka pasien di refer ke ruangan nifas 4. Pasien bisa pulang setelah mendapat persetujuan dari DPJP.
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan keperawatan kebidanan 24 jam 2. Untuk penyakit tertentu, lama perawatan ditentukan oleh <i>clinical pathway</i>
4	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan persalinan normal 2. Pelayanan persalinan dengan penyelit oleh tim PONEK terlatih 3. Pelayanan persalinan dengan tindakan

		<p>operasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertolongan persalinan melalui section cesaria 5. Pelayanan KB eva section dan tvbektomi 6. Pelayanan konseling kb mantap
6	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2021 Tentang Percepatan Penurunan Stunting 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 417/Nakes/Per/II/2011 Tentang Komisi Akreditasi RS 5. Keputusan Menteri Kesehatan Republic Indonesia Nomor 1051/MENKES/SK/XI/2008 Tentang Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 Jam 6. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Saranan Prasarana/ Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Bersalin : 1 kamar dengan fasilitas 3 bed, AC, wastafel, lemari tempat penyimpanan alat, troli emergensi 2. Ruang Bersalin ISO : 1 kamar dengan 3 bed, kipas, lemari tempat penyimpanan alat. 3. Ruang Nifas : 2 kamar dengan vasilitas 8 bed, AC 2, kipas 2, bedside cabinet 8, kamar mandi 2, wastafel 2 4. Ruang Nifas ISO: 1 kamar dengan vasilitas 4 bed, kipas 1, bedside cabinet 3, kamar mandi 2, wastafel 2 5. Ruang Ginekologi : 1 kamar dengan vasilitas 4 bed, AC , kamar mandi 2, wastafel 2 6. Alat partus 2 set 7. Alat heacting 1 set 8. Nebulizer 1 set 9. Suction 1 10. Vacuum 1 11. Syringe pump 1 12. SPO2 1 13. Dopler 2 14. Spona 1 15. Kursi roda 1

		<ul style="list-style-type: none"> 16. Brangkar 2 17. Tiang infus 21 18. Lampu sorot 1 19. Tabung oksigen 3 20. Regulator 1 21. Neirbeken 1 22. Tensimeter 2 23. HT 1 24. Rok tempat 2 25. Topi/ helem 3 26. Kacamata/ face shield 4 27. Sepatu boot 4 28. Infant warmer 1
9	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis obstetri dan ginekology 2. Bidan minimal D III dan mempunyai STR dan SIP
10	Pengawasan Internal	Pemantapan mutu internal dilakukan dengan cara kontrol harian dengan bahan kontrol yang terstandar.
11	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. 1 Orang Spesialis Kandungan 2. 23 Orang Bidan 3. 1 Orang Admin
12	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan oleh dokter spesialis obstetri dan oleh petugas ginekology serta konsultasi dokter spesialis lainnya bila diperlukan 2. Dokter spesialis visite setiap hari kerja mulai dari jam 08.00 s/d 14.000 wita 3. Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai standar operasional prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten dibidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan Keamanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kejadian pasien jatuh dari tempat tidur 0 % 2. Kejadian pasien terinfeksi nosocomial 0% 3. Produk layanan dijamin dengan catatan rekam medic dan resep obat berlogo rumah sakit serta ditanda tangani oleh petugas pemberi layanan 4. Alat medis terkalibrasi setiap tahun.
14	Evaluasi Kinerja Pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 kali dalam setahun, untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

6 Standar Pelayanan Perinatologi

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1.	Persyaratan	<p>A. Pasien pindah dari IGD / Poli Anak</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Membawa Status lengkap Pasien Rawat Inap (Pasien sudah memakai gelang pasien) b. Foto Copy BPJS Ibu (1 Lembar) c. Foto Copy KK (1 Lembar) d. Foto Copy KTP Ibu (1 Lembar) <p>B. Pasien pindah dari OK / Kebidanan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Foto Copy BPJS Ibu (1 Lembar) b. Foto Copy KK (1 Lembar) c. Foto Copy KTP Ibu (1 Lembar)
2.	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Untuk pasien masuk dari IGD dan Poli Anak</p> <p>Setelah pasien tiba di ruang perinatologi pasien ditempatkan di tempat tidur, dan kedua belah pihak perawat IGD/Poli Anak dan Perinatologi melakukan pengoperan pasien secara SBAR, dan di tandatanganin oleh kedua belah pihak perawat dan di cap stempel SBAR di status, dan petugas perinatologi melakukan asesmen ulang dengan tujuan memahami pelayanan apa yang dicari oleh pasien, memilih pelayanan yang terbaik bagi pasien, menetapkan diagnose awal, memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya.</p> <p>B. Untuk pasien yang masuk lewat OK dan Kebidanan;</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien di bawa ke ruang perinatologi dan diletakkan di atas infanwarmer untuk dihangatkan b. Petugas perinatologi melaporkan / mendaftarkan pasien melalui aipon RSUD Kabupaten Muna Barat c. Petugas perinatologi menyarankan keluarga

		<p>untuk pergi ke ruang petugas admisi agar mendapatkan penjelasan tentang generan consen RSUD Kabupaten Muna Barat</p> <p>d. Persiapan dari petugas perinatologi terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Alat pemeriksaan fisik; stetoskop bayi, meteran bayi, tinta cap kaki bayi, timbangan bayi, thermometer bayi, tensimeter bayi 2) Status pasien , lengkap dengan semua formulir yang diperlukan <p>3. Langkah – langkah yang harus dilakukan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Memperkenalkan diri petugas perinatologi kepada keluarga dengan budaya 5 S (senyum, salam, sapa, sopan, dan santun) b) Lakukan komunikasi dengan dua arah, usahakan posisi petugas sejajar dengan pasien c) Verifikasi ulang nama pasien, dan setiap penyampaian
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Pengaturan Jaga di Ruang Perinatologi adalah sebagai berikut :</p> <p>A. Tenaga Medis :</p> <p>Dokter Spesialis Anak bertanggung jawab 1 x 24 jam dan melaksanakan visite</p> <p>B. Tenaga Perawat/Bidan Perinatologi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kepala Ruangan Perinatologi bertanggung jawab 1 x 24 jam dan melaksanakan dinas pagi setiap hari nya (non shift) b. Petugas administrasi bertugas non shift dari jam 08.00-16.00 (2 hari dinas 2 hari libur) c. Perawat/bidan pelaksana dalam 24 jam terbagi menjadi 2 waktu dinas, yaitu Dinas Pagi-Sore dan dinas Sore-Malam

		<p>d. Pembagian waktu jam dinas yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Dinas Pagi - Sore dari jam 08.00 – 16.15 Wita 2) Dinas Sore - Pagi dari jam 16.00 – 08.15 Wita <p>e. Pengaturan jadwal dinas Perawat / Bidan di ruangan dilakukan oleh Kepala Ruangan</p> <p>f. Apabila ada petugas yang mengalami sakit atau ada anggota keluarga yang meninggal, serta musibah maka dinas segera digantikan dengan petugas lain untuk menggantikan petugas yang berhalangan tersebut.</p>																																
4	Biaya / Tarif	<p>Mekanisme pembiayaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien peserta BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>																																
5	Produk Pelayanan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Judul Prosedur Tetap</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Tindakan Antropometri / Pemeriksaan Fisik</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Rawat gabung bayi</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Serah terima pasien bayi pulang</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Perlindungan terhadap penculikan bayi</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Mengganti popok bayi</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Beri minum bayi via : a. OGT b. Botol Dot c. Cup feeding</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Rawat tali pusat</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Memandikan bayi</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Rawat Caput succadenum</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Perawatan bayi BBLR</td> </tr> <tr> <td>11</td> <td>Perawatan bayi Makrosomia</td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>Perawatan bayi Omphalitis</td> </tr> <tr> <td>13</td> <td>Perawatan Bayi sepsis</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Resusitasi neonates</td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Perawatan bayi Gangguan nafas ringan dan</td> </tr> </tbody> </table>	No	Judul Prosedur Tetap	1	Tindakan Antropometri / Pemeriksaan Fisik	2	Rawat gabung bayi	3	Serah terima pasien bayi pulang	4	Perlindungan terhadap penculikan bayi	5	Mengganti popok bayi	6	Beri minum bayi via : a. OGT b. Botol Dot c. Cup feeding	7	Rawat tali pusat	8	Memandikan bayi	9	Rawat Caput succadenum	10	Perawatan bayi BBLR	11	Perawatan bayi Makrosomia	12	Perawatan bayi Omphalitis	13	Perawatan Bayi sepsis	14	Resusitasi neonates	15	Perawatan bayi Gangguan nafas ringan dan
No	Judul Prosedur Tetap																																	
1	Tindakan Antropometri / Pemeriksaan Fisik																																	
2	Rawat gabung bayi																																	
3	Serah terima pasien bayi pulang																																	
4	Perlindungan terhadap penculikan bayi																																	
5	Mengganti popok bayi																																	
6	Beri minum bayi via : a. OGT b. Botol Dot c. Cup feeding																																	
7	Rawat tali pusat																																	
8	Memandikan bayi																																	
9	Rawat Caput succadenum																																	
10	Perawatan bayi BBLR																																	
11	Perawatan bayi Makrosomia																																	
12	Perawatan bayi Omphalitis																																	
13	Perawatan Bayi sepsis																																	
14	Resusitasi neonates																																	
15	Perawatan bayi Gangguan nafas ringan dan																																	

		sedang
		16 Pasang infan warmer
		17 Pasang oksimeter
		18 Pasang incubator
		19 Metode kangguru
		20 Pasang foto therapy
		21 Pasang sering Pump
		22 Pasang CPAP
		23 Pasang HFN
		24 Penyimpanan ASI
		25 Penyimpanan PASI
		26 Sterilkan Botol dot
		27 Mengatur posisi bayi
		28 Kie pasien masuk
		29 Kie pasien pulang
		30 Antar bayi rawat gabung
		31 Melakukan IMD
		32 Pasang nebulizer
		33 Tampung tinja
		34 Pasang ETT
		35 Penangan bayi dengan labiopalastokisis
		36 Terima bayi dari ok / VK
		37 Pasang masker oksigen
		38 Klem dan gunting tali pusat
		39 Perawatan Sendawakan bayi
		40 Melayani Bayi hidrocephalus
		41 Melayani Imunisasi Hb 0
		42 Imunisasi HBIG
		43 ganti cairan infus
		44 Transportasi bayi
		45 Pemberian injeksi vit k
		46 Mengeluarkan jenazah dari ruang bayi
		47 Penanganan sepal hematoma
		48 Pasang kateter bayi
		49 Pasang Infus Pump
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		

7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Undang – undang Peraktek kedokteran No 29 Tahun 2004 4. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit; 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 159b/88 tentang Rumah Sakit; 6. Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 436/93 tentang berlakunya Standar Pelayanan Rumah Sakit dan Standar Pelayanan Medis; 7. Surat Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Kemenkes RI Nomor YM.02.03.3.5.2626 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya; 8. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana Prasarana/Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Invan Warmer 2. Inkubator 3. Foto Therapi 4. Box Baby (tempat tidur bayi) 5. Trolley Emergency 6. Trolley Obat 7. Timbangan Digital Baby 8. Suction 9. Infus Pump 10. Lemari Obat

		<ol style="list-style-type: none">11.Steteskop Bayi12.Pulse oksimeter13.Thermometer Digital Baby14.Meja mandi Bayi15.Tiang Infus16.Timbangan Manual Baby17.Meja Tulis18.Kursi citos19.Kursi pelastik20.Jam Dinding21.AC22.Apar23.Gayung24.Dispenser25.Galon Air Minum26.Remot AC27.Gayung28.Tong sampah29.Loker Perawat30.Kulkas31.Kabel Rol32.Komputer33.Lemari berkas34.Guting Biasa35.Gunting Tali Pusat36.Klem Tali pusat37.Bak Instrument38.Ambu bag39.Laringoskop/ Intubasi Set40.Tabung Oksigen Besar41.kartu Jaga Pasien42.syringe Pump43.CPAP
--	--	--

		<p>44.Mata lampu</p> <p>45.Wastafel</p> <p>46.HFN</p> <p>47.CPAP</p> <p>48.Oksigen</p> <p>49.Meja</p>
9	Kompetensi pelaksana	<p>1. Dokter Spesialis Anak</p> <p>Kualifikasi Pendidikan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Spesialis Anak b. Memiliki STR dan SIP <p>2. Kepala Ruangan</p> <p>Kompetensi minimal yang harus dimiliki Kepala Ruangan yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendidikan D III Kebidanan / Keperawatan dengan masa kerja minimal 3 tahun b. Memiliki STR dan SIP atau SIPB yang masih berlaku c. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan, maupun mengambil keputusanklinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan d. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 3 tahun <p>3. Ketua Tim</p> <p>Kompetensi minimal yang harus dimiliki Ketua Tim yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendidikan D III Kebidanan / Keperawatan b. Memiliki kompetensi yang baik dalam menegakkan diagnose keperawatan mampu mengambil keputusan klinis dan terampil dalam melakukan tindakan Keperawatan c. Memiliki STR dan SIP atau SIPB yang masih berlaku

		<p>d. Pengalaman bekerja sebagai pelaksana minimal 2</p> <p>4. Bidan / Perawat Pelaksana</p> <p>Kompetensi minimal yang harus dimiliki Bidan / Perawat Pelaksana yaitu:</p> <p>a. Pendidikan minimal D III Keperawatan/Kebidanan dengan masa kerja minimal 1 tahun</p> <p>b. Memiliki STR dan SIP atau SIPB yang masih</p> <p>5. Tenaga Administrasi</p> <p>Tenaga Administrasi dengan kualifikasi pendidikan minimal DIII Komputer</p>
10	Pengawasan Internal	Pemantapan Mutu Internal Dilakukan dengan cara kontrol harian dengan bahan kontrol yang terstandar.
11	Jumlah Pelaksana	<p>a. Dokter Spesialis Anak : 1 Orang</p> <p>b. Kepala Ruangan : 1 Orang</p> <p>c. Tenaga Administrasi : - Orang</p> <p>d. Bidan Pelaksana : 16 Orang</p>
12	Jaminan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Jaminan keamanan: Pemenuhan hak pasien</p> <p>2. Jaminan keselamatan : Pelaksanaan <i>pasien safety</i></p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

D. STANDAR PELAYANAN BIDANG PENUNJANG

1. Standar Pelayanan Farmasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>1. Persyaratan administrasi meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nama, umur, jenis kelamin, berat badan dan tinggi badan pasien.b. Nama, nomor ijin, alamat dan paraf dokter.c. Tanggal resepd. Ruangan/Unit asal resep <p>2. Persyaratan farmasetik meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Nama obat, bentuk dan kekuatan sediaanb. Dosis dan jumlah obatc. Stabilitasd. Aturan dan cara penggunaan <p>3. Persyaratan klinis meliputi :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ketepatan indikasi, dosis dan waktu penggunaan obatb. Duplikasi pengobatanc. Alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD)d. Kontraindikasie. Interaksi obat
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Pengelolaan Perbekalan Farmasi</p> <p>1. Pemilihan/Seleksi Perbekalan Farmasi</p> <p>Pemilihan adalah kegiatan untuk menetapkan jenis sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan. Pemilihan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai berdasarkan :</p> <p>1) Formularium dan standar pengobatan/pedoman diagnosa dan terapi</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2) Standar sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang telah ditetapkan 3) Pola penyakit 4) Efektifitas dan keamanan 5) Pengobatan berbasis bukti 6) Mutu 7) Harga 8) Ketersediaan di pasaran <p>Penyusunan dan revisi Formularium Rumah Sakit dikembangkan berdasarkan pertimbangan terapeutik dan ekonomi dari penggunaan obat agar dihasilkan Formularium Rumah Sakit yang selalu mutakhir dan dapat memenuhi kebutuhan pengobatan yang rasional. Tahapan penyusunan Formularium Rumah Sakit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 9) Membuat rekapitulasi usulan obat dari masing-masing Staf Medik Fungsional (SMF) berdasarkan standar terapi atau standar pelayanan medic. 10) Mengelompokkan usulan obat berdasarkan kelas terapi. 11) Membahas usulan tersebut dalam rapat Tim Farmasi dan Terapi (TFT), jika diperlukan dapat meminta masukan di pakar 12) Mengembalikan rangcangan hasil pembahasan Tim Farmasi dan Terapi (TFT), dikembalikan ke masing-masing SMF untuk mendapatkan umpan balik. 13) Membahs hasil umpan balik dari masing-masing SMF 14) Menetapkan daftar obat yang masuk dalam Formularium Rumah Sakit. 15) Menyusun kebijakan dan pedoman untuk implementasi
--	--	--

		<p>16) Melakukan edukasi mengenai Formularium Rumah Sakit kepada Staf dan melakukan monitoring</p> <p>2. Perencanaan Perbekalan Farmasi</p> <p>Perencanaan dilakukan untuk menghindari kekosongan obat dengan menggunakan metode yang dapat dipertanggungjawabkan dan dasar-dasar perencanaan yang telah ditentukan, antara lain dengan menggunakan metode konsumsi, metode epidemiologi, kombinasi metode konsumsi dan metode epidemiologi dan disesuaikan dengan anggaran yang tersedia.</p> <p>3. Pengadaan Pembekalan Farmasi</p> <p>Pengadaan merupakan kegiatan yang dimaksudkan untuk merealisasikan perencanaan kebutuhan. Pengadaan yang efektif harus menjamin ketersediaan, jumlah, dan waktu yang tepat dengan harga yang terjangkau dan sesuai standar mutu. Pengadaan merupakan kegiatan yang berkesinambungan dimulai dari pemilihan, penentuan jumlah yang dibutuhkan, penyesuaian antara kebutuhan dan dana, pemilihan metode pengadaan, pemilihan pemasok, penentuan spesifikasi kontrak, pemantauan proses pengadaan dan pembayaran.</p> <p>Pengadaan dapat dilakukan melalui :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pembelian b. Produksi sediaan farmasi c. Sumbangan /<i>dropping</i>/hibah d. Peminjaman e. Penerimaan Pembekaln Farmasi <p>4. Penerimaan Perbekalan Farmasi</p> <p>Penerimaan merupakan kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis, spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam kontrak atau</p>
--	--	--

		<p>surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima. Semua dokumen terkait penerimaan barang harus tersimpan dengan baik.</p> <p>5. Penyimpanan Perbelakan Farmasi</p> <p>Penyimpanan merupakan kegiatan pengaturan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai menurut persyaratan yang ditetapkan. Setelah barang diterima di Instalasi Farmasi perlu dilakukan penyimpanan sebelum dilakukan pendistribusian.</p> <p>6. Distribusi Perbekalan Farmasi</p> <p>Distribusi merupakan suatu rangkaian kegiatan dalam rangka menyalurkan/menyerahkan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dari tempat penyimpanan sampai kepada unit pelayanan/pasien dengan tetap menjamin mutu, stabilitas, jenis, jumlah dan ketepatan waktu.</p> <p>7. Penghapusan Perbekalan Farmasi</p> <p>Pemusnahan dan penarikan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang tidak dapat digunakan harus dilaksanakan dengan cara yang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.</p> <p>8. Pengawasan Dan Pengendalian Perbekalan Farmasi</p> <p>Pengendalian di lakukan terhadap jenis dan jumlah persediaan dan penggunaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis paka. Pengendalian penggunaan sediaan farmasi alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dapat dilakukan oleh instalasi farmasi bersama dengan tim farmasi dan teraphi di rumah sakit.</p>
--	--	--

		<p>9. Pencatatan Dan Laporan</p> <p>Pencatatan di lakukan pada setiap proses pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai meliputi pengadaan (surat pesanan, faktur), penyimpanan (kartu stock), penyerahan (nota atau strul penjualan) dan pencatatan lainnya disesuaikan dengan kebutuhan.</p> <p>B. Pelayanan Farmasi Klinik</p> <p>Pelayanan farmasi klinik merupakan pelayanan lansung yang diberikan apoteker kepada pasien dalam rangka meningkatkan outcome terapi dan meminimalkan risiko terjadinya efek samping karena obat, untuk tujuan keselamatan pasien(patient safety)sehingga kualitas hidup pasien (quality of life)terjamin.</p> <p>1. Pengkajian Dan Pelayanan Resep</p> <p>Pelayan resep di mulai dari penerimaan, pemeriksaan ketersediaan, pengkajian resep, penyiapan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medin habis pakai termasuk peracikan obat, pemeriksaan, penyerahan disertai pemberiaan informasi.Pada setiap tahap alur pelayanan resep di lakukan upaya pencegahan terjadinya kesalahan pemberian obat (medication error).</p> <p>2. Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat</p> <p>Tahapan penelusuran riwayat penggunaan obat :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Membandingkan riwayat penggunaan obat dengan data rekam medik/pencatatan penggunaan obat untuk mengetahui perbedaan informasi penggunaan obat. b. Melakukan verifikasi riwayat penggunaan obat yang diberikan oleh tenaga kesehatan lain dan memberikan informasi tambahan yang
--	--	--

		<p>diperlukan.</p> <ol style="list-style-type: none"> c. Mendokumentasikan adanya alergi dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki (ROTD). d. Mengidentifikasi potensi terjadinya interaksi obat. e. Melakukan penilaian terhadap kepatuhan pasien dalam menggunakan obat. f. Melakukan penilaian rasionalitas obat yang diresepkan. g. Melakukan penilaian terhadap pemahaman pasien terhadap obat yang digunakan h. Melakukan penilaian adanya bukti penyalahgunaan obat. i. Melakukan penilaian terhadap tehnik penggunaan obat. j. Memeriksa adanya kebutuhan pasien terhadap obat dan alat bantu kepatuhan minum obat (<i>concordance aids</i>). k. Mendokumentasikan obat yang digunakan pasien sendiri tanpa sepengetahuan dokter. l. Mengidentifikasi terapi lain, misalnya suplemen dan pengobatan alternatif yang mungkin digunakan oleh pasien. <p>Kegiatan penelusuran riwayat penggunaan obat meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Penelusuran riwayat penggunaan obat kepada pasien/ keluarganya b. Melakukan penilaian terhadap peraturan penggunaan penggunaan obat pasien <p>3. Rekonsiliasi Obat</p> <p>Rekonsiliasi obat merupakan proses membandingkan instruksi pengobatan dengan obat yang telah didapat</p>
--	--	--

		<p>pasien. Rekonsiliasi dilakukan untuk mencegah terjadinya kesalahan obat (<i>medication error</i>) seperti obat tidak diberikan, duplikasi, kesalahan dosis atau interaksi obat. Kesalahan obat (<i>medication error</i>) rentan terjadi pada pemindahan pasien dari satu Rumah Sakit ke Rumah sakit lain, antar ruang perawatan, serta pada pasien yang keluar dari Rumah Sakit ke layanan kesehatan primer dan sebaliknya.</p> <p>Tahapan rekonsiliasi obat yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pengumpulan data b) Komprasi c) Konfirmasi d) Komunikasi <p>4. Pelayanan Informasi Obat (PIO)</p> <p>Pelayanan Informasi Obat merupakan kegiatan penyediaan dan pemberian informasi, rekomendasi obat yang independen, akurat, tidak bias, terkini dan komprehesif yang dilakukan oleh Apoteker kepada dokter, Apoteker, perawat, profesi kesehatan lainnya serta pasien dan pihak lain diluar Rumah Sakit.</p> <p>5 Konseling</p> <p>Konseling obat adalah suatu aktivitas pemberian nasehat atau saran terkait terapi obat dari Apoteker (konselor) kepada pasien dan/atau keluarganya. Konseling untuk pasien rawat jalan maupun untuk rawat inap disemua fasilitas kesehatan dapat dilakukan atas inisiatif Apoteker, rujukan dokter, keinginan pasien atau keluarganya. Pemberian konseling yang efektif memerlukan kepercayaan pasien dan/atau keluarganya kepada Apoteker.</p> <p>Kegiatan dalam konseling meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Membuka komunikasi antara Apoteker dengan pasien
--	--	--

		<p>b. Mengidentifikasi tingkat pemahaman pasien tentang penggunaan obat melalui <i>Three Prime Questions</i></p> <p>c. Menggali informasi lebih lanjut dengan memberi kesempatan kepada pasien untuk mengeksplorasi masalah penggunaan obat</p> <p>d. Memberikan penjelasan kepada pasien untuk menyelesaikan masalah penggunaan obat</p> <p>e. Melakukan verifikasi akhir dalam rangka mengecek pemahaman pasien</p> <p>f. Dokumentasi</p> <p>Faktor yang perlu diperhatikan dalam konseling obat :</p> <p>6. Ronde/ visite Pasien</p> <p>Visite merupakan kegiatan kunjungan ke pasien rawat inap yang dilakukan Apoteker secara mandiri atau bersama tim tenaga kesehatan untuk mengamati kondisi klinis pasien secara langsung, dan mengkaji masalah terkait obat, memantau terapi obat dan Reaksi Obat yang Tidak Dikehendaki, meningkatkan terapi obat yang rasional, dan menyajikan informasi obat kepada dokter, pasien serta profesional kesehatan lainnya.</p> <p>7. Pemantauan Terapi Obat</p> <p>Pemantauan Terapi Obat (PTO) merupakan suatu proses yang mencakup kegiatan untuk memastikan terapi obat yang aman, efektif dan rasional bagi pasien.</p> <p>Tahapan PTO :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengumpulan data pasien b. Identifikasi masalah terkait obat c. Rekomendasi penyelesaian masalah terkait obat d. Pemantauan e. Tindak lanjut <p>8. Monitoring Efek Samping Obat</p>
--	--	--

		<p>Monitoring Efek Samping Obat (MESO) merupakan kegiatan pemantauan setiap respon terhadap obat yang tidak dikehendaki yang terjadi pada dosis lazim yang digunakan pada manusia untuk tujuan profilaksis, diagnose dan terapi. Efek Samping Obat adalah reaksi obat yang tidak dikehendaki yang terkait dengan kerja farmakologi.</p> <p>9. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO)</p> <p>Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) merupakan program evaluasi penggunaan obat yang terstruktur dan berkesinambungan secara kualitatif dan kuantitatif.</p> <p>10. Dispensing Sediaan Steril</p> <p>Dispensing sediaan steril harus dilakukan dengan teknik aseptik untuk menjamin sterilitas produk dan melindungi petugas dari paparan zat berbahaya serta menghindari terjadinya kesalahan pemberian obat.</p> <p>11. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)</p> <p>Kegiatan PKOD meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan penilaian kebutuhan pasien yang membutuhkan Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) b. Mendiskusikan kepada dokter untuk persetujuan melakukan Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) c. Menganalisis hasil pemeriksaan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) d. Menganalisis hasil pemeriksaan Kadar Obat dalam Darah (PKOD) dan memberikan rekomendasi
--	--	---

3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Untuk menunjang kinerja Rumah Sakit, maka sistem pelayanan FRS dilakukan pembagian berdasarkan jenis pelayanan, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan administrasi, sesuai jam kerja pada umumnya yaitu hari senin – jumat mulai jam 08.00-16.00 2. Pelayanan distribusi oleh Gudang Farmasi hari senin-sabtu mulai jam 08.00-14.00 3. Pelayanan obat untuk pasien rawat jalan hari senin-sabtu mulai jam 08.00-14.00 4. Pelayanan obat untuk pasien rawat inap dan UGD selama 24 jam, 7 hari dalam seminggu yang terbagi dalam 3 (tiga) shift, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Shift pagi pukul 08.00-14.00 b. Shift sore pukul 14.00-21.00 c. Shift malam pukul 21.00-08.00
4	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengkajian dan Pelayanan Resep 2. Penelusuran riwayat penggunaan obat 3. Rekonsiliasi obat 4. Pelayanan Informasi Obat(PIO) 5. Konseling 6. Visite ke ruangan rawat inap 7. Pemantauan Terapi Obat(PTO) 8. Monitoring Efek Samping Obat(MESO) 9. Evaluasi Penggunaan Obat (EPO) 10. Dispensing sediaan steril

		11. Pemantauan Kadar Obat dalam Darah (PKOD)
6	Penanganan Pengaduan Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika 2. Undang-Undang Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah sebagaimana telah diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2008. 3. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika. 4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 5. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 6. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat kesehatan. 7. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian. 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1197 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor HK.02.02/068 Tahun 2010 tentang Kewajiban Menggunakan Obat Generik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

		<p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 73 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.</p> <p>13. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p>
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>A. Standar Fasilitas</p> <p>Fasilitas utama dalam kegiatan pelayanan di Instalasi Farmasi terdiri dari :</p> <p>1. Ruang Kantor/Administrasi terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruang pemimpin b. Ruang staf c. Ruang kerja/administrasi tata usaha d. Ruang pertemuan <p>2. Ruang Produksi</p> <p>Persyaratan bangunan untuk ruangan produksi harus memenuhi kriteria :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Lokasi, lokasi jauh dari pencemaran lingkungan (udara, tanah, air dan tanah) b. Konstruksi, terdapat sarana perlindungan terhadap : <ul style="list-style-type: none"> • Cuaca • Banjir • Rembesan air • Bintang/sengga c. Rancangan bangunan dan penataan gedung diruang produksi harus memenuhi kriteria : <ul style="list-style-type: none"> • Diseusaiakan dangan alur barang, alur kerja/proses, alur orang/pekerja. • Pengendalian lingkungan terhadap udara,

		<p>permukaan langit-langit, dinding, lantai dan peralatan/sarana lain, barang masuk, petugas di dalam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luas ruangan minimal 2 (dua) kali daerah kerja = peralatan, dengan jarak setiap peralatan minimal 2,5 m. • Di luar ruang produksi ada fasilitas untuk lalu lintas petugas dan barang <p>d. Pembagian ruangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang dipisah antara obat jadi dan bahan baku • Ruang terpisah untuk setiap proses produksi • Ruang terpisah untuk produksi obat luar dan obat dalam • Gudang terpisah untuk produk antibiotik (bila ada) • Tersedia saringan udara, efisiensi minimal 98% • Permukaan lantai, dinding, langit-langit dan pintu harus : <ol style="list-style-type: none"> a) Kedap air b) Tidak terdapat sambungan c) Tidak merupakan media pertumbuhan untuk microba d) Mudah dibersihkan dan tahan terhadap bahan pembersih/desinfektan. e) Daerah pengelolaan dan pengemasan <ol style="list-style-type: none"> 1) Hindari bahan dari kayu, kecuali dilapisi cat epoxy/enamel 2) Persyaratan ruangan produksi dan ruang peracikan obat di Rumah Sakit. rumahSakit yang memproduksi sediaan perenteral steril atau sediaan
--	--	--

		<p>radiofarmaka harus memenuhi Cara Pembuatan Obat yang Baik (CPOB).</p> <p>3. Ruang Penyimpanan</p> <p>Rumah Sakit harus mempunyai ruang penyimpanan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai yang disesuaikan dengan kondisi sanitasi, temperature, sinar/cahaya, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu produk dan keamanan petugas terdiri :</p> <p>a. Kondisi umum untuk ruang penyimpanan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obat jadi • Obat produksi • Bahan baku obat • Alat kesehatan <p>b. Kondisi khusus untuk ruang penyimpanan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obat termolabil • Bahan laboratorium dan reagensia • Sediaan farmasi yang mudah terbakar • Obat dan bahan obat berbahaya (narkoba/psikotropik) <p>4. Ruang Distribusi/Pelayanan</p> <p>Ruang distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai terdiri dari distribusi sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai rawat. Ruang distribusi harus cukup untuk melayani seluruh kebutuhan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai Rumah Sakit. Ruang distribusi terdiri dari :</p> <p>a. Ruang distribusi untuk pelayanan rawat jalan, dimana ada ruang khusus/terpisah untuk penerimaan resep dan peracikan.</p>
--	--	--

		<p>b. Ruang distribusi untuk pelayanan rawat inap, dapat secara sentralisasi maupun desentralisasi dimasing- masing ruang rawat inap.</p> <p>5. Ruang Konsultasi</p> <p>Ruang konsultasi/konseling obat harus ada sebagai sarana untuk apoteker member konsultasi/ konseling pada pasien dalam rangka meningkatkan pengetahuan dan kepatuhan pasien. Ruang konsultasi/konseling harus jauh dari hiruk piruk kebisingan lingkungan Rumah Sakit dan nyaman sehingga pasien maupun konselor dapat berinteraksi dengan baik. Ruang konsultasi/konseling dapat berada di Instalasi Farmasi rawat jalan maupun rawat inap.</p> <p>6. Ruang Infomasi obat</p> <p>Pelayanan Informasi obat dilakukan diruang tersendiri dengan dilengkapi sumber informasi dan teknologi komunikasi, berupa bahan pustaka dan telepon.</p> <p>7. Ruang Arsip Dokumen</p> <p>Harus ada ruangan khusus yang memandai dan aman untuk memelihara dan menyimpan dokumen dalam rangka menjamin agar penyimpanan sesuai hokum, aturan, persyaratan dan teknik manajemen yang baik.</p> <p>B. Peralatan</p> <p>Fasilitasi peralatan harus memenuhi syarat terutama untuk perlengkapan peracikan dan penyiapan baik untuk sediaan steril, non steril, maupun cair untuk obat luar dan dalam. Fasilitasi peralatan harus dijamin sensitive pada pengukuran dan memenuhi persyaratan, peneraan dan kalibrasi untuk peralatan tertentu setiap tahun. Peralatan yang</p>
--	--	--

		<p>paling kurang harus tersedia adalah sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan untuk penyimpanan, peracikan dan pembuatan obat baik steril dan non steril maupun aseptik/steril. 2. Peralatan kantor untuk administrasi dan arsip. 3. Kepustakaan yang memadai untuk melaksanakan Pelayanan Informasi Obat. 4. Lemari penyimpanan khusus untuk narkoba . 5. Lemari pendingin dan pendingin ruangan untuk obat yang termolabil. 6. Penerangan, sarana air, ventilasi dan system pembuangan limbah baik. 7. Alam <p>Macam-macam peralatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Peralatan kantor <ol style="list-style-type: none"> a. Mebeurlair (meja, kursi, lemari, buku/rak, filing cabinet dan lain-lain) b. Komputer c. Alat tulis kantor d. Telpon dan faksimili 2. Peralatan system komputerisasi <p>Sistem komputerisasi harus diadakan dan difungsikan secara optimal untuk kegiatan secretariat, pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan bahan medis habis pakai dan pelayanan farmasi klinik. Sistem informasi farmasi ini harus terintegrasi dengan system Informasi Rumah Sakit untuk meningkatkan efisiensi fungsi manajemen dan agar data klinik pasien mudah diperoleh untuk memonitoring terapi pengobatan dan fungsi kliniknya.</p> <p>Sistem komputerisasi meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jaringan
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> b. Perangkat keras c. Perangkat lunak (program aplikasi) <p>3. Peralatan produksi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peralatan farmasi untuk persediaan, peracikan dan pembuatan obat, baik non steril dan maupun steril/aseptic. b. Peralatan harus dapat menunjang persyaratan keamanan Cara Pembuatan Obat yang baik. <p>4. Peralatan <i>aseptic dispensing</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a. <i>Biological Safety Cabinet/Vertinal Laminar Air Flow Cabinet</i> (untuk pelayanan sitostatik). b. <i>Horizontal Laminar Air Flow Cabinet</i> (untuk pelayanan pencampuran obat suntik dan nutrisi parental). c. Pass-box dengan pintu berganda (<i>air-Lock</i>). d. Barometer e. Termometer f. <i>Wireless intercom</i> <p>5. Peralatan penyimpanan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Peralatan penyimpanan kondisi umum : <ul style="list-style-type: none"> • Lemari /rak yang rapi dan terlindung dari debu, kelembaban dan cahaya yang berlebihan. • Lantai dilengkapi dengan palet. b. Peralatan penyimpanan kondisi khusus : <ul style="list-style-type: none"> • Lemari pendingin dan AC untuk obat yang termolabil. • Fasilitas peralatan penyimpanan dingin harus divalidasi secara berkala. • Lemari penyimpanan khusus untuk narkotika dan obat psiktropika. • Peralatan untuk penyimpanan obat, penanganan dan pembuangan limbah
--	--	--

		<p>sitotoksik dan obat berbahaya harus dibuat secara khusus untuk menjamin keamanan petugas, pasien dan pengunjung.</p> <p>6. Peralatan pendistribusian/pelayanan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan rawat jalan (Apotek). Pelayanan rawat inap (satelit farmasi). Kebutuhan ruang perawatan /unit lain. <p>7. Peralatan konsultasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Buku kepustakaan, bahan-bahan leaflet, brosur dan lain-lain. Meja, kursi untuk Apoteker dan 2 orang pelanggan, lemari untuk menyimpan profil pengobatan pasien. Komputer Telpon Lemari arsip Kartu arsip <p>8. Peralatan ruang informasi obat</p> <ol style="list-style-type: none"> Perpustakaan yang memadai untuk melaksanakan Pelayanan Obat. Peralatan meja, kursi, rakbuku, dan kotak Komputer Telepon dan Faksimili Lemari arsip Kartu arsip TV dan VCD player <p>9. Peralatan ruang arsip</p> <ol style="list-style-type: none"> Kartu arsip Lemari/rak arsip
9	Kompetensi pelaksana	<p>A. Kepala Instalasi Farmasi</p> <p>Kualifikasi</p> <p>Apoteker yang sudah terdaftar di Kementerian kesehatan, mempunyai Surat Izin Praktek Apoteker</p>

		<p>(SIPA), pengalaman kerja di RS minimal 2 tahun, terdaftar di asosiasi profesi.</p> <p>B. Kepala Ruangan Logistik (Pengelolaan Perbekalan Farmasi)</p> <p>Kualifikasi</p> <p>Apoteker yang terdaftar di Kementerian Kesehatan memiliki STRA, pengalaman kerja di Instalasi Farmasi minimal 2 (dua) tahun.</p> <p>C. Koordinator Pelayanan Farmasi Klinik</p> <p>Kualifikasi</p> <p>Apoteker yang terdaftar Kementerian kesehatan memiliki STRA, pengalaman kerja di instalasi farmasi minimal 2 (dua) tahun.</p> <p>D. Koordinator Manajemen Mutu</p> <p>Kualifikasi</p> <p>Apoteker yang terdaftar di Kementerian kesehatan memiliki STRA, pengalaman kerja di instalasi farmasi minimal 2 (dua) tahun.</p> <p>E. Koordinator Administrasi</p> <p>Kualifikasi</p> <p>D3 farmasi yang terdaftar di Kementerian Kesehatan atau tenaga umum yang pengalaman minimal 2 (dua) tahun di Instalasi farmasi.</p>
10	Pengawasan Intenal	<p>Kegiatan Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perencanaan, yaitu menyusun rencana kerja dan cara monitoring dan evaluasi untuk peningkatan mutu sesuai mutu sesuai target yang ditetapkan. 2. Pelaksanaan, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Monitoring dan evaluasi capaian pelaksanaan rencana kerja (membandingkan antara capaian dengan rencana kerja) b. Memberikan umpan balik terhadap hasil capaian.

		<p>3. Tindakan hasil monitoring dan evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan perbaikan kualitas pelayanan sesuai target yang ditetapkan b. Meningkatkan kualitas pelayanan jika capaian sudah memuaskan <p>Tahapan Program Pengendalian Mutu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mendefinisikan kualitas Pelayanan Kefarmasian yang diinginkan dalam bentuk kriteria 2. Penilaian kualitas Pelayanan Kefarmasian yang sedang berjalan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan 3. Pendidikan personel dan peningkatan fasilitas pelayanan bila diperlukan 4. Penilaian ulang kualitas Pelayanan Kefarmasian 5. <i>Up date</i> kriteria <p>Langkah-langkah dalam aplikasi Program Pengendalian Mutu meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih subyek dalam program 2. Tentukan jenis Pelayanan Kefarmasian yang akan dipilih berdasarkan prioritas 3. Mendefinisikan kriteria suatu Pelayanan Kefarmasian sesuai dengan kualitas pelayanan yang diinginkan 4. Mensosialisasikan kriteria Pelayanan Kefarmasian yang dikehendaki 5. Dilakukan sebelum program dimulai dan disosialisasikan pada semua personil serta menjalin consensus dan komitmen bersama untuk mencapainya 6. Melakukan evaluasi terhadap mutu pelayanan yang sedang berjalan menggunakan kriteria 7. Apabila ditemukan kekurangan memastikan penyebab dari kekurangan tersebut
--	--	---

		<p>8. Merencanakan formula untuk menghasilkan kekurangan</p> <p>9. Mengimplementasikan formula yang telah direncanakan</p> <p>10. Reevaluasi dari mutu pelayanan</p> <p>Untuk mengukur pencapaian standar yang telah ditetapkan diperlukan indikator, suatu alat/tolak ukur yang hasil menunjuk pada ukuran kepatuhan terhadap standar yang telah ditetapkan. Indikator dibedakan menjadi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Indikator persyaratan minimal yaitu indikator yang digunakan untuk mengukur terpenuhi tidaknya standar masukan, proses, dan lingkungan. 2. Indikator penampilan minimal yaitu indikator yang ditetapkan untuk mengukur tercapai tidaknya standar penampilan minimal pelayanan yang diselenggarakan <p>Indicator atau kriteria yang baik sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sesuai dengan tujuan 2. Informasinya mudah di dapat 3. Singkat, jelas, lengkap dan tak menimbulkan berbagai interpretasi 4. Rasional <p>Dalam pelaksanaan Pengendalian Mutu Pelayanan Kefarmasian dilakukan melalui kegiatan monitoring dan evaluasi yang harus dapat dilaksanakan oleh Instalasi Farmasi sendiri atau dilakukan oleh tim audit intenal</p> <p>Monitoring dan evaluasi merupakan suatu pengamatan dan penilaian secara terencana, sistematis dan terorganisir sebagai umpan balik perbaikan sistem dalam rangka meningkatkan mutu</p>
--	--	---

		<p>pelayanan. Monitoring dan evaluasi harus dilaksanakan terhadap seluruh proses tata kelola sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai sesuai ketentuan yang berlaku.</p> <p>Evaluasi Mutu Pelayanan merupakan proses pengukuran, penilaian atas semua kegiatan Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit secara berkala. Kualitas pelayanan meliputi : teknik pelayanan, proses pelayanan, tata cara/standar prosedur operasional, waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan. Metode evaluasi yang digunakan, terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Audit (pengawasan), dilakukan terhadap proses hasil kegiatan apakah sudah sesuai standar 2. Review (penilaian), terhadap pelayanan yang telah diberikan, penggunaan sumber daya, penulisan Resep 3. Survei, untuk mengukur kepuasan pasien, dilakukan dengan angket atau wawancara langsung 4. Observasi, terhadap kecepatan pelayanan misalnya lama antrian, ketepatan penyerahan
11	Jumlah Pelaksana	<p>Sumber daya manusia di Instalasi Farmasi RSUD Kabupaten Muna Barat terdiri dari tenaga Kefarmasian (Apoteker) berjumlah 5 orang dan Tenaga Teknis Kefarmasian/Asisten Apoteker) berjumlah 7, total keseluruhan 12 orang dengan status kepegawaian ASN dan non ASN.</p>

12	Jaminan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya Standar Pelayanan Minimal 2. Adanya Standar Prosedur Operasional 3. Adanya Sarpra pendukung 4. Adanya Kepastian Persyaratan pelayanan resep 5. Sumber Daya Manusia yang kompeten 6. Adanya ketersediaan sediaan farmasi 7. Adanya kepastian biaya
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan obat dan peralatan yang aman 2. Melakukan praktek klinik yang aman dan dalam lingkungan yang aman 3. Melaksanakan manajemen resiko 4. Membuat dan meningkatkan sistem yang dapat menurunkan resiko yang berorientasi kepada pasien 5. Meningkatkan keselamatan pasien dengan : <ol style="list-style-type: none"> a. Mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (<i>adverse event</i>) b. Membuat sistem identifikasi dan pelaporan <i>adverse event</i> c. Mengurangi efek akibat <i>adverse event</i> <p>Tata Laksana Keselamatan Pasien :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menglolah laporan <i>Medication Error</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Membuat kajian terhadap laporan insiden yang masuk b. Mencari akar permasalahan dari error yang terjadi 2. Mengidentifikasi pelaksanaan praktek profesi terbaik untuk menjamin <i>Medication Safety</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Menganalisis pelaksanaan praktek yang menyebabkan <i>Medication Error</i> b. Mengambil langkah proaktif untuk pencegahan c. Memfasilitasi perubahan proses dan sistem untuk menurunkan insiden yang sering terjadi

		<p>atau berulangnya insiden sejenis</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mendidik staf dan klinis terkait lainnya untuk menggalakkan praktek pengobatan yang aman 4. Mengembangkan program pendidikan untuk meningkatkan <i>Medication Safety</i> dan kepatuhan terhadap aturan/ SOP yang ada. 5. Berpartisipasi dalam Komite/Tim yang berhubungan dengan <i>Medication safety</i> <ol style="list-style-type: none"> a. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit b. Komite terkait lainnya 6. Terlibat didalam pengembangan dang pengkajian kebijakan penggunaan obat 7. Memonitor kepatuhan terhadap Standar Pelaksanaan Keselamatan Pasien yang ada.
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>Berdasarkan waktu pelaksanaan evaluasi, dibagi menjadi 3 (tiga) jenis program evaluasi, yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prospektif adalah program dijalankan sebelum pelayanan dilaksanakan, contoh : standar prosedur operasional, dan pedoman 2. Konkuren adalah program dijalankan bersamaan dengan pelayanan dilaksanakan, contoh : memantau kegiatan konseling Apoteker, peracikan resep oleh Asisten Apoteker 3. Retrospektif adalah program pengendalian yang dijalankan setelah pelayanan dilaksanakan, contoh : survey konsumen, laporan mutasi barang, audit internal <p>Kegiatan Rapat</p> <p>Rapat dilakukan dan diadakan oleh instalasi farmasi yang dipimpin oleh kepala instalasi.</p> <p>Rapat ada 2 jenis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rapat rutin dilaksanakan sekali dalam sebulan yang diikuti kepala instalasi farmasi dan staf

		<p>selain yang piket dipelayanan.</p> <p>Materi :</p> <ol style="list-style-type: none"> Evaluasi kinerja Instalasi Farmasi. Evaluasi SDM Instalasi Farmasi. Evaluasi terhadap materi dan pelaksanaan pelayanan farmasi Rekomendasi dan usulan untuk peningkatan kinerja pelayanan instalasi farmasi. <p>Kelengkapan rapat : Daftar Hadir, Notulen rapat, laporan/Rekomendasi/usulan kepada pimpinan.</p> <p>2. Rapat Insidentil</p> <p>Materi : Sesuai dengan masalah yang perlu dibahas</p> <p>Kelengkapan Rapat ; Undangan, daftar hadir, notulen rapat, laporan rekomendasi /usulan kepada pimpinan.</p>
--	--	--

2. Standar Pelayanan Laboratorium

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> Surat pengantar dari dokter Bukti tanda pembayaran
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>A. Pendaftaran Dan Pencatatan</p> <ol style="list-style-type: none"> Pelayanan pemeriksaan formulir laboratorium pada pasien rawat jalan: <ol style="list-style-type: none"> Pasien datang dengan formulir permintaan pemeriksaan laboratorium, diminta ke loket untuk melakukan pendaftaran Petugas loket melakukan reigistrasi pasien dengan menginput identitas, status dan permintaan pemeriksaan pasien sesuai pada formulir pemeriksaan laboratorium. Semua spesimen yang masuk didokumentasikan secara komputerisasi Spesimen pasien diambil di laboratorium oleh petugas sampling

		<p>d. Petugas laboratorium memberi label (nama, tanggal lahir/umur, No. Rekam Medik) pada spesimen yang telah diambil</p> <p>e. Petugas memberitahu waktu pengambilan hasil tes</p> <p>f. Setelah hasil pemeriksaan selesai</p> <p>g. Hasil pemeriksaan laboratorium diverifikasi oleh dokter Patologi Klinik</p> <p>2. Pelayanan pemeriksaan laboratorium pada pasien rawat inap:</p> <p>a. Dokter yang memberi instruksi pemeriksaan laboratorium, mengisi formulir permintaan pemeriksaan laboratorium dan ditandatangani oleh dokter yang meminta.</p> <p>b. Petugas IRNA membawa formulir permintaan pemeriksaan laboratorium yang sudah diisi lengkap: nama, tanggal lahir, jenis kelamin, jenis pemeriksaan, kamar pasien dan jam permintaan ke laboratorium.</p> <p>c. Petugas administrasi menginput data pasien. Semua spesimen yang masuk didokumentasikan secara komputerisasi</p> <p>d. Petugas sampling lapangan mengambil sampel di perawatan dengan membawa pengantar pemeriksaan Laboratorium dimana sebelumnya mencocokkan identitas pasien, setelah pengambilan sampel petugas memberi label pada spesimen yang telah diambil</p> <p>e. Setelah menerima spesimen, analis segera melakukan pemeriksaan</p> <p>f. Setelah hasil pemeriksaan selesai</p> <p>g. Hasil pemeriksaan laboratorium diberitahu kepada perawat bahwa pemeriksaan laboratorium sudah selesai dan boleh diambil dengan menandatangani buku pengambilan hasil laboratorium.</p> <p>B. Persiapan Pemeriksaan Pra Analitik</p> <p>1. Persiapan Penderita</p> <p>a. Pengaruh makanan Dianjurkan pengambilan darah dilakukan 12 jam setelah makan terakhir</p> <p>b. Fluktuasi sehari-hari</p>
--	--	--

		<p>Nilai normal dari literatur berdasarkan pada pengambilan sampel pagi hari, maka dianjurkan pengambilan darah pada pagi hari biasanya sebelum jam 09.00 pagi</p> <p>c. Keadaan tubuh</p> <p>Darah sebaiknya diambil pada keadaan tubuh yang rileks biasanya pada keadaan duduk</p> <p>d. Obat-obatan</p> <p>Jika hasil analisa dipengaruhi oleh obat-obatan tertentu, maka obat tersebut harus dihentikan beberapa hari sebelum pengambilan darah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persiapan Pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan gula darah puasa dan 2 jam post prandial, pasien diharuskan berpuasa 8 sampai 12 jam. Setelah pengambilan darah pasien diharuskan makan dan minum seperti biasa dan kembali berpuasa selama 2 jam kemudian untuk pengambilan darah post prandial • Persiapan Alat/ Bahan Habis Pakai <ol style="list-style-type: none"> 1. Sduit, lancet, wing needle, tourniquet 2. Pot urin, pot sputum 3. Object glass, cover glass 4. Kertas / kapas alcohol <p>C. Teknik Pengambilan Spesimen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Darah Vena <ol style="list-style-type: none"> a. Gunakan sarung tangan sebelum pengambilan darah b. Pasang tourniquet pada daerah yang akan ditusuk dengan kapas alcohol c. Desinfeksi bagian yang akan ditusuk dengan kapas alcohol d. Tusuk vena dengan spuit sampai terlihat darah keluar e. Asumsi pengambilan darah di atas sesuai dengan jumlah item pemeriksaan laboratorium f. Tourniquet dilepaskan g. Cabut jarum dengan menempelkan kapas alcohol di atasnya, tutup dengan plester 2. Darah Kapiler <ol style="list-style-type: none"> a. Lokasi pengambilan 2/3 ujung jari pada orang dewasa, daun telinga pada anak, tumit
--	--	--

		<p>pada bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> b. Desinfeksi bagian yang akan ditusuk dengan kapas alkohol c. Tusuk dengan lanset secepat mungkin d. Buang tetes darah pertama dengan kapas kering, kemudian tampung darah selanjutnya e. Tutup lokasi tusukan dengan plester <p>3. Urin</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Urin Sewaktu: untuk Urin Lengkap, tes kehamilan, tes narkoba <ul style="list-style-type: none"> - Urin yang dikeluarkan pada saat akan diperiksa (sewaktu) - Urin ditampung ke dalam pot urin bersih dan tertutup - Beri label identitas pasien b. Urin Pagi: untuk Urin Lengkap <ul style="list-style-type: none"> - Urin yang pertama dikeluarkan pada pagi hari setelah bangun tidur - Urin ditampung ke dalam pot urin bersih dan tertutup - Beri label identitas pasien <p>4. Sputum</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ambil sputum pada saat pertama kali pasien bangun tidur pagi hari b. Tampung pada wadah bersih, kering dan bermulut besar dan tertutup <p>D. PENGOLAHAN SPESIMEN</p> <p>Semua bahan pemeriksaan (sample) diperlakukan sebagai bahan infeksius. Semua bahan pemeriksaan yang akan diperiksa laboratorium diberikan identitas pasien (<i>barcode</i>) yang terdiri atas nama pasien, alamat, umur, tanggal periksa, serta dokter pengirim</p> <p>E. Penyimpanan Spesimen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spesimen disimpan dalam wadah yang bertutup rapat, terbuat dari bahan yang tidak mudah pecah atau bocor. 2. Wadah diberi label berisi identitas pasien, tanggal, jam pengambilan, jenis spesimen, dan jenis tes yang diminta 3. Wadah yang sudah mengandung spesimen ditempatkan pada lingkungan yang sesuai dengan tenggang waktu penyimpanan sesuai
--	--	--

		<p>dengan jenis tes yang diminta</p> <p>F. Pemeriksaan Spesimen</p> <p>Semua sampel yang diterima pada hari dan jam kerja dilakukan registrasi dan pemeriksaan di laboratorium sentral dan untuk sampel diluar hari dan jam kerja diregistrasi dan diperiksa di laboratorium IGD</p> <p>G. Pelayanan Transfusi Darah</p> <p>Pelayanan darah transfusi terdiri dari pelayanan darah cito/emergency atau pelayanan darah darurat, dan pelayanan darah reguler. Pelayanan darah darurat adalah pelayanan darah transfusi kepada pasien dalam kondisi kritis dan membutuhkan darah segera, Pada keadaan stok darah BDRS tersedia, target waktu tunggu pelayanan darah cito adalah ≤ 45 menit, sedangkan pelayanan darah reguler adalah pelayanan darah terapi transfusi tidak dalam kondisi kritis, dengan tujuan transfusi adalah terapi anemia tanpa gangguan sistim sirkulasi, terapi faktor pembekuan, dll, dengan target waktu tunggu pelayanan darah regular ≤ 60 menit. BDRS menerima pasokan darah dari UTD RSUD Kab. Muna</p> <p>H. Pengelolaan Limbah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemisahan Limbah 2. Pengumpulan dan pengangkutan limbah 3. Kode warna yang disarankan untuk limbah khusus: <ol style="list-style-type: none"> a) Hitam b) Kuning
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Pola pengaturan ketenagaan Instalasi Laboratorium dibagi menjadi satu shift, yaitu jaga pagi (1x12 jam) dan malam (1x12 jam).</p> <p>Pengaturan Jaga Pelaksana Analis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan jadwal dinas pelaksana analis dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh Kepala Ruangan Laboratorium. 2. Jadwal dinas dibuat untuk jangka waktu satu bulan dan disosialisasikan ke analis pelaksana laboratorium setiap satu bulan. 3. Untuk tenaga analis yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka analis tersebut dapat mengajukan permintaan dinas pada form permintaan. Permintaan akan disesuaikan dengan kebutuhan tenaga yang ada (apabila

		<p>tenaga cukup dan berimbang serta tidak mengganggu pelayanan, maka permintaan disetujui).</p> <p>4. Analis yang tidak dapat jaga dan digantikan tugasnya oleh analis lain, harus mencari hari untuk menggantikan hari jaga yang ditinggalkan, paling lambat dalam periode satu bulan.</p> <p>Waktu Tunggu Pelayanan Laboratorium</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tes laboratorium rawat jalan/ poliklinik : ± 4 jam 2. Tes laboratorium <i>Emergensi/ Cito</i> : < 1 jam 3. Nilai kritis pelayanan laboratorium : Penyampaian DPJP pasien < 30 menit <p>catatan : hal ini berlaku bila alat dalam keadaan baik.</p>
4	Biaya / Tarif	<p>Mekanisme pembiayaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien peserta BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Hematologi Pemeriksaan yang mencakup beberapa pemeriksaan antara lain hematologi rutin, hematologi lengkap. 2. Pemeriksaan Kimia Klinik Pemeriksaan yang mencakup beberapa pemeriksaan antara lain: glukosa darah, asam urat dan kolesterol. 3. Pemeriksaan Urin Pemeriksaan yang mencakup beberapa pemeriksaan yang membutuhkan bahan urin antara lain: urin rutin, urin lengkap, tes kehamilan, tes narkoba. 4. Pemeriksaan Serologi/Imunologi Pemeriksaan yang mencakup beberapa pemeriksaan yang memerlukan serum sebagai bahan pemeriksaan, adapun pemeriksaannya antara lain: HBsAg, Widal, A, HIV, syphilis, ureum, kreatinin, elektrolit 5. Pemeriksaan Mikrobiologi dan Parasitologi Pemeriksaan yang mencakup beberapa

		pemeriksaan antara lain, Sputum Basil Tahan Asam, Malaria
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang praktek kedokteran 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 43Tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik yang Baik. 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 161/MENKES/PER/III/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/PER/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 7. KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja(K3) di Rumah Sakit. 8. KMK 370/2007 Standar Profesi Ahli Tehnologi laboratorium Kesehatan 9. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>A. Fasilitas dan Sarana Laboratorium RSUD Muna Barat terdiri dari:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Satu ruang 2. Dua meja, ket :(satu) meja untuk sampling dan (satumeja untuk meja kerja, sedangkan untuk urine di periksa di westafel kamar mandi. <p>B. Peralatan</p> <p>Semua peralatan untuk pemeriksaan laboratorium diperiksa secara teratur, dan ada upaya pemeliharaan, kalibrasi, dan ada pencatatan terus menerus.</p> <p>Instalasi laboratorium memiliki program pengelolaan peralatan laboratorium yang</p>

		<p>meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seleksi dan pengadaan peralatan • Identifikasi dan inventaris peralatan • Asesmen penggunaan peralatan melalui inspeksi, tes, kalibrasi dan pemeliharaan. • Monitoring dan melaksanakan catatan bahaya di peralaan, penarikan peralatan insiden yang harus dilaporkan, problem dan kegagalan-kegagalan • Mendokumentasikan program pengelolaan
9	Kompetensi pelaksana	<p>4. Dokter Spesialis Patologi Klinik</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan Dokter Spesialis Patologi Klinik b. Memiliki STR dan SIP <p>5. Analis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kualifikasi Pendidikan minimal DIII ATLMs b. Memiliki STR dan Surat Ijin Praktek ATLM <p>6. Tenaga Administrasi dengan kualifikasipendidikan minimal DIII Komputer</p>
10	Pengawasan Internal	Dilakukan dengan cara kontrol harian dengan bahan kontrol yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	Terdiri dari 11 orang pelaksana.
12	Jaminan pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Stan dar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan keamanan: Pemenuhan hak pasien 2. Jaminan keselamatan : Pelaksanaan <i>pasien safety</i>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

3. STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>1. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi pasien Jaminan (BPJS) Syarat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melengkapi berkas permintaan pemeriksaan radiologi yang sudah ditandatangani oleh dokter klinis b. Fotokopi surat jaminan Pelayanan (SJP) c. Foto kopi kartu BPJS <p>2. Pelayanan Pemeriksaan Radiologi Pasien Umum Syarat :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Melengkapi berkas permintaan pemeriksaan radiologi yang sudah ditandatangani oleh dokter klinis b. Telah menyelesaikan proses administrasi rumah sakit
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>Tata hubungan kerja di Instalasi Radiologi RSUD Kab. Muna Barat adalah</p>  <p>A. Pendaftaran Pasien</p> <p>Pelayanan Radiologi tersedia 24 jam/hari bagi pasien Emergency atau Cito, 14 jam/hari bagi pasien rawat inap, dan 7 jam/hari bagi pasien rawat jalan dan MCU. Sebelum melakukan pemeriksaan pasien harus didaftarkan terlebih dahulu. Pelaksana pendaftaran pasien adalah petugas administrasi</p>

		<p>di Instalasi Radiologi atau radiografer, persyaratan pendaftaran adalah pasien, keluarga, atau perawatnya membawa dan menyerahkan form permintaan pemeriksaan radiologi dari dokter pengirim yang memuat informasi minimal, meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status permintaan pemeriksaan (Normal atau Cito) 2. Nama pasien 3. Nomor RM /No. Identitas Pasien 4. Tanggal lahir 5. Diagnosa klinis 6. Jenis Pemeriksaan 7. Nama dan tanda tangan dokter pengirim <p>Bagi pasien dengan pembiayaan mandiri/umum maka sebelum ke bagian radiologi terlebih dahulu menyelesaikan proses administrasi/pembayaran di bagian kasir, setelah petugas kasir mengkonfirmasi proses pembayaran telah selesai kemudian selanjutnya pasien ke bagian radiologi untuk diperiksa dan diberikan Invoice/ bukti pembayaran pemeriksaan Radiologi.</p> <p>B. Pelaksanaan Pemeriksaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas menerima dan membaca form permintaan pemeriksaan kemudian menginput data pasien pada sistem data dan informasi pelayanan radiologi meliputi nama pasien, jenis kelamin, nomor rekam medis, tanggal lahir, jenis pemeriksaan, tanggal pemeriksaan, dokter pengirim, diagnosa, jenis asuransi/pembayaran, biaya, dan jumlah
--	--	---

		<p>serta jenis ukuran film.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Input data pasien pada sistem CR (Computed Radiography) kemudian siapkan kaset dan grid jika diperlukan. 3. Panggil pasien kemudian lakukan identifikasi berupa nama, nomor rekam medis, dan tanggal lahir/umur. Identifikasi dapat dilakukan melalui pertanyaan langsung atau melalui dokumen identitas pasien. 4. Pasien dengan sistem pembiayaan mandiri/ umum, sebelum diperiksa terlebih dahulu diinformasikan mengenai biaya pemeriksaan radiologi yang akan dilakukan. 5. Pasien dipersilahkan masuk ruangan pemeriksaan kemudian pintu ruangan ditutup rapat. 6. Jelaskan persiapan dan prosedur pemeriksaan secukupnya seperti melepaskan benda-benda logam, posisi pasien, dan instruksi saat pemeriksaan. Arahkan pasien untuk mengganti pakaian menggunakan pakaian ganti yang telah disiapkan di ruang ganti pasien. 7. Pasien yang tidak mandiri/ non kooperatif disertai dan dibantu oleh keluarga terdekat atau petugas kesehatan dalam ruang pemeriksaan saat melakukan persiapan. 8. Sambil menunggu pasien bersiap-siap nyalakan lampu tanda bahaya radiasi dan atur faktor eksposi. 9. Setelah pasien siap, selanjutnya atur posisi pasien, batas-batas kolimasi, lalu informasikan ulang tentang aba-aba yang
--	--	--

		<p>harus dilakukan oleh pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pasien yang tidak bisa diposisikan mandiri saat pemeriksaan maka keluarga dan/atau petugas kesehatan membantu memposisikan saat pemeriksaan berlangsung. Pandamping pasien dipakaikan alat pelindung diri dari paparan radiasi. 11. Ekspose dilakukan saat pasien dalam keadaan diam, tidak bergerak. 12. Arahkan pasien untuk mengganti pakaian, bagi pendamping pasien dalam ruang pemeriksaan dipersilahkan melepas alat proteksi radiasi yang dikenakan. Setelah itu persilahkan menunggu di dalam ruang pemeriksaan atau ruang tunggu. 13. Matikan lampu tanda bahaya radiasi 14. Ambil kaset yang telah diekspose untuk dilakukan processing menggunakan computed radiography. 15. Setelah pengecekan hasil foto rontgen, jika tidak sesuai kriteria foto rontgen yang baik maka pemeriksaan diulangi namun jika hasil foto rontgen sudah baik/sesuai maka untuk pasien UGD dan Rawat Inap dipersilahkan kembali keruang perawatan atau tindakan dan untuk pasien rawat jalan di minta menunggu atau kembali lagi besok hari untuk mengambil hasil pemeriksaan. <p>Hasil foto rontgen beserta form permintaan pemeriksaan rontgen disampaikan kepada dokter spesialis radiologi untuk dinilai/ diinterpretasikan</p>
--	--	---

3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Jadwal jaga petugas Radiologi RSUD Kab. Muna Barat</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaturan jadwal dibuat dan dipertanggung jawabkan oleh kepala instalasi radiologi dan di ketahui oleh Kepala sub Bidang Pelayanan Penunjang Medis. 2. Jadwal bertugas dibagi menjadi 2 bagian yaitu waktu Dinas pagi (08:30 – 14:30) dan waktu Jaga sore dan malam (14:20 – 08:45). 3. Dalam hal tuntutan pelayanan Radiologi purwa waktu (24 jam) serta kondisi SDM yang sangat terbatas maka dilaksanakan dinas/jaga 1 x 24 jam, untuk jaga sore & dan malam dilaksanakan secara <i>On Call</i> dengan tetap mengaju pada pola pengaturan yang telah ditetapkan. 4. Pengaturan jadwal Dinas/jaga dibuat untuk jangka waktu 1 bulan 5. Untuk tenaga radiologi yang memiliki keperluan penting pada hari tertentu, maka jadwal disesuaikan dengan petugas lain.
---	------------------------	--

4	Biaya / Tarif	<p>1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS</p> <p>2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan</p> <p>Tarif Publik Pelayanan Radiologi :</p> <p>A. Tarif Pelayanan Diagnostik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kecil : 2. Sedang : 3. Besar : 4. Khusus : <p>Ket : 1. Tidak termasuk BHP 2. Tidak termasuk obat/alkes tindakan</p> <p>B. Tarif Pelayanan CT Scan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sedang : 2. Besar : 3. Khusus : <p>Ket : 1. Tidak termasuk BHP 2. Tidak termasuk obat/alkes tindakan.</p> <p>C. Tarif Pelayanan USG</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sedang : 2. Besar : 3. Khusus : <p>Ket : 1. Tidak termasuk BHP 2. Tidak termasuk obat/alkes tindakan</p> <p>D. Tarif Pelayanan MRI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Besar : <p>Ket : 1. Tidak termasuk BHP 2. Tidak termasuk obat/alkes tindakan</p> <p>E. Tarif Privat Pelayanan Radiologi :</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Radiologi Rawat Jalan 2. Pelayanan Radiologi Rawat Inap
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		

7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang - Undang No. 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 3. Undang - Undang No. 36 tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan 4. Peraturan Pemerintah No. 29 tahun 2008 tentang Perizinan Pemanfaatan Sumber Radiasi Pengion 5. Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinik 6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 81 tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Radiografer 7. Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/316/2020 tentang Standar Profesi Radiografer 8. Peraturan Badan Pengawas Tenaga Nuklir No. 4 tahun 2020 tentang Keselamatan Radiasi Pada Penggunaan Pesawat Sinar-X Dalam Radiologi Diagnostik dan Intervensional 9. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>A. Jenis Kebutuhan Barang Radiologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kebutuhan Rutin <p>Kebutuhan rutin adalah kebutuhan sejumlah barang habis pakai yang digunakan untuk pelayanan pasien yang terdiri dari film X-Ray, alkohol, handrub, handwash, masker, handscoon, dan ATK, amplop foto rontgen, tissue kotak, Kertas, tinta printer, pengharum ruangan, dan lain-lain.</p>

		2. Kebutuhan Tidak Rutin Kebutuhan tidak rutin misalnya peralatan radiologi, elektronik, linen, dan lainnya.
9	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tenaga Dokter Radiolog, kualifikasi S2 Spesialis Radiologi berjumlah 1 Orang 2. Tenaga Radiografer, kualifikasi DIII / DIV Teknik Radiologi, berjumlah 1 Orang/Alat 3. Tenaga Proteksi Radiasi, kualifikasi DIII/DIV Teknik Radiologi, berjumlah 1 Orang 4. Petugas Administrasi, kualifikasi SMA / Sederajat, berjumlah 1 Orang
10	pengawasan Intenal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	<p>Jenis Tenaga</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Radiolog :1 Orang b. Radiografer : 1 Orang/Alat c. Petugas Proteksi Radiasi : 1 Orang d. Petugas Administrasi : 1 Orang
12	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jaminan keamanan: Pemenuhan hak pasien 2. Jaminan keselamatan : Pelaksanaan <i>pasien safety</i>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

4. Standar Pelayanan Unit Transfusi Darah

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<p>1. Pendaftaran dan seleksi donor</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pendaftaran dan seleksi donor harus dilaksanakan mengacu pada prosedur yang didokumentasikan. b. Pendonor harus diidentifikasi saat pendaftaran dan diulang kembali setiap sebelum tahap kritis pada proses seleksi dan pengambilan, atau ketika pindah dari satu petugas ke petugas lainnya. Paling sedikit, hal ini harus dilakukan sebelum seleksi dan sebelum penusukan vena. c. Pendonor baru harus diberikan informasi tentang risiko penyumbangan darah, baik untuk pendonor maupun pasien, mereka harus diberi informasi perlunya kejujuran dalam merespon pertanyaan. d. Kriteria seleksi donor, yang tujuannya untuk melindungi pendonor dan pasien, harus dibuat relevan dengan kondisi populasi dan diperbaharui jika perlu sesuai dengan - 24 - perubahan epidemiologi setempat dan penilaian terhadap risiko yang baru muncul. e. Pemenuhan persyaratan pendonor untuk menyumbangkan darah harus dinilai terhadap kriteria seleksi selama wawancara yang terjaga kerahasiaannya sebelum menyumbangkan darah. Penerimaan atau penolakan harus berdasarkan: <ul style="list-style-type: none"> • respons pendonor terhadap pertanyaan rinci

		<p>tentang faktor-faktor kesehatan, keluarga dan gaya hidup.</p> <ul style="list-style-type: none"> • riwayat berpergian donor. • pemeriksaan fisik dan pengobatan. <p>f. Pendonor harus diberi saran terkait alasan untuk setiap penolakan.</p> <p>g. Pendonor harus menandatangani formulir informed consent, mengakui atas tanggung jawab, risiko dan komplikasi potensial dari penyumbangan darah. Formulir harus meliputi persetujuan bahwa darah yang disumbangkan akan dipergunakan untuk transfusi atau pengolahan lebih lanjut.</p> <p>h. Pendonor harus diminta untuk memberitahu UTD sesegera mungkin jika terdapat reaksi lambat akibat penyumbangan darah.</p> <p>i. Pendonor juga harus memberitahu UTD jika terdapat informasi tambahan yang perlu dan belum disampaikan setelah penyumbangan darah.</p> <p>2. Pengambilan darah lengkap</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Pengambilan darah lengkap harus dilakukan mengacu pada prosedur yang didokumentasikan yang telah divalidasi. b) Identifikasi pendonor harus dikonfirmasi sebelum penusukan vena. c) Setiap informasi selama proses pengambilan darah yang mungkin berdampak terhadap mutu harus dicatat. d) Petugas harus mempraktekkan desinfeksi tangan dan higiene diri sebelum tiap penyumbangan darah. e) Sistem kantong darah yang tepat harus dipilih dan
--	--	---

		<p>diinspeksi terhadap adanya kerusakan, perubahan warna dari isinya atau lembab. Jika hal ini teridentifikasi, kantong darah tidak boleh dipakai dan harus dilaporkan sebagai kerusakan bahan.</p> <p>f) Lokasi penusukan vena harus didesinfeksi menggunakan larutan yang disetujui dan proses yang distandarisasi dan divalidasi. Penusukan vena harus dilakukan secara aseptik.</p> <p>g) Darah harus dicampur dengan anti koagulan pada interval waktu yang ditentukan sejak darah mengalir kedalam kantong.</p> <p>h) Lamanya waktu penyumbangan darah hingga selesai harus dicatat dan digunakan untuk menentukan jenis komponen darah yang diolah dari kantong tersebut. Penyumbangan darah yang lamanya lebih dari 15 menit tidak boleh digunakan untuk pembuatan komponen darah yang akan ditransfusikan dan penyumbangan darah yang melebihi waktu 20 menit harus dimusnahkan.</p> <p>i) Saat selesai, selang kantong darah harus di seal/direkatkan secara aseptik dan isi selang diserut menuju kantong utama sesegera mungkin.</p> <p>j) Sampel darah untuk pemeriksaan harus diambil saat penyumbangan darah.</p> <p>k) Harus ada prosedur untuk mengontrol set label nomor tertentu dari penyumbangan darah yang digunakan untuk</p>
--	--	--

		<p>mengidentifikasi setiap donor dan komponen, sampel, kertas kerja dan setiap catatan lain yang berkaitan. Label nomor yang digunakan dan yang tersisa harus berkesesuaian jumlahnya dan semua nomor yang tidak digunakan harus dimusnahkan disamping tempat tidur donor.</p> <p>l) Pengecekan terakhir harus dilakukan disamping tempat tidur donor terhadap lembar kerja, komponen, sampel dan label sebelum donor meninggalkan tempat tidur.</p> <p>m) Lembar kerja, komponen, sampel harus ditangani sesuai dengan prosedur yang didokumentasikan dan dijaga kerahasiaan donor serta integritas dari penyumbangan darah dan sampel. Harus ada prosedur yang menjelaskan tindakan yang perlu diambil terhadap kegagalan penusukan vena atau penyumbangan darah, termasuk potensi untuk penusukan vena kedua dan tindak lanjut terhadap bahan-bahan yang sudah diberi label.</p> <p>1. Usia Minimal 17 tahun. Pendonor pertama kali dengan umur >60 tahun dan pendonor ulang dengan umur >65 tahun dapat menjadi pendonor dengan perhatian khusus berdasarkan pertimbangan medis kondisi kesehatan.</p> <p>2. Berat badan Donor darah lengkap: - ≥ 55 kilogram untuk penyumbangan darah 450 mL - ≥ 45 kilogram untuk penyumbangan darah 350 mL Donor apheresis: - ≥ 55 kilogram</p>
--	--	--

		<p>3. Tekanan darah Sistolik : 90 hingga 160 mm Hg Diastolik : 60 hingga 100 mm Hg Dan perbedaan antara sistolik dengan diastolik lebih dari 20 mmHg</p> <p>4. Denyut nadi 50 hingga 100 kali per menit dan teratur</p> <p>5. Suhu tubuh 36,5 – 37,5 0C</p> <p>6. Hemoglobin 12,5 hingga 17 g/Dl</p> <p>7. Interval sejak penyumbangan terakhir Merujuk pada poin C.6</p> <p>8. Penampilan donor Jika didapatkan kondisi tersebut dibawah ini, tidak diizinkan untuk mendonorkan darah: - anemia - jaundice - sianosis - dispnoe - ketidak stabilan mental - alkohol atau keracunan obat</p> <p>9. Riwayat kesehatan termasuk kondisi kesehatan saat ini Merujuk pada poin C.2, 3, 4, dan 5</p> <p>10. Risiko terkait gaya hidup Orang dengan gaya hidup yang menempatkan mereka pada risiko tinggi untuk mendapatkan penyakit infeksi berat yang dapat ditularkan melalui darah.</p>
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedu	<p>Tahapan seleksi donor</p> <p>1. Donor mengisi formulir, kuesioner dan informed consent (Formulir 3.2)</p> <p>Persyaratan : Formulir identitas donor yang disetujui untuk diberlakukan dan ada nomor kontrol dokumen - Kuesioner donor dan informed consent yang disetujui untuk diberlakukan dan ada nomor kontrol dokumen yang disetujui untuk diberlakukan, ditandatangani oleh calon pendonor dan petugas</p>

		<p>2. Registrasi Persyaratan : Input data ke dalam sistem informasi UTD</p> <p>3. Pemeriksaan dokter Persyaratan : Timbang berat badan - Pemeriksaan kesehatan sederhana. - Pastikan donor memahami dan telah menandatangani informed consent Dokter yang terlatih dan kompeten</p> <p>4. Pemeriksaan Hb dan golongan darah Persyaratan : Alat dan reagen yang telah dikualifikasi - Petugas yang terlatih dan kompeten - Pemeriksaan golongan darah harus dilakukan pada pendonor darah < 3 kali</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Terbuka 1x 24 jam
4	Biaya / Tarif	<p>Mekanisme pembiayaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien membayar tunai dan pasien perusahaan / instansi yang bekerjasama dengan RSUD Muna Barat 2) Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
5	Produk Pelayanan	Melayani kebutuhan pelayanan transfusi darah di RSUD Muna Barat dan berlangsung selama 24 jam
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang – undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063) 2. Undang – undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5072) 3. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah. 4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Peraturan Pemerintah No. 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 83 Tahun 2014 tentang Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit dan Jejaring Pelayanan Transfusi Darah 7. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Admin 2. Ruang Laboratorium
9	Kompetensi pelaksana	Terdapat 5 orang pelaksana yang terdiri dari : 3 orang D III analis kesehatan, 1 orang D IV analis kesehatan dan 1 orang D III keperawatan.
10	Pengawasan Intenal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	5 Orang pelaksana
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien Pelayanan Pasien diberikan sesuai dengan standar akreditasi RS. Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun. serta terlaksananya pelayanan transfusi darah aman di rumah sakit dengan sistem distribusi tertutup dan rantai dingin serta berkualitas, terkoordinasi dan sesuai dengan standar. Memenuhi ketersediaan darah yang aman, tepat waktu, efisien untuk kebutuhan pelayanan prima terhadap pasien.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>Pelayanan di Instalasi Transfusi Darah dilakukan oleh petugas yang berkompeten di bidangnya dan memiliki program jaminan mutu meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melaksanakan evaluasi pelayanan 90 melalui beberapa audit, yaitu : <ol style="list-style-type: none"> a. Audit tenaga kesehatan pemberi pelayanan, b. Audit kejadian salah orang c. Audit kejadian ketidak sesuaian hasil d. Audit kejadian e. Audit kepuasan pelanggan 2. Melakukan survei pencegahan dan pengendalian infeksi secara periodik dan berkesinambungan. 3. Melakukan monitoring dan evaluasi kegiatan 4. Melakukan kalibrasi alat-alat medis 5. Melakukan monitoring check list dengan

		<p>maintenance medis berkaitan dengan alat-alat medis yang digunakan</p> <p>Sebagai jaminan indikator mutu pelayanan diantaranya:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelacakan Reaksi Transfusi 2. Mendokumentasikan pelayanan darah yang diberikan. 3. Uji Validasi Reagen sebelum mengerjakan sample <p>Indikator mutu ini dimonitor setiap bulan, dan dikumpulkan hasil monitoringnya ke Komite Mutu RSUD Muna Barat</p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1 (satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan

5. Standar Pelayanan Instalasi Gizi

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyelenggaraan makanan pasien rawat inap. 2. Asuhan gizi pasien rawat inap dan rawat jalan. 3. Penelitian dan pengembangan gizi serta administrasi gizi.
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<p>Klien / pasien rumah sakit dibedakan dalam 2 (dua) kategori, yaitu :</p> <p>1. Pasien Rawat Inap</p> <p>Pada tahap penapisan dan pengkajian berdasarkan hasil pemeriksaan fisik, antropometri, laboratorium dan pemeriksaan lainnya, dokter akan menetapkan apakah pasien memerlukan terapi atau tidak. Pada tahap intervensi/ implementasi:</p> <p>a. Bila tidak memerlukan terapi diet :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dipesankan makanan biasa. 2) Dari tempat pengolahan makanan didistribusikan ke ruang perawatan. Di ruang perawatan makanan disajikan ke pasien. 3) Selama dirawat, pasien dan keluarga mendapatkan edukasi gizi. 4) Pasien diamati dan dievaluasi secara fisik,

		<p>antropometri, laboratorium dan lain- lain. Pengamatan juga dilakukan untuk menilai nafsu makan dan asupan makanannya. Hasil penilaian tersebut membuka kemungkinan bahwa ia memerlukan penyesuaian diet atau tidak.</p> <p>5) Bila tidak, tetap memperoleh makanan biasa sampai diperbolehkan pulang.</p> <p>6) Bila memerlukan terapi diet, makan pasien tersebut mendapatkan pengkajian gizi lanjut</p> <p>b. Bila memerlukan terapi diet :</p> <p>1) Bagi pasien yang direncanakan dengan makanan khusus/ diet, yang sesuai dengan keadaan fisik, psikis, penyakit, kebiasaan makan dan nafsu makan.</p> <p>2) Selama dirawat pasien memperoleh penyuluhan atau konseling gizi agar diperoleh kesesuaian paham tentang dietnya dan pasien dapat menerima serta menjalankan diet.</p> <p>3) Makanan khusus dipesan ke tempat pengolahan makanan (dapur). Dari tempat pengolahan makanan didistribusikan ke ruang perawatan. Di ruang perawatan makanan khusus disajikan ke pasien.</p> <p>4) Pasien diamati dan dievaluasi secara fisik, antropometri, laboratorium, dan lain- lain. Pengamatan juga dilakukan untuk menilai nafsu makan dan asupan makanannya. Hasil penilaian tersebut membuka kemungkinannya apakah memerlukan penyesuaian diet atau tidak.</p> <p>5) Bila penyesuaian diet ini berupa perubahan makanan biasa proses selanjutnya sama dengan butir a.</p> <p>6) Bila penyesuaian diet ini berupa perubahan diet khusus proses selanjutnya lihat pada butir.</p> <p>7) Bila pasien ternyata tidak memerlukan penyesuaian diet maka saat akan pulang pasien memperoleh penyuluhan konseling gizi tentang penerapan diet di rumah.</p> <p>8) Bila memerlukan tindak lanjut, pasien</p>
--	--	---

		<p>diminta mengikuti proses pelayanan gizi rawat jalan.</p> <p>9) Bila tidak, kegiatan pelayanan gizi berakhir, dan pasien dapat dirujuk ke puskesmas atau institusi kesehatan lain untuk pembinaan selanjutnya.</p> <p>2. Pasien Rawat Jalan</p> <p>Dari hasil pemeriksaan fisik, antropometri, laboratorium dan pemeriksaan dokter lainnya, kemudian menentukan apakah pasien perlu terapi diet.</p> <p>a. Bila tidak memerlukan terapi diet, pasien hanya akan mendapat penyuluhan gizi umum dan makanan sehat untuk diri dan keluarganya, dalam upaya mempertahankan dan meningkatkan keadaan kesehatan dirinya dan lingkungannya.</p> <p>b. Bila memerlukan terapi diet, pasien akan dikirim ke klinik gizi untuk memperoleh penyuluhan/konseling tentang diet/terapi yang ditetapkan dokter. Proses selanjutnya mengikuti prosedur dari klinik tersebut.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Waktu Pelayanan Di Instalasi Gizi : Setiap hari</p> <p>Jangka waktu pelayanan ± 30 menit s/d 60 menit, Adapun Jadwal Pelayanan makanan pasien sebagai berikut :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Makan Pagi : pukul 06.00 – 07.00 WITA 2. Snack Pagi : pukul 08.30 – 09.00 WITA 3. Makan Siang : pukul 11.30 – 12.30 WITA 4. Snack Sore : pukul 15.30 – 16.00 WITA 5. Makan Sore : pukul 16.30 – 18.00 WITA
4	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan 3. Asuransi lain : sesuai MoU <p>Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penyelenggaraan makanan pasien rawat inap.

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Asuhan gizi pasien rawat inap dan rawat jalan. 3. Penelitian dan pengembangan gizi serta administrasi gizi.
6	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	<ul style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 161/MENKES/PER/III/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan. 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/PER/III/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 5. KMK 432/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja(K3) di Rumah Sakit. 6. Undang-Undang No. 36 Tahun 2014 tentang penetapan tenaga gizi terdiri dari Nutrisisionis dan Dietesien. 7. Permenkes 374 tahun 2007 mengenai Standar Profesi Gizi. 8. Permenkes 26 tahun 2013 tentang Pekerjaan dan Praktek Tenaga Gizi. 9. Permenkes 78 tahun 2013 mengenai Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. 10. Pedoman Teknis Pengelolaan Makanan dan Pencegahan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit Tahun 1996. 11. Pedoman Penyelenggaraan Tim Terapi Gizi Rumah Sakit Tahun 2009. 12. Pedoman Asuhan Gizi Terstandar, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014. 13. Keputusan Menteri Penertiban Aparatur Negara nomor 23/Kep/ M. PAN/4/2001 tentang Jabatan Fungsional Nutrisisionis dan Angka Kredit. 14. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun

		2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan
8	Sarana prasarana/fasilitas	<p>Pelayanan gizi Rawat inap :</p> <p>a. Tempat penerimaan bahan makanan Peralatan yang tersedia di ruangan ini ;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rak bahan makanan 2. Timbangan 3. Pisau 4. Lemari arsip 5. APAR 6. Tempat sampah <p>b. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan basah Peralatan yang ada diruangan penyimpanan bahan makanan segar meliputi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemari pendingin 2. Container bahan makanan 3. Timbangan kapasitas 10-50 kg 4. Kereta angkut <p>c. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan kering Peralatan yang ada di ruang penyimpanan kering antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tempat beras 2. Rak/palet/lemari penyimpanan bahan makanan kering 3. Timbangan kapasitas 10-50 kg <p>d. Tempat Persiapan bahan makanan Peralatan yang ada di ruangan ini antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja persiapan 2. Bangku kerja 3. Bak cuci sayuran 4. Saringan kelapa 5. Blender 6. Cobek/uleman 7. Mixer 8. Timbangan meja 9. Talenan <p>e. Tempat Pemasakan makanan Fasilitas yang ada diruangan ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kompor gas elpiji 2. Panci besar 3. Penggorengan 4. Rice Cooker <p>f. Tempat distribusi makanan Fasilitas yang ada di</p>

		<p>ruangan ini :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meja pembagi 2. Bangku 3. Sendok 4. Garpu 5. Piring makan 6. Gelas minum 7. Mangkuk sayur 8. Piring kue cekung 9. Cangkir tertutup 10. Tempat telur 11. Troli untuk makanan 3 susun 12. Kertas label 13. Alat tulis <p>g. Dapur susu Fasilitas yang ada pada ruangan ini antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemari pendingin 2. Panci alumunium 6. Gelas ukur 7. Sendok makan 8. Sendok the 9. Panci kecil bertangkai diameter 15 cm 10. Piring dan gelas 11. Mangkok 12. Waskom plastic 13. Serbet 14. Cempal 15. Timbangan susu kapasitas 2 kg <p>h. Tempat pencucian alat dan penyimpanan alat Fasilitas Pencucian Alat M akan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak pencuci alat 2. Lemari 3. Rak alat 4. Tempat sampah <p>i. Tempat Penyimpanan alat dapur Fasilitas yang ada di ruangan ini antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lemari perkakas dapur 2. Rak perkakas dapur 3. Meja 4. Kursi <p>j. Ruang ruang ganti alat perlindungan diri(APD) Fasilitas yang ada di ruang ini antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Loker
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> 2. Baju khusus 3. Sepatu/sandal khusus 4. Penutup rambut 5. Masker <p>k. Ruang pengawas Fasilitas yang ada di ruangan ini antara lain:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Meja 2. Kursi 3. Lemari berkas/arsip 4. HT/telephon <p>l. Tempat pembuangan sampah</p>
9	Kompetensi pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi Gizi 2. Ahli Gizi Fungsional 3. Pramusaji 4. Juru Masak
10	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dilakukan oleh atasan langsung 2. Dilakukan oleh SPI
11	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi gizi 1 orang 2. Ahli Gizi Fungsional 3 orang 3. Pramusaji 3 orang 4. Juru Masak 3 orang
12	Jaminan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Adanya SPM 2. Adanya SPO 3. Sarana prasarana pendukung 4. Kepastian persyaratan 5. Kepastian biaya 6. SDM Yang Kompeten Di Bidangny 7. Akreditasi Tahun 2019 : Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 dan mendapatkan predikat lulus "Tingkat Dasar" (Bintang Empat)" dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit dengan sertifikat akreditasi nomor KARSSERT/551/XII/2016 yang berlaku sampai dengan 20 Desember 2023.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Jaminan Keamanan : Pemenuhan Hak Pasien 2. Jaminan Keselamatan : Pelaksanaan Pasien Safety
14	Evaluasi kinerja pelayanan	<p>Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan waktu pemberian makanan kepada pasien 2. Sisa Makanan yg tidak termakan oleh pasien 3. Tidak adanya kejadian kesalahan pemberian diet

		4. Pemberi pelayanan gizi 5. Ketersediaan pelayanan konsultasi gizi 6. Kepuasan pelanggan
--	--	---

E. Standar Pelayanan Bidang Keuangan

1. Standar Pelayanan Penerimaan Keuangan

NO	KOMPONEN	URAIAN
Service Delivery		
1	Persyaratan	1. Rawat jalan: <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien umum dilampiri bukti pendaftaran b. Pasien asuransi diluar BPJS dilampiri bukti pendaftaran dan persyaratan yang sudah dicap lengkap dengan bukti tindakan c. Pasien JKN dilampiri dengan bukti pendaftaran dan persyaratan kelengkapan jaminan (foto copy kartu, surat rujukan) Surat elegibilitas peserta (SEP) dan bukti tindakan 2. Rawat inap dilampiri dengan <ul style="list-style-type: none"> a. Pengantar dari poliklinik atau IGD
2	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	1. Rawat jalan : <ul style="list-style-type: none"> A. Pasien umum <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang membawa rincian biaya tindakan dari poli 2) Bayar di Kasir 3) Kasir membuat Kwintansi dan diserahkan ke pasien 4) Pasien kembali ke poli yang di tuju dengan menunjukkan bukti pembayaran B. Pasien asuransi diluar BPJS / Perusahaan <ul style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang membawa rincian biaya tindakan dari poli 2) Kasir melakukan verifikasi rincian biaya dari poli untuk di berikan pasien 3) Verifikasi biaya di bawa kembali ke poli untuk diserahkan ke petugas Klaim

		<p>C. Pasien JKN/BPJS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien datang ke poliklinik spesialis dan mendapatkan pelayanan dan dibuatkan tindakan rincian biaya 2) Tindakan rincian biaya diambil berkasnya oleh petugas setiap hari 3) Dilakukan penyatuan berkas-berkas tindakan menjadi satu 4) Dilakukan input data di aplikasi E-klaim 5) Setelah di input melakukan print out per pasien dan disusun berdasarkan urutan SEP (Surat Eligibilitas peserta). <p>2. Rawat Inap melalui Poli / IGD:</p> <p>A. Pasien umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Administrasi Ruang (membuat rincian biaya) 2) Bayar di Kasir rawat inap membuat kwintansi <p>B. Pasien asuransi diluar BPJS / Perusahaan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien membawa jaminan perusahaan 2) Administrasi Ruang (membuat rincian tindakan) 3) Administrasi menyerahkan berkas ke Petugas Klaim <p>C. Pasien JKN/BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Administrasi menyerahkan rincian biaya rawat inap dan berkas Rekam medik ke Medical Record 2) Petugas berkas klaim mengambil berkas ke Medical record setiap 2 hari sekali 3) Dilakukan verifikasi diagnosa oleh verifikator internal Rumah Sakit 4) Melakukan input ke sistem E Klaim Ina CBG Setelah di input melakukan print out per pasien dan disusun berdasarkan urutan SEP (Surat Eligibilitas Peserta)
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Loker Kasir Rawat Jalan : Jam 08.00 Pagi s.d 12.00 Wita 2. Loker Kasir IGD : 2 X 24 Jam

		3. Loker Kasir Rawat Inap : Jam 08.00 Pagi s.d 15.00 Wita
4	Biaya/Tarif	1. Pasien BPJS Biaya ditanggung BPJS dengan paket BPJS 2. Pasien Umum Tarif Pelayanan Berdasarkan Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan Catatan : ketentuan pembayaran berdasarkan peraturan yang berlaku
5	Produk Pelayanan	Pelayanan Penerimaan Keuangan Rumah Sakit
6	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	1. Email : rsudmubar@gmail.com 2. Website : www.rsud.munabarat.go.id 3. Telepon : 085341303812 4. SMS : 085341303812
Manufacturing		
7	Dasar Hukum	1. Undang – undang no .4 tahun 2004 tentang keuangan Negara 2. Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang pengelolaan keuangan BLU ; 3. Peraturan Pemerintah Nomor 24 Tahun 2005 tentang Standar Akuntansi Pemerintah ; 4. Peraturan Pemerintah Nomor 71 Tahun 2010 tentang standar Akuntansi Pemerintah ; 5. Peraturan Pemerintah Nomor 58 Tahun 2005 tentang pengelolaan Keuangan Daerah ; 6. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 59 tahun 2007 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Daerah 7. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan BLUD; 8. Peraturan Menteri Keuangan Nomor 76/PMK.05/2008 tanggal 23 Mei 2008 tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum ; 9. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan 10. Peraturan Bupati Muna Barat No 27 Tahun 2022 Tentang Retribusi Pelayanan Kesehatan.
8	Saranan Prasarana/ Fasilitas	1. Loker atau Ruang kerja yang memadai , meja dan kursi kerja , perlengkapan kerja (Kaltulator , boxfile, stempel , telpon , dan komputer . 2. Peralatan pendukung termasuk internet dan alat tulis kantor Sistem informasi Billing
9	Kompetensi Pelaksana	1. Kepala Ruangan : AMK

		<p>2. Pelaksana :</p> <p>a. 1 Orang Manajemen</p> <p>b. 1 Orang SKM</p> <p>c. 1 Orang Bidan</p>
10	Pengawasan Internal	Dilakukan dengan cara control harian dengan bahan control yang terstandard.
11	Jumlah Pelaksana	Terdiri dari 4 orang pelaksana
12	Jaminan Pelayanan	Diwujudkan dalam kualitas layanan dan produk layanan yang sesuai Standar Operasional Prosedur serta didukung oleh petugas yang berkompeten di bidang tugasnya dengan perilaku pelayanan yang ramah, cepat, terampil, dan sopan santun.
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	<p>1. Jaminan keamanan: Pemenuhan hak pasien</p> <p>2. Jaminan keselamatan : Pelaksanaan <i>pasien safety</i></p>
14	Evaluasi kinerja pelayanan	Evaluasi penerapan standar pelayanan ini dilakukan minimal 2 (dua) kali dalam 1(satu) tahun untuk selanjutnya dilakukan perbaikan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan.

BAB III

PENETAPAN MAKLUMAT PELAYANAN RSUD MUNA BARAT

Maklumat Pelayanan merupakan pernyataan kesanggupan dan kewajiban penyelenggara untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan. Berdasarkan Permenpan RB no 15 Tahun 2014 , hal-hal yang perlu dimuat dalam Maklumat Pelayanan adalah:

- 1.Pernyataan janji dan kesanggupan untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan Standar Pelayanan.
- 2.Pernyataan memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus.
- 3.Pernyataan kesediaan untuk menerima sanksi, dan/atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar.

Maklumat Pelayanan yang telah disusun wajib dipublikasikan secara luas, jelas, dan terbuka kepada masyarakat, melalui berbagai media yang mudah diakses oleh masyarakat.



BAB III

PENUTUP

Akuntabilitas dan transparansi, adalah dua hal yang diupayakan untuk selalu ditingkatkan dalam pengelolaan pelayanan publik. Hanya dengan cara tersebut pemerintah dapat kembali meraih kepercayaan masyarakat terhadap proses penyelenggaraan pemerintahan dan pelayanan. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan mengembangkan standar pelayanan di setiap unit penyelenggara pelayanan publik.

Standar pelayanan merupakan salah satu jembatan yang dapat mempertemukan harapan masyarakat dan kesanggupan penyedia pelayanan. Melalui standar pelayanan penyedia pelayanan berjanji untuk memberikan pelayanan yang berkualitas. Begitu banyak manfaat yang dapat dirasakan jika suatu instansi memiliki standar pelayanan. Manfaat ini tentu saja dapat dirasakan oleh kedua belah pihak, baik masyarakat maupun bagi pemerintah sebagai penyelenggara pelayanan. Masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan juga dapat mengetahui dengan pasti hak dan kewajiban apa yang harus mereka dapatkan dan lakukan untuk mendapatkan suatu jasa pelayanan. Selain itu masyarakat akan mendapat jaminan bahwa mereka akan mendapat pelayanan dalam kualitas yang dapat dipertanggung- jawabkan serta memberikan fokus pelayanan kepada pelanggan/ masyarakat.

Bagi organisasi standar pelayanan merupakan alat komunikasi antara pelanggan dengan penyedia pelayanan dalam upaya meningkatkan pelayanan, menjadi alat untuk mengukur kinerja pelayanan serta menjadi alat sarana monitoring dan evaluasi kinerja pelayanan . Adanya standar pelayanan, memungkinkan adanya perbaikan kualitas atau mutu pelayanannya secara berkelanjutan (*continuous improvement*). Karena dengan adanya standar pelayanan organisasi dapat terus menerus memperbaiki pelayanannya dari aspek persyaratan pelayanan, prosedur pelayanan, waktu pelayanan, dan biaya. Standar pelayanan juga mensyaratkan adanya pengelolaan pengaduan yang merupakan wadah bagi mekanisme umpan balik dari masyarakat, sehingga birokrasi dapat lebih memahami apa yang sebenarnya diinginkan oleh masyarakat dan bagaimana dan apa yang seharusnya mereka lakukan dalam memberikan pelayanan.