

**STANDAR PELAYANAN PUBLIK  
UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
KABUPATEN BANGKALAN**



**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

Jl. Pemuda Kaffa No. 9 Bangkalan

031-3091111 fax: 031-3094108

[rsudsyamrabu@bangkalankab.go.id](mailto:rsudsyamrabu@bangkalankab.go.id)

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan rahmat dan karuniaNya, sehingga BUKU STANDAR PELAYANAN PUBLIK UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN TAHUN 2022 dapat diselesaikan. Buku ini sebagai acuan dalam pelaksanaan penerapan Standar Pelayanan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan, sebagai penilaian kualitas pelayanan, sebagai komitmen atau janji dari pihak penyedia pelayanan kepada pelanggan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas, yaitu pelayanan yang cepat, menyenangkan, tidak mengandung kesalahan, dan mengikuti proses serta prosedur yang telah ditetapkan.

Dalam kegiatan penyusunan Buku Standar Pelayanan Publik ini, tentunya banyak masukan dan kontribusi dari berbagai pihak yang terkait, maka pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya.

Kami menyadari bahwa Buku Standar Pelayanan Publik ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu masukan dan saran kami harapkan agar Buku Standar Pelayanan Publik ini menjadi lebih baik dan juga akan memberikan manfaat demi peningkatan pelayanan Rumah Sakit ke depannya.

Bangkalan, 03 Juni 2023  
Plt Direktur



dr. FARHAT SURYANINGRAT, Sp.KK  
PEMBINA TK.I /IV b  
NIP. 1978209022009031006

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	ii
DAFTAR ISI.....	iii
PERATURAN DIREKTUR.....	v
BAB I.....	1
PENDAHULUAN .....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Tujuan :.....	2
1.3. Visi, Misi, Motto, Slogan dan Janji Pelayanan.....	2
1.4. Maklumat Pelayanan .....	3
1.5. Jenis Pelayanan.....	3
BAB II .....	6
SISTEMATIKA PENULISAN STANDAR PELAYANAN .....	6
BAB III.....	7
STANDAR PELAYANAN PUBLIK .....	7
1. Instalasi Rawat Jalan .....	7
2. Instalasi Gawat Darurat .....	10
3. Instalasi Bedah Sentral.....	12
4. Instalasi Anestesi dan Reanimasi.....	16
5. Instalasi Rawat Inap.....	18
6. Instalasi Rawat Intensif.....	21
7. Instalasi Farmasi .....	24
8. Instalasi laboratorium sentral .....	29
9. Instalasi Radiologi .....	38
10. Instalasi Gizi.....	42
11. Instalasi linen .....	44
12. Instalasi CSSD .....	47
13. Instalasi Ambulans .....	51
14. Instalasi Gas Medik.....	55
15. Instalasi Kamar Jenazah.....	59
16. Instalasi Kesehatan Lingkungan.....	70
17. Instalasi Pemeliharaan Sarana .....	73
18. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik.....	76
o Pelayanan Admisi .....	76
o Rekam Medik.....	78
19. Pelayanan Kasir .....	79
20. Pelayanan Pengaduan .....	82
21. Pelayanan Promosi Kesehatan .....	83

22. <i>Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan</i> .....	84
23. <i>Pelayanan, Penelitian dan Pengembangan</i> .....	88
<b>BAB IV</b> .....	91
<b>PENUTUP</b> .....	91
<b>Lampiran</b> .....	92
1. <b>SK VISI, MISI, MOTTO, SLOGAN , JANJI PELAYANAN</b> .....	92
2. <b>SK MAKLUMAT PELAYANAN</b> .....	95
3. <b>SK TIM PERUMUS STANDAR PELAYANAN PUBLIK</b> .....	98
4. <b>DOKUMEN KEGIATAN PENYUSUSNAN STANDAR PELAYANAN</b> .....	103



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**

**DINAS KESEHATAN**

**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

Jl. Pemuda Kaffa No. 9 Telp. (031) 3091111 Fax. (031) 3094108 Kode Pos 69112

Website : [rsud.bangkalankab.go.id](http://rsud.bangkalankab.go.id) E-mail 1 : [eres\\_bangkalan@yahoo.co.id](mailto:eres_bangkalan@yahoo.co.id)

E-mail 2 : [uobk@rsudsyamrabu.ac.id](mailto:uobk@rsudsyamrabu.ac.id)

**B A N G K A L A N**

---

**PERATURAN DIREKTUR**

**UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

**NOMOR: 188/ 224 /433.102.1/2023**

**TENTANG**

**PERUBAHAN STANDAR PELAYANAN PUBLIK**

**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN**

**DIREKTUR UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

**KABUPATEN BANGKALAN**

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan standar pelayanan;
- b. bahwa sehubungan dengan butir a diatas, Penerapan Standar Pelayanan Publik di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur UOBK RSUD RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
2. Undang-Undang Republik Indonesia No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit ;
3. Undang-Undang Republik Indonesia No 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan ;
4. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara RI Nomor 5357);
6. Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit ;
7. Permenpan RB No.15 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Publik ;
8. Permenpan RB No.15 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Publik ;
9. Peraturan Bupati Bangkalan Nomor.85 Tahun 2020 Tentang Pembentukan ,Susunan Organisasi,Tugas dan Fungsi serta Tata

Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus (UOBK) Rumah Sakit Umum Daerah “ Syarifah Ambami Rato Ebu “;

10. Surat Perintah Bupati Bangkalan Nomor : 821.2/223/433.202/2020 tentang Pengangkatan sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan ;

#### MEMUTUSKAN

- Menetapkan :
- Kesatu : Standar Pelayanan pada UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu sebagaimana tercantum dalam lampiran Peraturan ini ;
- Kedua : Standar Pelayanan Pada Uobk Rsud Syarifah Ambami Rato Ebu Meliputi;
1. Instalasi Rawat Jalan :
  2. Instalasi Gawat Darurat :
  3. Instalasi Bedah Sentral :
  4. Instalasi Anestesi dan Reanimasi
  5. Instalasi Rawat Inap :
  6. Instalasi Rawat Intensif :
  7. Instalasi Farmasi
  8. Instalasi laboratorium sentral :
  9. Instalasi Radiologi
  10. Instalasi Gizi
  11. Instalasi linen
  12. Instalasi CSSD
  13. Instalasi Ambulans
  14. Instalasi Gas Medik
  15. Instalasi Kamar Jenazah
  16. Instalasi Kesehatan Lingkungan
  17. Instalasi Pemeliharaan Sarana
  18. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik
  19. Pelayanan Kasir
  20. Pelayanan Pengaduan
  21. Pelayanan Promosi Kesehatan
  22. Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan
  23. Pelayanan, Penelitian dan Pengembangan
- Ketiga : Komponen pada standar pelayanan yang di maksud meliputi :
- A. Service Delivery :
1. Pesyaratan
  2. Prosedur
  3. Jangka waktu pelayanan
  4. Biaya/Tarif

5. Produk pelayanan
6. Penanganan, Pengaduan, saran dan masukan

B. Manufacturing:

1. Dasar Hukum
2. Sarana dan Prasarana
3. Kompetensi Pelaksana
4. Pengawasan Internal
5. Jumlah Pelaksana
6. Jaminan Pelayanan
7. Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan
8. Evaluasi Kinerja Pelaksana

Keempat : Standar pelayanan sebagaimana terlampir dalam keputusan ini wajib dilaksanakan oleh penyelenggara /pelaksana dan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik

Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak di tetapkan dan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan akan diadakan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

DITETAPKAN DI ; Bangkalan  
PADA TANGGAL : 3 Juni 2023

Plt Direktur



RESIDEN PABU SURYANINGRAT, Sp.KK  
PEMBINA TK.I /IV b  
NIP. 1978209022009031006



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. 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 tolak ukur dalam penyelenggaraan pelayanan di lingkungan masing-masing.

Standar Pelayanan merupakan tolak ukur penyelenggaraan pelayanan bagi pelaksana dan pengguna layanan kepada masyarakat. Komponen ini menjadi acuan untuk mengukur efektifitas pelayanan dan mengukur kepuasan pengguna layanan saat mengakses layanan di unit publik. Tingkat kepuasan pengguna layanan itulah yang kemudian dijadikan 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. Tidak 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.

UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan 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 ke dalam koridor yang seharusnya. Dalam rangka melaksanakan fungsi Rumah Sakit sebagai pusat layanan masyarakat dan mendorong peningkatan kualitas pelayanan publik, UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan membuat buku tentang Standar Pelayanan Publik UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagai acuan penerapan standar pelayanan publik Rumah Sakit

### **1.2. Tujuan :**

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

### **1.3. Visi, Misi, Motto, Slogan dan Janji Pelayanan**

Berdasarkan Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Nomor: 188.4/2017/KEP/433.102.1/2022 Tentang Visi,Misi,Motto,Slogan , Janji Pelayanan. UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan

- **Visi :**

“,Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Bangkalan Yang Religius dan Sejahtera Berbasis Potensi Lokal”.

- **Misi :**

- Meningkatkan kualitas pelayanan yang paripurna, professional, serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
- Meningkatkan Kemampuan pengelolaan Administrasi, dan Manajemen PPK-BLUD
- Meningkatkan kompetensi SDM, Sarana prasarana sesuai perkembangan teknologi dan informasi
- Mengembangkan Pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengabdian masyarakat yang terintegritas

- **Motto :**

“, Kesembuhan Anda Komitmen Kami”.

- **Slogan :**

“ BERTASBIH”.

(Bersih,Ramah,Tanggap,Siaga,Bekerja Ihlas)

- **Janji Pelayanan :**

“, Mendahulukan Kepentingan Pasien dan Pendidikan”.

#### **1.4. Maklumat Pelayanaan**

Sesuai dengan Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan Nomor: 188 / 699 / 433.102.1 / 2023 Tentang Penetapan Maklumat Pelayanaan Pada UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu adalah :

1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan dengan standar pelayanan
2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan secara terus-menerus
3. Kami bersedia untuk menerima sanksi, dan / atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar

#### **1.5. Jenis Pelayanan**

Saat ini UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagai rumah sakit kelas B Pendidikan sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.01.07/MENKES/224/2018 .memiliki 346 tempat tidur dengan produk pelayanan yang di tawarkan adalah sebagai berikut :

1. Instalasi Rawat Jalan :
  - 1) Poli Jantung dan Pembuluh Darah
  - 2) Poli Orthopedi
  - 3) Poli Bedah Umum
  - 4) Poli VCT
  - 5) Poli Penyakit Dalam
  - 6) Poli Penyakit Saraf
  - 7) Poli Diagnostik Saraf
  - 8) Poli Bedah Saraf
  - 9) Poli Geriatri
  - 10) Poli Bedah Anak
  - 11) Poli Kesehatan Anak
  - 12) Poli Kesehatan Jiwa
  - 13) Poli Urologi
  - 14) Poli Kulit dan Kelamin
  - 15) Poli Penyakit Paru
  - 16) Poli TB DOTs
  - 17) Poli Mata
  - 18) Poli THT
  - 19) Poli Gigi dan Mulut
  - 20) Poli Obsetri dan Ginekologi
  - 21) Poli Psikologi
  - 22) Poli GCU
  - 23) Poli Anestesi

- 24) Poli Rehabilitasi Medik, Fisioterapi dan Terapi Wicara
- 25) Unit Hemodialisis
2. Instalasi Gawat Darurat :
  - 1) Pelayanan Gawat Darurat
  - 2) Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK)
3. Instalasi Bedah Sentral
  - 1) Operasi Emergency/Cyto
  - 2) Operasi Elektif
4. Instalasi Anestesi dan Reanimasi
5. Instalasi Rawat Inap :
  - 1) Ruang Asoka (Perawatan Penyakit Dalam)
  - 2) Ruang Anggrek ( Umum )
  - 3) Ruang Boegenvil ( Perawatan Bedah laki-laki)
  - 4) Ruang Sakura ( Perawatan Bedah Perempuan dan saraf)
  - 5) Ruang Cempaka ( VK Obgyn)
  - 6) Ruang Camelia ( Perawatan Nifas)
  - 7) Ruang Paviliun Dahlia ( Umum)
  - 8) Ruang Edelweis ( Perawatan Anak)
  - 9) Ruang Flamboyan ( Perawatan Menular dan isolasi)
6. Instalasi Rawat Intensif :
  - 1) Ruang ICU
  - 2) Ruang NICU
  - 3) Ruang HCU
7. Instalasi Farmasi
8. Instalasi laboratorium sentral :
  - 1) Patologi Klinik
  - 2) Patologi Anatomi
9. Instalasi Radiologi
10. Instalasi Gizi
11. Instalasi linen
12. Instalasi CSSD
13. Instalasi Ambulans
14. Instalasi Gas Medik
15. Instalasi Kamar Jenazah
16. Instalasi Kesehatan Lingkungan
17. Instalasi Pemeliharaan Sarana
18. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik
19. Pelayanan Kasir

20. Pelayanan Pengaduan
21. Pelayanan Promosi Kesehatan
22. Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan
23. Pelayanan, Penelitian dan Pengembangan

Pemerintah Indonesia telah mengeluarkan kebijakan terhadap pelayanan kesehatan masyarakat, dimana seluruh masyarakat Indonesia untuk melindungi kesehatannya diwajibkan menjadi peserta asuransi kesehatan BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial). Pemerintah Kabupaten Bangkalan terus berkomitmen untuk membangun pelayanan kesehatan yang prima bagi masyarakat. Untuk menunjang pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas dan dekat dengan masyarakat melalui program Universal Health Coverage (UHC),

Untuk bisa mendukung program UHC tersebut UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Bangkalan harus memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan memuaskan kepada masyarakat sehingga sangat penting untuk diperhatikan bahwa sebuah rumah sakit harus memiliki standar pelayanan agar menjamin kepuasan dan keamanan pasien.

Sumber Daya Manusia (SDM) yang bertugas di RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sampai saat ini sebanyak 1166 orang yang terdiri dari :

**PROFIL KEKUATAN SUMBER DAYA MANUSIA ( SDM ) RSUD SYAMRABU BANGKALAN**

Jumlah Pegawai Berdasarkan Jenis Tenaga	ASN(PNS+PPPK)	THL/Kontrak	Jumlah
<b>1. Jumlah Tenaga Medis / Dokter</b>	<b>39</b>	<b>43</b>	<b>82</b>
a. Dokter Sub Spesialis	0	2	2
b. Dokter Spesialis	21	25	46
c. Dokter Gigi Spesialis	2	2	4
d. Dokter Umum	14	13	27
e. Dokter Gigi	2	1	3
<b>2. Jumlah Tenaga Keperawatan</b>	<b>215</b>	<b>248</b>	<b>463</b>
a. Perawat Ahli	76	149	225
b. Perawat Terampil	97	31	128
c. Bidan	42	68	110
<b>3. Jumlah Tenaga Kesehatan Lain</b>	<b>59</b>	<b>65</b>	<b>124</b>
a. Psikolog Klinis	2	0	2
b. Apoteker	7	5	12
c. Penyuluh Kesehatan Masyarakat	1	0	1
d. Nutrisionis ( S1 & D3 )	5	7	12
e. Radiografer (D3)	3	5	8
f. Pranata Laboratorium Kesehatan ( D4 dan D3 )	14	13	27
g. Terapis Gigi dan Mulut ( D4, D3 dan SPRG )	2	3	5
h. Sanitarian (D3)	3	0	3
i. Fisioterapis ( D4 dan D3 )	4	3	7
j. Elektromedis ( D4 dan D3 )	2	1	3
k. Rekam Medis ( D4 dan D3 )	3	3	6
l. Asisten Apoteker ( D3 dan SMK Farmasi )	6	23	29
m. Akupuntur	0	1	1
n. Penata Anestesi	1	0	1
o. Asisten Penata Anestesi	6	0	6
p. Refraksi Optisi	0	1	1
<b>4. Jumlah Pejabat Struktural</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>25</b>
<b>5. Jumlah Tenaga Umum / Non medis</b>	<b>89</b>	<b>383</b>	<b>472</b>
<b>6. Jumlah Total Tenaga / Karyawan Rumah Sakit</b>	<b>427</b>	<b>739</b>	<b>1166</b>
<i>Jumlah Tenaga Keseluruhan</i>		<b>1166</b>	

## **BAB II**

### **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:

*A. Service Delivery:*







1. Persyaratan Layanan
2. Prosedur
3. Jangka Waktu Pelayanan
4. Biaya/Tarif
5. Produk Layanan
6. Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan

*B. Manufacturing:*

1. Dasar Hukum
2. Sarana Dan Prasana
3. Kompetensi Pelaksana
4. Pengawasan Internal
5. Jumlah Pelaksana
6. Jaminan Pelayanan
7. Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan
8. Evaluasi Kinerja Pelaksana

**BAB III**  
**STANDAR PELAYANAN PUBLIK**  
**UOBK RSUD SYARIFAH AMABAMI RATO EBU**

**1. Instalasi Rawat Jalan**

NO	KOMPONEN	URAIAN																										
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>																												
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menunjukkan Kartu Identitas (Kartu kunjungan/ KTP)</li> <li>2. Menunjukkan Kartu BPJS/KIS/KSO</li> <li>3. Menunjukkan Surat Kontrol DPJP dan SEP</li> <li>4. Menunjukkan Barcode yang sudah dicetak oleh bagian Pendaftaran</li> </ol>																										
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien/Keluarga melakukan pendaftaran dan finger print (kecuali pasien umum) bisa melalui Loker ADM / Loker pendaftaran</li> <li>2. Pasien menunggu di Poliklinik yang dituju</li> <li>3. Pasien menunggu panggilan untuk tindakan sesuai nomor urut di SIMRS</li> <li>4. Dilakukan anamnesa oleh perawat</li> <li>5. Pasien melakukan pengukuran Hemodinamik</li> <li>6. Pemeriksaan oleh dokter dan penunjang (laboratorium dan radiologi) bila diperlukan</li> <li>7. Pemberian terapi dan e-resep</li> <li>8. Pengambilan obat di Depo Farmasi Rawat Jalan</li> <li>9. Pasien Membayar sesuai Tagihan dan petugas kasir mencetak kwitansi pembayaran (bila pasien umum)</li> <li>10. Pasien Pulang</li> </ol>																										
3	Jangka Waktu Pelayanan	≤ 120 menit																										
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya Pelayanan Pasien umum /Asuransi Pihak Ketiga : Perbub Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu</li> <li>2. JKN : Permenkes RI Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</li> </ol>																										
5	Produk Pelayanan	<table border="0"> <tr> <td>1) Poli Jantung dan Pembuluh Darah</td> <td>14) Poli Kulit dan Kelamin</td> </tr> <tr> <td>2) Poli Orthopedi</td> <td>15) Poli Penyakit Paru</td> </tr> <tr> <td>3) Poli Bedah Umum</td> <td>16) Poli TB DOTs</td> </tr> <tr> <td>4) Poli VCT</td> <td>17) Poli Mata</td> </tr> <tr> <td>5) Poli Penyakit Dalam</td> <td>18) Poli THT</td> </tr> <tr> <td>6) Poli Penyakit Saraf</td> <td>19) Poli Gigi dan Mulut</td> </tr> <tr> <td>7) Poli Diagnostik Saraf</td> <td>20) Poli Obsetri dan Ginekologi</td> </tr> <tr> <td>8) Poli Bedah Saraf</td> <td>21) Poli Psikologi</td> </tr> <tr> <td>9) Poli Geriatri</td> <td>22) Poli GCU</td> </tr> <tr> <td>10) Poli Bedah Anak</td> <td>23) Poli Anestesi</td> </tr> <tr> <td>11) Poli Kesehatan Anak</td> <td>24) Unit Hemodialisis</td> </tr> <tr> <td>12) Poli Kesehatan Jiwa</td> <td>25) Poli Rehabilitasi Medik,</td> </tr> <tr> <td>13) Poli Urologi</td> <td>dan Terapi Wicara</td> </tr> </table>	1) Poli Jantung dan Pembuluh Darah	14) Poli Kulit dan Kelamin	2) Poli Orthopedi	15) Poli Penyakit Paru	3) Poli Bedah Umum	16) Poli TB DOTs	4) Poli VCT	17) Poli Mata	5) Poli Penyakit Dalam	18) Poli THT	6) Poli Penyakit Saraf	19) Poli Gigi dan Mulut	7) Poli Diagnostik Saraf	20) Poli Obsetri dan Ginekologi	8) Poli Bedah Saraf	21) Poli Psikologi	9) Poli Geriatri	22) Poli GCU	10) Poli Bedah Anak	23) Poli Anestesi	11) Poli Kesehatan Anak	24) Unit Hemodialisis	12) Poli Kesehatan Jiwa	25) Poli Rehabilitasi Medik,	13) Poli Urologi	dan Terapi Wicara
1) Poli Jantung dan Pembuluh Darah	14) Poli Kulit dan Kelamin																											
2) Poli Orthopedi	15) Poli Penyakit Paru																											
3) Poli Bedah Umum	16) Poli TB DOTs																											
4) Poli VCT	17) Poli Mata																											
5) Poli Penyakit Dalam	18) Poli THT																											
6) Poli Penyakit Saraf	19) Poli Gigi dan Mulut																											
7) Poli Diagnostik Saraf	20) Poli Obsetri dan Ginekologi																											
8) Poli Bedah Saraf	21) Poli Psikologi																											
9) Poli Geriatri	22) Poli GCU																											
10) Poli Bedah Anak	23) Poli Anestesi																											
11) Poli Kesehatan Anak	24) Unit Hemodialisis																											
12) Poli Kesehatan Jiwa	25) Poli Rehabilitasi Medik,																											
13) Poli Urologi	dan Terapi Wicara																											
6	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com																										







<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat tidur pasien</li> <li>2. Kursi roda</li> <li>3. Trolley Emergency</li> <li>4. Timbangan badan</li> <li>5. Timbangan bayi</li> <li>6. Tensimeter</li> <li>7. EEG</li> <li>8. Dopler.</li> <li>9. USG</li> <li>10. Lampu tindakan</li> <li>11. Lampu baca Rongen</li> <li>12. Echocardiografi</li> <li>13. Box Emergency Set</li> <li>14. Standar Infus</li> <li>15. Nebulizer</li> <li>16. Tabung O2</li> <li>17. Meja Gynekologi</li> <li>16. Komputer</li> <li>17. Jaringan Internet</li> <li>18. SIM RS</li> <li>19. Sound system</li> <li>20. Pemanggilan pasien</li> <li>20. ATK</li> <li>21. Meja</li> <li>22. Kursi</li> <li>23. Telepon PABx</li> <li>24. CCTV</li> <li>25. Stempel Dokter DPJP</li> <li>26. Stempel Poli</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<p>A. Kompetensi Dokter Spesialis/Dokter Umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnese dan pemeriksaan pasien.</li> <li>2. Melakukan diagnosa dan pengobatan pasien.</li> <li>3. Melakukan tindakan yang diperlukan.</li> <li>4. KIE pasien dan keluarga pasien</li> </ol> <p>B. Kompetensi Perawat/Bidan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu Dokter dalam memeriksa dan melakukan tindakan terhadap pasien.</li> <li>2. Melakukan anamnese sebelum dilakukan pemeriksaan oleh Dokter (dicatat di status pasien).</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan tanda Vital yang diperlukan.</li> <li>4. Menyiapkan ruang periksa.</li> <li>5. Menyiapkan sarana / prasarana pelayanan.</li> </ol>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Pelaksana pelayanan diawasi oleh kepala ruang/ instalasi dan dilaporkan ke bidang pelayanan Medik
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poli Jantung <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Dokter DPJP, 2 Perawat Pagi dan 1 Perawat Siang</li> </ul> </li> <li>• Poli Orthopedi <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DpJP, 2 perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Bedah Umum <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Dokter DPJP, 2 perawat pagi dan 2 perawat siang</li> </ul> </li> <li>• Poli VCT <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Dokter DPJP, 1 perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Dalam <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Dokter DPJP, 2 perawat pagi, 2 perawat siang</li> </ul> </li> <li>• Poli Saraf <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 3 perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Diagnostik Saraf <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Dokter DPJP, 1 Perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Bedah Saraf <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 1 Perawat</li> </ul> </li> <li>• Poli Geriatri <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Dokter DPJP, 1 Perawat Pagi</li> </ul> </li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poli Bedah Anak <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Dokter DPJP, 1 Perawat Pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Jiwa <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Dokter DPJP, 1 Psikolog</li> </ul> </li> <li>• Poli Rehab Medik <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Dokter DPJP, 6 Fisioterapi</li> </ul> </li> <li>• Polii Urologi <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 2 perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Anak <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 Dokter DPJP, 2 perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Kulit Kelamin <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 1 Perawat pagi dan siang</li> </ul> </li> <li>• Paru / TBDOTS <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 2 perawat pagi dan siang</li> </ul> </li> <li>• Poli Mata <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 2 perawat dan 1 refleksionis</li> </ul> </li> <li>• Poli THT <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 1 Perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Gigi <ul style="list-style-type: none"> <li>- 6 Dokter DPJP, 6 Perawat gigi</li> </ul> </li> <li>• Poli OBGYN <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 Dokter DPJP, 3 Bidan pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Psikologi <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Dokter DPJP, 3 Psikologi</li> </ul> </li> <li>• Poli GCU <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 1 Perawat pagi</li> </ul> </li> <li>• Poli Anastesi <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 Dokter DPJP, 1 Perawat pagi</li> </ul> </li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya</li> <li>2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</li> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunkastif, sopan dan santun</li> </ol>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>• Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>• Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>

8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun
---	--------------------------------------	---

## 2. Instalasi Gawat Darurat







NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kartu identitas/KTP</li> <li>2. Kartu BPJS/KIS/KSO</li> <li>3. Surat Rujukan</li> </ol> <p><i>Persyaratan tersebut dapat di lengkapi dalam waktu 2x24 jam (hari kerja)</i></p>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang</li> <li>2. Triage : Pemilihan kondisi pasien berdasarkan ESI LEVEL</li> <li>3. Pasien ditempatkan di zona Merah/Kuning/Hijau</li> <li>4. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran</li> <li>5. Pemeriksaan oleh tenaga kesehatan</li> <li>6. Melakukan tindakan medis sesuai dengan keluhan</li> <li>7. Pemeriksaan penunjang (bila ada)</li> <li>8. Pemberian obat</li> <li>9. Pasien pulang/rawat inap</li> </ol> <p><u>Catatan :</u>  <b>Zona Merah</b> (Level 1-2) : Gawat Dan Darurat  <b>Zona Kuning</b> (Level 3-4) : Gawat Tidak Darurat  <b>Zona Hijau</b> (Level 5-6) : Tidak Gawat Dan Tidak Darurat</p> <p><u>Catatan :</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diprioritaskan pada penanganan pasien Gawat Darurat</li> <li>2. Lama tindakan disesuaikan kondisi pasien</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respon pemeriksaan petugas disesuaikan zona (Merah, Kuning, Hijau)</li> <li>2. Lama Tindakan disesuaikan dengan kondisi pasien</li> </ol>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan pasien umum/Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	Pelayanan Gawat Darurat
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik

2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alat Medis</li> <li>○ Brankart</li> <li>○ Tensimeter</li> <li>○ Thermometer</li> <li>○ Monitor</li> <li>○ DC Shock</li> <li>○ ECG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syirng/infus Pump</li> <li>○ Heacting Set</li> <li>○ Incubator,suction pump</li> <li>○ Doubler ,Dopler</li> <li>○ Nebulizer,lampu sorot</li> <li>○ O2 sentral,transprot</li> <li>○ DII</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sarjana S1/ D3 Keperawatan/Kebidanan</li> <li>○ Memiliki STR dan SIPP</li> <li>○ Memiliki Pelatihan PPGD</li> <li>○ Jujur dan Amanah</li> </ul>	
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait	
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 34 orang tenaga Perawat dan Bidan Terdiri :</li> <li><b>Shift Pagi : 10 orang</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 8 Perawat</li> <li>2. 2 Bidan</li> </ol> </li> <li><b>Shift siang : 7 orang</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 Perawat</li> <li>2. 2 Bidan</li> </ol> </li> <li><b>Shift Malam : 7 orang</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5 Perawat</li> <li>2. Bidan</li> </ol> </li> </ul>	
6	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya</li> <li>2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</li> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunikatif, sopan dan santun</li> </ol>	
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>2. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>3. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>4. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ol>	
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun	

### 3. Instalasi Bedah Sentral

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persyaratan Administrasi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien telah menandatangani informed consent</li> <li>b. Dokumen medis lengkap</li> </ol> </li> <li>2. Persyaratan Tehnis               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Penjadwalan :                   <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Penderita darurat didahulukan daripada penderita elektif / terencana.</li> <li>b) Penderita bayi dan anak didahulukan daripada penderita dewasa.</li> <li>c) Penderita elektif dilihat dari tipe operasi, dengan urutan                       <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operasi Bersih</li> <li>- Operasi Terkontaminasi dan operasi kotor</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>b. Persyaratan Tehnis Operasi Persyaratan teknis pemeriksaan operasi sesuai dengan jenis operasi dan protap yang berlaku di kamar operasi</li> </ol> </li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b><u>Pasien Pre Op Elektif</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Bedah melakukan pengkajian pra bedah terhadap pasien menggunakan pola SOAP dan didokumentasikan di form 73 di rekam medis.</li> <li>2. Proses pengkajian di dijalankan dalam kerangka waktu dipersingkat bilamana pasien secara darurat membutuhkan tindakan pembedahan.</li> <li>3. Pengkajian pasien dijadikan dasar dalam pemilihan prosedur yang tepat, waktu yang optimal, aman dan menginterpretasi temuan dalam monitoring pasien.</li> <li>4. Dokter bedah memberikan edukasi tentang resiko, manfaat dan alternatif terkait penyakit yang dialami pasien serta mendiskusikannya dengan pasien ,keluarga atau orang yang berwenang membuat keputusan bagi pasien.</li> <li>5. Setelah mendapat edukasi, pasien dan atau keluarga yang berwenang memberi keputusan bagi pasien di sarankan untuk menandatangani surat persetujuan tindakan medis (bila setuju) atau menandatangani surat penolakan Tindakan medis( Bila menolak) dan di dokumentasikan di Form 05 rekam medis</li> <li>6. Setelah pasien dan keluarga setuju untuk dilakukan pembedahan, maka Ruang rawat inap tempat pasien di rawat mendaftarkan pasien ke IBS untuk dijadwalkan operasi.</li> <li>7. Saat hari dan waktu yang dijadwalkan operasi pasien dikirim ke Instalasi bedah Sentral, Perawat rawat inap dan perawat instalasi bedah sentral melakukan timbang terima dengan cermat dan terperinci dan di dokumentasikan di form 41 dan form 66 rekam medis</li> <li>8. Pelaksanaan pembedahan dilakukan sesuai dengan rencana tindakan awal dengan mengutamakan keselamatan pasien, Perawat instalasi bedah sentral mengisi form 40 (Surgical Safety Checklist).</li> <li>9. Setelah melakukan tindakan pembedahan, Dokter</li> </ol>

		<p>bedah membuat laporan operasi di Form 32 Rekam Medis. Laporan operasi minimal memuat tentang :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Nama dokter bedah, Tim Bedah, dokter anestesi dan tim anestesi</li> <li>b. Diagnosis Pre operasi dan diagnosis post operasi</li> <li>c. Jenis operasi</li> <li>d. Jumlah darah yang hilang dan jumlah darah yang masuk Jaringan yang di eksisi/insisi</li> <li>e. Spesimen operasi untuk pemeriksaan</li> <li>f. Nama tindakan operasi</li> <li>g. Tanggal operasi, waktu operasi dimulai, waktu operasi selesai dan lama operasi.</li> <li>h. Ada tidaknya komplikasi</li> <li>i. Ringkasan tentang tindakan dan tahapan operasi, temuan yang didapat saat durante operasi.</li> <li>j. Tanda tangan dan nama terang dokter bedah</li> <li>k. Nomor Pendaftar alat (Implan) yang di pasang</li> <li>l. Perawat bedah mencatat semua bahan habis pakai yang digunakan , mengawasi pemakaian alat dan kassa.</li> <li>m. Instruksi pasca operasi, asuhan medis dan asuhan keperawatan pasca operasi didokumentasikan di form CPPT RM 12.</li> </ol> <p><b>Pasien Pre Op Cito (Emergency)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter bedah merencanakan operasi emergency, baik di instalasi gawat darurat maupun di instalasi rawat inap, yang ditulis dilembar catatan pelayanan</li> <li>2. (Petugas instalasi rawat inap/instalasi rawat jalan/instalasi gawat darurat) hubungi petugas instalasi kamar operasi untuk perencanaan operasi</li> <li>3. Petugas instalasi kamar operasi jadwalkan operasi saat itu juga dan di share via WA grup Bedah dan Anestesi: jam, tindakan, nama operator, asisten, unit asal pasien, data pasien(nama, umur, berat badan, riwayat penyakit)</li> <li>4. (Petugas instalasi kamar operasi) mencari OK kosong untuk ditempati pasien cito dan menghubungi tim Bedah yang OK nya akan di tempati pasien cito tersebut</li> <li>5. Tim Bedah Siapkan alat untuk keperluan operasi</li> <li>6. Menghubungi ruangan yang berketempatan pasien untuk segera mengantar pasien ke kamar operasi</li> <li>7. Petugas yang berketempatan menghubungi admisi untuk menyiapkan ruangan pasien pasca Operasi.</li> </ol> <p><b>Pasien ODC (One Day Care)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dipoliklinik rawat jalan, pasien yang telah diputuskan untuk dilakukan operasi/tindakan di IBS <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Dijelaskan tentang tindakan yang akan dilakukan, tujuan tindakan penunjang dan perkiraan biayanya</li> <li>b. Bila pasien (dan keluarga) telah setuju untuk dilakukan operasi dan tindakan medik penunjang maka pasien dan keluarganya</li> </ol> </li> </ol>
--	--	--

		<p>menanda tangani lembar persetujuan tindakan medik. Jika pasien dan keluarga ragu-ragu, dianjurkan untuk berunding dulu atau menanyakan lagi hal-hal yang belum/kurang jelas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Setelah pasien dinyatakan dapat/siap untuk dilakukan operasi /tindakan medis di IBS, oleh petugas poliklinik, pasien diantar ke IBS untuk didaftarkan rencana operasi/tindakannya</li> <li>3. Pasien dibawa masuk ke dalam IBS OK yang telah dipersiapkan sebelumnya</li> <li>4. Dilakukan tindakan operasi sesuai prosedur</li> <li>5. Diantar keluarga dan pakaiannya diganti lagi dengan baju pasien sendiri</li> <li>6. Dijelaskan tentang penatalaksanaan pasca operasi, resep/obat dan pemeriksaan lain bila ada</li> <li>7. Menyelesaikan administrasi dan pembayarannya</li> </ol> <p>Pasien Dipersilahkan pulang</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Waktu Tunggu Operasi Elektif Pasien Rawat inap ≤ 2 hari
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya Pelayanan pasien umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</li> <li>2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</li> </ol>
5	Produk layanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pelayanan pasien bedah Umum dan laparascopy</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah Obstetri dan gynecology</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah anak</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah orthopedi</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah syaraf</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah urologi</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah THT</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah Mata</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah gigi dan mulut</li> <li>○ Pelayanan pasien bedah Kulit dan kelamin</li> </ul>
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik







2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	1. Meja operasi 2. Lampu operasi 3. Mesin ESU 4. Mesin suction 5. Mesin C ARM 6. Endo Laparascopy 7. Mesin PCNL 8. Mesin RIRS 9. Harmonic Scalpel	10. Ligasure Scalpel 11. Arthroscopy 12. Mesin Bor Hole 13. PAC System 14. Ruang Tunggu 15. Ruang Transfer pasien 16. Ruang Premedikasi 17. Ruang alat steril 18. Ruang/Kamar Operasi
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<p><b>1. Dokter Spesialis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter spesialis Bedah Umum : 3 Orang</li> <li>• Dokter spesialis Obstetri dan gynecology : 4 orang</li> <li>• Dokter spesialis bedah anak : 1</li> <li>• Dokter spesialis bedah orthopedi : 2</li> <li>• Dokter spesialis bedah syaraf : 2</li> <li>• Dokter spesialis urologi : 2</li> <li>• Dokter spesialis THT : 3</li> <li>• Dokter spesialis Mata : 2</li> <li>• Dokter spesialis bedah gigi dan mulut : 3</li> <li>• Dokter spesialis Kulit dan kelamin : 1</li> </ul> <p><b>2. Perawat/Bidan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shift Pagi : 22 Orang</li> <li>• Shift Siang : 3 Orang</li> <li>• Shift Malam : 3 Orang</li> </ul> <p>3. Staf administrasi : 2 Orang  4. Housekeeping : 1 Orang  5. Pendorong : 1 Orang</p>	
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait	
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<p><b>1. Dokter Spesialis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokter spesialis Bedah Umum : 3 Orang</li> <li>• Dokter spesialis Obstetri dan gynecology : 4 orang</li> <li>• Dokter spesialis bedah anak : 1</li> <li>• Dokter spesialis bedah orthopedi : 2</li> <li>• Dokter spesialis bedah syaraf : 2</li> <li>• Dokter spesialis urologi : 2</li> <li>• Dokter spesialis THT : 3</li> <li>• Dokter spesialis Mata : 2</li> <li>• Dokter spesialis bedah gigi dan mulut : 3</li> <li>• Dokter spesialis Kulit dan kelamin : 1</li> </ul> <p><b>2. Perawat/Bidan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Shift Pagi : 22 Orang</li> <li>• Shift Siang : 3 Orang</li> <li>• Shift Malam : 3 Orang</li> </ul> <p>3. Staf administrasi : 2 Orang  4. Housekeeping : 1 Orang  5. Pendorong : 1 Orang</p>	
6	Jaminan Pelayanan	1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter	



		<p>umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunikatif, sopan dan santun</li> </ol>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi - tepat prosedur - tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

#### 4. Instalasi Anestesi dan Reanimasi







NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sudah adanya persetujuan dari Dokter Spesialis Anestesi</li> <li>2. Menunjukkan Form Timbang Terima</li> <li>3. Melengkapi penunjang yang lain baik laboratorium atau radiologi</li> <li>4. Menunjukkan Form Persetujuan untuk dilakukan pembiusan</li> <li>5. Menunjukkan Barcode yang sudah dicetakkan oleh bagian Pendaftaran</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien/Keluarga menandatangani Form Persetujuan untuk Anestesi dan Bedah</li> <li>2. Pasien menunggu panggilan sesuai dengan ronde jam operasi</li> <li>3. Pasien melakukan pengukuran Monitoring</li> <li>4. Pasien melakukan proses monitoring dan pembiusan</li> <li>5. Pasien dipindah ke ruang Recovery Room setelah Post Op</li> <li>6. Pasien kembali keruangan semula setelah kondisi stabil tanpa intervensi</li> <li>7. Pasien akan dipiindah ke Ruang ICU jika membutuhkan intervensi Khusus</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan Pre Op 15 menit</li> <li>2. Pelaksanaan Durante Op 1-5 jam</li> <li>3. Evaluasi Post Op 15 menit</li> </ol>

		4. Evaluasi Di Recovery Room 1 – 3 Jam
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kegiatan Anestesi Elektif ( regular )</li> <li>2. Kegiatan Anestesi Darurat (emergency)</li> <li>3. Kegiatan Anestesi Diluar Kamar Operasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Curettage</li> <li>• CT-Scan</li> <li>• Endoscopy/Colonoscopy</li> <li>• Intubasi</li> </ul> </li> </ol>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer</li> <li>- Jaringan Internet</li> <li>- SIM RS</li> <li>- Printer</li> <li>- Mesin Anestesi 10 buah</li> <li>- Mesin Monitor 15 buah</li> <li>- Warmer 4 buah</li> <li>- DC Syock 1 Unit</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimal Pendidikan D3 Keperawatan</li> <li>- Memiliki sertifikat BHD / BCLS/ PPGD</li> <li>- Meiliki sertifikat pelatihan Anestesi atau</li> <li>- Pengalaman kerja minimal 3 tahun sebagai perawat umum di area medical bedah</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring &amp; Evaluasi setiap hari oleh</li> <li>- Supervisi oleh Bidang keperawatan</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kepala ruangan</li> <li>○ Wakil kepala ruangan</li> <li>○ Shift pagi terdiri dari : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Penata 6 Orang dan 4 Orang RR</b></li> </ul> </li> <li>○ Shift Siang terdiri dari <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Penata 2 Orang dan 1 orang RR</b></li> </ul> </li> <li>○ Shift Malam terdiri dari <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Penata 1 Orang dan 1 orang RR</b></li> </ul> </li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>o Tenaga administrasi 1 orang</li> <li>o Housekeeping 1 orang</li> <li>o Pendorong 1 orang</li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya</li> <li>2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</li> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunikatif, sopan dan santun</li> </ol>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi - tepat prosedur - tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

5. **Instalasi Rawat Inap**

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien telah mendaftar di Rekam Medik</li> <li>2. Membawa dokumen medis rawat inap</li> <li>3. Membawa surat MRS dari dokter Rawat Jalan atau IGD</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lama Waktu Penyelesaian Pelayanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lama waktu penerimaan pasien baru : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulai petugas rawat inap menerima informasi adanya pasien baru sampai siap menerima pasien baru ≤ 60 menit</li> <li>• Pada saat ruangan penuh dihitung mulai pasien lama pulang sampai siap menerima pasien baru ≤ 20 menit</li> </ul> </li> <li>b. Lama waktu pelayanan administrasi pasien pulang : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mulai dokumen medik selesai ditanda tangani dokter sampai perincian biaya selesai dibuat 1 jam (computer kondisi baik).</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2. Prosedur Proses Penyelesaia Pelayanan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien beserta persyaratan administrasinya datang ke Instalasi Rawat Inap diantar oleh</li> </ol> </li> </ol>







		<p>petugas Rawat Jalan atau IGD, diterima oleh Perawat Rawat Inap.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b. Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan tindakan sesuai instruksi dokter pengirim.</li> <li>c. Perawat melakukan konsul kepada dokter spesialis ruangan tentang kondisi pasien yang diterima dari Poliklinik/IGD pada saat jam kerja.</li> <li>d. Perawat bekerjasama dengan Farmasi Klinis dan Ahli Gizi ruangan melakukan perawatan sesuai dengan advisdokter yang merawat dan mengacu pada Standar Prosedur Operasional (SPO) tindakan yang ada.</li> <li>e. Bila keadaan pasien memburuk, segera dilakukan konsul ke DPJP dan telepon dokter jaga untuk tindakan lebih lanjut.</li> <li>f. Setelah dinyatakan perawatan selesai oleh DPJP yang merawat, maka Farmasi Klinis menyiapkan obat, perawat/administrasi menyerahkan persyaratan pada keluarga pasien untuk KRS.</li> <li>g. Keluarga pasien menyelesaikan proses pembayaran di casemix dan Kasir Pembayaran serta keluarga mengambil obat untuk dibawa pulang.</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Jam buka pelayanan Rawat Inap adalah 24 jam dalam setahun
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biaya Pelayanan pasien umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</li> <li>2. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</li> </ol>
5	Produk layanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelayanan rawat inap Penyakit Bedah</li> <li>• Pelayanan rawat inap penyakit Dalam</li> <li>• Pelayanan rawat inap penyakit Saraf</li> <li>• Pelayanan rawat inap Ginekologi dan Obsetri</li> <li>• Pelayanan rawat inap Kesehatan Anak</li> </ul>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alat proteksi diri untuk petugas di Instalasi Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Masker</li> <li>b. Handscoen</li> </ol> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Skort Kerja (usulan)</li> <li>2. Alat yang tersedia di ruangan <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Termometer dan Termometer Rectal (diusulkan)</li> <li>b. Tensimeter, Stetoskop</li> <li>c. Masker O2, Tabung O2</li> <li>d. Tempat Tidur, Kursi Roda</li> <li>e. ECG, Nebulizer</li> <li>f. Suction, Infus Pump (diusulkan)</li> <li>g. Syringe Pump (belum semua)</li> <li>h. Timbangan Badan</li> <li>i. Alat Resusitasi</li> <li>j. Alat Instrumen satu set</li> </ul> </li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Dokter Spesialis : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan dokter spesialis</li> <li>b. Tugas : melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pengobatan, tindakan dan membuat resume medis</li> </ul> </li> <li>2. Perawat : <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan S1, D4 dan D3</li> <li>b. Tugas : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan asuhan keperawatan</li> <li>2. Melakukan tugas limpahan dari dokter</li> <li>3. Melakukan observasi pada pasien</li> <li>4. Melakukan pencatatan dan pelaporan kondisi pasien</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>3. Tenaga Administrasi: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pendidikan S1 dan SMA</li> </ul> </li> </ul> <p>Tugas : membantu pelayanan pada pasien dan administrasi</p>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring &amp; Evaluasi oleh karu /ka instalasi</li> <li>- Supervisi oleh Bidang keperawatan</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pelayanan Dokter Spesialis : 52 orang</li> <li>2. Pelayanan Keperawatan <ul style="list-style-type: none"> <li>a. S1 : 227 orang</li> <li>b. D4 : 51 orang</li> <li>c. D3 : 137 orang</li> </ul> </li> <li>3. Administrasi <ul style="list-style-type: none"> <li>a. S1 : 10 orang</li> <li>b. SLTA : 13 orang</li> </ul> </li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya</li> <li>2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</li> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunkastif, sopan dan santun</li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> </ul>

		<p>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

## 6. Instalasi Rawat Intensif

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<p>Persyaratan Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien telah mendaftar di Rekam Medik</li> <li>2. Membawa dokumen medis rawat inap</li> <li>3. Ada surat MRS dari dokter Penanggung Jawab Pelayanan</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b>A. ICU, HCU, NICU</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Penerimaan Pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat melakukan timbang terima pasien</li> <li>b) Perawat mengecek kelengkapan dokumen rekam medis pasien</li> <li>c) Perawat memberikan edukasi kepada keluarga pasien tentang : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengenalan Petugas</li> <li>• DPJP yang merawat</li> <li>• Pengenalan Ruangan/Lingkungan</li> <li>• Tata Tertib Pasien/ Penunggu Pasien di Ruang Rawat Intensif</li> </ul> </li> </ol> </li> <li><b>2. Prosedur Pelayanan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Perawat melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan tindakan sesuai instruksi DPJP</li> <li>b) Perawat melaporkan pasien baru kepada DPJP</li> <li>c) DPJP melakukan visite setiap hari</li> <li>d) DPJP / Dokter Jaga memberikan penjelasan tentang kondisi pasien dan melakukan informed consent kepada</li> </ol> </li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p><b>A. ICU, HCU, NICU</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lama waktu penerimaan pasien baru : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mulai petugas Rawat Intensif menerima informasi adanya pasien baru sampai siap menerima pasien baru : 30 menit</li> <li>b. Timbang terima Pasien : 30 menit</li> <li>c. Mengecek kelengkapan dokumen rekam medis : 10 menit</li> <li>d. Pemberian Edukasi kepada keluarga pasien : 15 menit</li> </ol> </li> <li>2. Waktu Pelayanan R. Rawat Intensif : 24 jam</li> <li>3. Lama Waktu Penyelesaian Pelayanan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien Pindah Ruang :</li> </ol> </li> </ol>

		<p>Mulai petugas rawat intensif mendapatkan konfirmasi ketersediaan kamar dari petugas ruangan yang dituju – sampai pasien diambil : 60 menit</p> <p>b. Pasien KRS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirujuk ke RS Lain : ± 60 menit setelah mendapat persetujuan dari RS yang di tuju</li> </ul> <p>Meninggal : 120 menit , sesuai prosedur pengambilan jenazah di ruangan dilakukan 2 jam setelah pasien dinyatakan meninggal.</p>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>1. Biaya Pelayanan pasien umum /Asuransi Pihak Ketiga : Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>2.JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk Pelayanan	<p>Pelayanan perawatan ICU Pelayanan perawatan NICU, Pelayanan perawatan HCU</p>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2021 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p><b>A. ICU dan HCU dan NICU</b></p> <p>1. Fasilitas Pelayanan untuk Proteksi/Pencegahan Infeksi Nosokomial :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Handrub/Cairan Hand Hygiene</li> <li>b. Masker</li> <li>c. Handscoen Steril dan Non Steril</li> <li>d. Baju Kerja Petugas R. Intensif</li> <li>e. Sandal Dalam</li> <li>f. Scort Khusus Pengunjung</li> </ol> <p>2. Fasilitas Untuk pelayanan pasien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tempat tidur khusus</li> <li>b. Peralatan monitor Invasif dan Non Invasif</li> <li>c. Alat hisap/Slem suction</li> <li>d. Peralatan akses vaskuler</li> <li>e. Defibrilator</li> <li>f. Ventilator</li> <li>g. Mesin Hemodialisa</li> <li>h. Pompa infus dan pompa syringe</li> <li>i. Nebulizer</li> <li>j. Alat USG</li> <li>k. Peralatan portable untuk transportasi</li> <li>l. Alat instrument steril</li> </ol>



3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<b>A. ICU dan HCU dan NICU</b> 1. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) : a. Dokter Spesialis b. Tugas : Melakukan pemeriksaan, penegakan diagnosa, pengobatan, tindakan dan membuat resume medis. 2. Dokter Jaga a. Dokter Umum b. Tugas : o Sebagai asisten DPJP o Memantau stabilisasi kondisi pasien o Memberikan informasi dan edukasi pada pasien/keluarga terkait masalah medis dan kegawatan pasien o Mendampingi transfer (pemindahan) pasien dengan kondisi tertentu 3. Perawat a. Pendidikan S1/Setara dan D3 b. Tugas : o Melakukan asuhan keperawatan o Melakukan tugas limpahan dari dokter o Melakukan observasi pada pasien o Melakukan pencatatan dan pelaporan kondisi pasien 4. Tenaga Pramubhakti : a. Pendidikan SMA b. Tugas : membantu pelayanan pada pasien dan administrasi
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	1. Dokter Spesialis : 56 orang 2. Perawat /Bidan : ➤ SI /D4 :38 orang ➤ D3 : 31 orang
6	Jaminan Pelayanan	1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya 2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP 3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut 4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunikatif, sopan dan santun
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana. c. Pemantauan keamanan dengan CCTV d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : 1. Ketepatan identifikasi pasien 2. Peningkatan komunikasi yang efektif 3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert) 4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi 5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan 6. Pengurangan risiko pasien jatuh







8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun
---	--------------------------------------	---

## 7. Instalasi Farmasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resep dari dokter umum,atau dokter Spesialis, kepada apoteker, baik dalam bentuk paper maupun elektronik,baik diIGD,Rawat Jalan maupun Rawat Inap</li> <li>2. Ada form permintaan untuk permintaan BMHP dari seluruh ruangan</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Penerimaan resep <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan resep di depo rawat jalan dan rawat darurat dibawa langsung oleh pasien ke depo farmasi</li> <li>2. Penerimaan resep di depo rawat inap dibawa oleh perawat ruangan ke depo farmasi</li> <li>3. Oleh petugas dilakukan pengecekan administrasi meliputi nomor RM, nama, tanggal lahir, alamat, dokter penulis resep dan lain-lain</li> <li>4. Ditulis jam penerimaan resep untuk mengetahui seberapa lama waktu tunggu pasien</li> <li>5. Diberi label sesuai dengan jenis tanggungan pasien (BPJS, SPM, umum dan lain-lain) dan diberi nomor</li> <li>6. Resep kemudian dicatat dibuku penerimaan resep dan pasien diberi nomor antrian untuk pengambilan resep</li> <li>7. Berikan resep ke Apoteker untuk dilakukan pengkajian resep dan memberi stempel atau formulir telaah resep untuk kemudian diisi sesuai dengan aturan yang berlaku</li> <li>8. Untuk pasien umum obat dilakukan pengecekan harga terlebih dahulu untuk kemudian ditanyakan pasien mau ditebus semua atau sebagian.</li> </ol> </li> <li>➤ Penerimaan resep rawat jalan dengan TAROMAH <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien/ keluarga menyerahkan resep dari dokter poli ke depo obat rawat jalan</li> <li>2. Petugas farmasi melakukan pengecekan administrasi meliputi nomor RM, nama, tanggal lahir, alamat, dokter penulisresep dan lain-lain</li> <li>3. Petugas menawarkan TAROMAH kepada keluarga/ pasien</li> <li>4. Jika keluarga/pasien setuju, maka mengisi formulir data pasien secara lengkap sebagai data pengantaran</li> <li>5. Petugas farmasi melakukan KIE (Konseling, Informasi, dan Edukasi) obat yang akan diterima kepada keluarga/ pasien dan memberikan <i>contac person</i> apoteker bilamana ada informasi yang dibutuhkan terkait obat yang tertulis di resep</li> <li>6. Menanyakan kembali kejelasan pasien terhadap informasi obat dan meminta pasien untuk mengulang penjelasan yangtelah disampaikan.</li> <li>7. Resep kemudian dicatat dibuku penerimaan resep dan pasien diberi nomor antrian untuk dilakukan</li> </ol> </li> </ul>

		<p>pengantaran</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Berikan resep ke Apoteker untuk dilakukan pengkajian resep dan memberi stempel atau formulir telaah resep untuk kemudian diisi sesuai dengan aturan yang berlaku</li> <li>9. Setelah resep selesai dikerjakan, dilakukan double check antara resep dan item obat yang sudah disiapkan       <ol style="list-style-type: none"> <li>➤ Pelayanan Obat Non Racikan           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Siapkan obat sesuai dengan jenis dan jumlah yang tercantum dalam resep</li> <li>2. Catat pengeluaran obat dalam resep pada kartu stok.</li> <li>3. Obat dimasukkan dalam wadah yang sesuai.</li> <li>4. Diberikan etiket sesuai dengan aturan pakai obat pada resep dan dipastikan bahwa tulisan mudah terbaca dan tidak mudah hilang (tidak boleh menggunakan spidol).</li> <li>5. Diserahkan ke bagian penyerahan obat untuk dilakukan cek ganda.</li> <li>6. Tandai dan berikan copy resep apabila ada obat yang belum tersedia (habis) dalam resep</li> <li>7. Untuk obat yang belum tersedia, konfirmasikan pada pihak Gudang kapan obat tersebut datang, sehingga bisa memberikan informasi pada pasien untuk datang pada waktu tersebut</li> </ol> </li> <li>➤ Pelayanan Obat Racikan           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan perhitungan terhadap dosis dan bahan yang akan diambil sesuai yang tertera pada resep.</li> <li>2. Catat pengeluaran obat di kartu stok.</li> <li>3. Siapkan bahan yang akan diracik</li> <li>4. Bersihkan meja racikan dan siapkan alat yang akan digunakan</li> <li>5. Cuci tangan, gunakan masker, sarung tangan dan jas praktek (bila perlu).</li> <li>6. Lakukan peracikan obat sesuai dengan instruksi yang tertera pada resep (puyer, kapsul, salep, sirup).</li> <li>7. Untuk sirup kering, ditambahkan langsung aqua sesuai dengan ketentuan yang tercantum pada brosur obat.</li> <li>8. Masukkan sediaan racikan dalam wadah dan beri etiket.</li> <li>9. Pastikan hasil racikan sesuai dengan instruksi resep, Bersihkan meja dan alat yang telah digunakan dan Cuci kembali tangan sampai bersih setelah melakukan peracikan</li> <li>10. Diserahkan ke bagian penyerahan obat untuk dilakukan cek ganda</li> </ol> </li> <li>➤ PENYERAHAN OBAT           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan akhir kesesuaian antara etiket obat dengan resep sebelum dilakukan pemanggilan pasien untuk penyerahan obat.</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>
--	--	--

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lakukan <i>Double Check</i> oleh orang berbeda</li> <li>3. Pastikan resep telah terentri dengan benar dan sesuai, pada pasien umum pastikan sudah membayar biaya administrasi disertai menyerahkan kwitansi bukti pembayaran</li> <li>4. Lakukan pemanggilan nama pasien secara lengkap (minimal dua suku kata) dan menyebutkan nomor antrian resep(khusus pasien rawat jalan)</li> <li>5. Lakukan identifikasi sebelum penyerahan obat agar tepat pasien meliputi pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Identitas pasien</li> <li>b. Nama obat</li> <li>c. Dosis</li> <li>d. Rute pemberian, dan</li> <li>e. Waktu pemberian</li> </ol> </li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serahkan obat disertai pemberian informasi obat meliputi nama obat, kegunaan obat, aturan pakai dan cara penggunaan obat</li> <li>2. Konfirmasi ulang tentang kejelasan informasi obat dan meminta pasien untuk mengulang penjelasan yang telah disampaikan.</li> <li>3. Tuliskan waktu penyerahan resep dan dokumentasikan pada buku pencatatan resep</li> <li>4. Untuk pasien Rawat Inap menggunakan system Unit Dose Dispensing, petugas farmasi yang mengantar ke ruangan. <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Untuk obat pengantaran ke rumah (TAROMAH) :</i></li> </ul> </li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan akhir kesesuaian antara etiket obat dengan resep sebelum dilakukan pengantaran obat.</li> <li>2. Menempelkan nomer antrian pada tas pembungkus obat</li> <li>3. Mengklasifikasikan obat-obat untuk wilayah pengantaran yang sama</li> <li>4. Menyerahkan pada kurir pengantar</li> <li>5. Kurir mengantarkan sesuai wilayah yang dituju</li> <li>6. Pasien atau keluarga menerima obat dari kurir dan mengisi formulir penerimaan obat</li> <li>7. Pasien menyerahkan nomor antrian kepada kurir pengantar untuk dilakukan double check <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Permintaan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), ruangan ke gudang farmasi:</i></li> </ul> </li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat dan tenaga medis yang terkait mengisi formulir permintaan BMHP yang diperlukan dengan disertakan nama ruangan, tanggal dan tanda tangan penanggung jawab ruangan</li> <li>2. Formulir diterima oleh petugas gudang farmasi dan menelaah permintaan untuk kemudian memberi catatan berapajumlah BMHP yang akan diberikan</li> <li>3. Keluarkan BMHP sesuai permintaan dan catat pada kartu stock</li> <li>4. Tandai BMHP yang sudah diberikan dan lakukan cek</li> </ol>
--	--	--

		<p>ulang</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Serahkan BMHP kepada petugas yang mengambil dengan memberikan tanda tangan sebagai bukti penerimaan dan petugas farmasi juga memberikan tanda tangan sebagai pemberi barang</li> <li>6. Simpan lembaran copy formulir permintaan BMHP untuk disimpan dan dibendel tiap bulan</li> <li>7. Input pengeluaran pada SIM RS sesuai dengan unit pelayanan dimana BMHP tersebut didistribusikan</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depo IRD dan Depo Rawat Inap : 24 jam</li> <li>• Depo Rawat Jalan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Senin,Rabu,Kamis,Jumat : 07:00-17:00 WIB</li> <li>- Selasa : 07:00-20:00 WIB</li> <li>- Sabtu : 07:00-14:00 WIB-</li> </ul> </li> <li>• Gudang Farmasi : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Senin s/d Sabtu : 07:00-14:00 WIB</li> </ul> </li> <li>• Waktu tunggu Pelayanan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Obat Racik : 30 menit</li> <li>- Obat Non Racik : 60 menit</li> </ul> </li> </ul>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan pasien umum /Asuransi Pihak Ketiga :</p> <p>Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD SyamrabuBangkalan</p> <p>B. JKN :</p> <p>Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengelolaan sediaan farmasi, alat kesehatan dan BMHP</li> <li>2. Pelayanan farmasi klinik <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Pengkajian dan pelayanan resep</li> <li>b) Penelusuran Riwayat Penggunaan Obat</li> <li>c) Rekonsiliasi Obat</li> <li>d) Dispensing</li> <li>e) Pelayanan Informasi Obat (PIO)</li> <li>f) Konseling</li> <li>g) Visite</li> <li>h) Pemantauan Terapi Obat (PTO)</li> <li>i) Monitoring Efek Samping Obat (MESO)</li> </ol> </li> </ol>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	SK Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Nomor 188/224/433.102.01/2021 tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p>➤ Fasilitas dan Sarana Instalasi Farmasi RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan yang secara umum tersediafasilitas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gudang Farmasi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang Administrasi</li> </ul> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruang Penyimpanan Obat</li> <li>• Ruang Penyimpanan Alkes</li> <li>• Toilet</li> <li>• Musholla</li> </ul> <p>2. Depo Farmasi Rawat Inap</p> <p>3. Depo Farmasi Rawat Jalan</p> <p>4. Depo Farmasi IGD</p> <p>➤ Prasarana yang tersedia untuk melaksanakan kegiatan di instalasi farmasi, antara lain :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Computer sebanyak 11 buah</li> <li>2. Printer sebanyak 6 buah</li> <li>3. Printer etiket sebanyak 5 buah</li> <li>4. Showcase sebanyak 5 buah</li> <li>5. Lemari narkotika sebanyak 5 buah</li> <li>6. Blender obat sebanyak 3 buah</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi Farmasi</li> <li>2. Koordinator Perbekalan Farmasi</li> <li>3. Koordinator Pelayanan Farmasi Klinis</li> <li>4. Koordinator Manajemen Mutu</li> <li>5. Apoteker Penanggungjawab Ruangan</li> <li>6. Tenaga Teknis Kefarmasian/Tenaga Administrasi</li> </ol>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi Farmasi : 1 orang</li> <li>2. Koordinator Perbekalan Farmasi : 1 orang</li> <li>3. Koordinator Pelayanan Farmasi Klinis : 1 orang</li> <li>4. Koordinator Manajemen Mutu : 1 orang</li> <li>5. Apoteker Penanggung jawab Ruangan : 6 orang</li> <li>6. Tenaga Teknis Kefarmasian : 10 orang</li> <li>7. Tenaga Administrasi : 21 orang</li> </ol>
6	Jaminan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi sesuai dengan kompetensinya</li> <li>2. Pasien diperiksa oleh dokter spesialis/dokter umum/dokter gigi spesialis/dokter gigi melakukan pemeriksaan sesuai dengan SOP</li> <li>3. Apabila tidak bisa ditangani dirujuk ke rumah sakit rujukan tingkat lanjut</li> <li>4. Dilayani oleh petugas yang memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsive komunikatif, sopan dan santun</li> </ol>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> </ol> </li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi - tepat prosedur - tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 8. Instalasi laboratorium sentral

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rawat Jalan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umum : Surat Permintaan pemeriksaan dari Dokter Umum ato spesialis.</li> <li>2. BPJS : SEP ( Surat Egibilitas Pasien ) yang didapat saat Pendaftaran,Surat Permintaan Pemeriksaan dari dokter Spesialis Rawat Jalan.</li> <li>3. Mandiri : Surat permintaan Dari dokter di luar rumah sakit</li> </ol> </li> <li>b. Rawat Inap : BPJS,KIS,&amp; Umum : Surat Permintaan Pemeriksaan dari Dokter umum/dokter Spesialis dan Sampel Pemeriksaan</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><u>LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Rawat Jalan : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang dari poli maupun diluar poli (mandiri) yang sebelumnya sudah mendaftar di pendaftaran serta melakukan pembayaran bagi pasien umum/mandiri .</li> <li>2. Pasien melakukan registrasi pada bagian administrasi laboratorium sesuai dengan ketentuan yang berlaku ( pasien bpjs blanko permintaan disertai dgn jaminan dari bpjsnya) dan pasien umum / mandiri menunjukkan bukti pembayaran dari kasir.</li> <li>3. Petugas admin mengecek permintaan melalui SIMRS kemudian permintaan dikirim ke LIS ( barkode LIS ditempel pada pengantar yang nantinya akan ditempel di masing-masing tabung sampel )</li> <li>4. Pengantar diberikan ke petugas sampling.</li> <li>5. Pasien menuju keruang sampling ketika sudah ada panggilan dari petugas sampling.</li> <li>6. Pasien menunggu hasil pemeriksaan di tempat ditempat yang telah disediakan didepan laboratorium.</li> <li>7. Di ruang proses petugas laboratorium melakukan pemeriksaan sampel, membuat laporan hasil pemeriksaan,validasi dan ekspertasi hasil.</li> <li>8. Setelah pemeriksaan selesai hasil dikeluarkan dan diserahkan kepada pasien.</li> </ol> </li> <li>b. Rawat Inap : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas Laboratorium ( petugas admin ) setiap pagi</li> </ol> </li> </ol>









		<p>keliling mengambil sampel darah kesemua ruangan ( sampel dan pengantar sudah disiapkan oleh petugas ruangan ). Di siang dan malam hari petugas ruangan mengantarkan sampel dan pengantar bila ada pemeriksaan lagi.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Petugas admin laboratorium melakukan registrasi dengan mengecek permintaan ruangan melalui SIMRS ,bila sudah sesuai permintaan dikirim ke LIS dan di print barkodenya ( barkode ditempel ke pengantarnya ).</li> <li>3. Diruang proses petugas laboratorium cek list dan menempel barkode pada masing-masing tabung dan melakukan pemeriksaan sampel tersebut,membuat laporan hasil pemeriksaan,validasi dan ekspekrtasi hasil.</li> <li>4. Setelah pemeriksaan selesai hasil dikeluarkan dan diantarkan oleh admin laborat ke masing - masing ruangan.</li> </ol> <p>c. IGD :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas IGD menyerahkan sampel dan pengantar pemeriksaan ke laboratorium.</li> <li>2. Petugas admin laboratorium melakukan registrasi dengan menginput pemeriksaan sesuai blanko ato permintaan dokter IGD di SIMRS ,bila sudah sesuai permintaan dikirim ke LIS dan di print barkodenya ( barkode ditempel ke pengantarnya ).</li> <li>3. Diruang proses petugas laboratorium cek list dan menempel barkode pada masing-masing tabung dan melakukan pemeriksaan sampel tersebut,membuat laporan hasil pemeriksaan,validasi dan ekspektasi hasil.</li> <li>4. Setelah pemeriksaan selesai hasil dikeluarkan dan diantarkan oleh admin laborat ke IGD.</li> </ol> <p><u><b>BANK DARAH RUMAH SAKIT</b></u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien Rawat Darurat <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien membawa blanko permintaan darah dan sample darah pasien ke bank darah.</li> <li>- Petugas bank darah menerima dan mengidentifikasi nama pasien yang tertera di blanko dan sample darah.</li> <li>- Petugas melakukan pemeriksaan golongan darah pasien.</li> <li>- Setelah melakukan pemeriksaan golongan darah petugas melihat stock donor darah yang ada di dalam kulkas, stock golongan darah yang sesuai ada maka di lanjutkan pemeriksaan cross match.</li> <li>- Petugas Administrasi Bank Darah mencatat data Pasien pada bukuRegister Bank Darah dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajenen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul> </li> <li>2. Pasien Rawat Inap <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien membawa blanko permintaan darah dan sample darah pasien ke bank darah.</li> <li>- Petugas melakukan pemeriksaan golongan darah</li> </ul> </li> </ol>
--	--	--

		<p>pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Setelah melakukan pemeriksaan golongan darah petugas melihat</li> <li>- stock donor darah yang ada di dalam kulkas, stock golongan darah yang sesuai ada maka di lanjutkan pemeriksaan cross match.</li> <li>- Administrasi Bank Darah mencatat data Pasien pada buku Register Bank Darah dan mengirim data ke Sistem Informasi Petugas Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul> <p><u>LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI</u></p> <p>1) <i>Rawat Jalan :</i></p> <p>FNAB :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang dari IRD, IRJA, IRNA dan klinik Luar RS dengan membawa blangko permintaan pemeriksaan.</li> <li>2. Registrasi di laboratorium patologi anatomi.</li> <li>3. Ke ruang pengambilan sampel oleh dokter spesialis patologi anatomi dan proses pengecatan oleh analis.</li> <li>4. Pemeriksaan sampel oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>5. Hasil selesai 3 hari.</li> <li>6. Pengetikan hasil oleh analis/admin patologi anatomi.</li> <li>7. Dikoreksi dan ditanda tangani oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>8. Hasil pemeriksaan diserahkan ke pasien.</li> </ol> <p>Sitologi/Papsmear/Jaringan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang dari IRD, IRJA, IRNA dan klinik Luar RS dengan membawa blangko permintaan pemeriksaan.</li> <li>2. Registrasi di laboratorium patologi anatomi.</li> <li>3. Menyerahkan sampel dan blangko ke analis/admin laboratorium patologi anatomi.</li> <li>4. Dokter spesialis patologi anatomi melakukan pemeriksaan gross dan pengambilan sampel jaringan.</li> <li>5. Analis memproses sampel sampai menjadi slide.</li> <li>6. Pemeriksaan sediaan oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>7. Pengetikan hasil oleh analis/admin.</li> <li>8. Pengecekan/koreksi dan ditanda tangani hasil pemeriksaan oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>9. Hasil pemeriksaan dikeluarkan dan diambil oleh keluarga pasien/pasien (perkiraan tanggal hasil pemeriksaan ditentukan laboratorium patologi anatomi)</li> </ol> <p>2) <i>Rawat Inap :</i></p> <p>FNAB :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat ruangan menelpon dan memberitahukan bila akan ada pemeriksaan FNAB diruangan tersebut</li> </ol>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Perawat ruangan menyiapkan blangko permintaan pemeriksaan.</li> <li>3. Registrasi di laboratorium patologi anatomi.</li> <li>4. Dokter spesialis patologi anatomi dan analis mengambil sampel keruangan dan proses pengecatan oleh analis</li> <li>5. Sediaan specimen dibawa kelaboratorium guna dilakukan pemeriksaan.</li> <li>6. Pemeriksaan sampel oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>7. Hasil pemeriksaan 3 hari</li> <li>8. Pengetikan hasil oleh analis/admin patologi anatomi.</li> <li>9. Dikoreksi dan ditanda tangani oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>10. Hasil pemeriksaan di serahkan ruangan atau ke pasien /keluarga pasien.</li> </ol> <p>Sitologi/Papsmear/Jaringan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat ruangan menelpon dan memberitahukan bila akan ada pemeriksaan Histopatologi diruangan tersebut</li> <li>2. Petugas PA mengambil sampel ke ruangan</li> <li>3. Perawat menyiapkan bahan yang sudah ditambahkan dengan buffer Formalin dan ditempatkan ditempat tertutup dan menyiapkan blanko pemeriksaan</li> <li>4. Registrasi di laboratorium patologi anatomi.</li> <li>5. Dokter spesialis patologi anatomi melakukan pemeriksaan gross dan pengambilan sampel jaringan.</li> <li>6. Analis memproses sampel sampai menjadi slide.</li> <li>7. Pemeriksaan sediaan oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>8. Pengetikan hasil oleh analis/admin.</li> <li>9. Pengecekan/koreksi dan ditanda tangani hasil pemeriksaaan oleh dokter spesialis patologi anatomi.</li> <li>10. Hasil pemeriksaan dikeluarkan dan diambil oleh keluarga pasien/pasien (perkiraan tanggal hasil pemeriksaan ditentukan laboratorium patologi anatomi).</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p><u>LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rawat jalan : 120 Menit ( tidak berlaku dengan pasien yang ada pemeriksaan 2 JPP )</li> <li>2. Rawat inap : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. DL saja &lt; 30 menit ( IGD )</li> <li>b. UL : 60 menit</li> <li>c. DL + UL : 90 menit</li> <li>d. Kimia klinik : 140 menit</li> <li>e. DL + UL + FL : 120 menit</li> <li>f. DL + DBT ( DL + Widal ) : 120 menit</li> <li>g. PCR : 1X24 jam</li> <li>h. TCM sputum dan TCM covid : 2 jam</li> </ol> </li> </ol> <p>Note : Respon Time tidak berlaku bila terjadi gangguan tehnik (Listrik padam,Alat rusak,dll).</p>

		<p><u>BANK DARAH RUMAH SAKIT</u></p> <p>Waktu dan Lama Pelayanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu pelayanan : 24 jam</li> <li>• Waktu Pemeriksaan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Golongan Darah : 15 menit</li> <li>- Cross Match : 60 menit</li> </ul> </li> <li>• Waktu tunggu hasil Expertise <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pemeriksaan Cito : &lt; 1 jam</li> <li>- Pemeriksaan Tidak Cito : 1 jam</li> </ul> </li> </ul> <p><u>LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI</u></p> <p>1) Senin , Selasa, Kamis : J am 08.00 -14.00</p> <p>2) Rabo dan J um'at : J am 08.00 -16.00</p> <p>3) Sabtu : J am 08.00 -14.00</p> <p>4)Jumlah waktu tunggu hasil lab patologi anatomi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sitologi Papsmear : 3 hari</li> <li>2. Sitologi Cairan : 3 jam – 5 hari</li> <li>3. Jaringan 5 -10 hari</li> </ol> <p>FNAB :3 hari</p>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>

5	Produk layanan	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan darah lengkap</li> <li>2. Pemeriksaan LED</li> <li>3. Pemeriksaan malaria</li> <li>4. Pemeriksaan Hitung Retikulosit</li> <li>5. Pemeriksaan Morfologi Darah Tepi / Hapusan Darah</li> <li>6. Pemeriksaan faal hemostasi</li> <li>7. Pemeriksaan masa pembekuan ( CT )</li> <li>8. Pemeriksaan masa Pendarahan ( BT )</li> <li>9. Pemeriksaan PT</li> <li>10. Pemeriksaan APTT</li> <li>11. Pemeriksaan INR</li> <li>12. Pemeriksaan d-dimer</li> <li>13. Pemeriksaan Urinalisa ( urine Rutin )</li> <li>14. Pemeriksaan Faeces ( faeces Rutin )</li> <li>15. Pemeriksaan test Kehabiban ( HCG )</li> <li>16. Pemeriksaan Diabetes ( Gula Darah )</li> <li>17. Pemeriksaan Glukosa Sewaktu</li> <li>18. Pemeriksaan Glukosa Puasa</li> <li>19. Pemeriksaan Glukosa 2jpp</li> <li>20. Pemeriksaan HBA1c</li> <li>21. Pemeriksaan Fungsi Ginjal</li> <li>22. Pemeriksaan Ureum</li> <li>23. Pemeriksaan Creatinin</li> <li>24. Pemeriksaan Asam Urat</li> <li>25. Pemeriksaan Fungsi Hati</li> <li>26. Pemeriksaan Bil. Total</li> <li>27. Pemeriksaan Bil Direk/indirek</li> <li>28. Pemeriksaan Albumin</li> <li>29. Pemeriksaan SGOT</li> <li>30. Pemeriksaan SGPT</li> <li>31. Pemeriksaan Fungsi Lemak</li> <li>32. Pemeriksaan Kolesterol Total</li> <li>33. Pemeriksaan Triglycerida</li> <li>34. Pemeriksaan HDL Kolesterol</li> <li>35. Pemeriksaan LDL Kolesterol</li> <li>36. Pemeriksaan Elektrolit</li> <li>37. Pemeriksaan NA-K-CL</li> <li>38. Pemeriksaan Analisa Gas Darah</li> </ol> </td> <td style="vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> <li>39. Pemeriksaan Hepatitis</li> <li>40. Pemeriksaan Hbs Ag</li> <li>41. Pemeriksaan HCV</li> <li>42. Pemeriksaan Infeksi Lainnya</li> <li>43. Pemeriksaan Anti Dengue ( IgG-IgM)</li> <li>44. Pemeriksaan Widal</li> <li>45. Pemeriksaan Anti HIV</li> <li>46. Pemeriksaan Shipilis</li> <li>47. Pemeriksaan CRP</li> <li>48. Pemeriksaan fungsi tiroid</li> <li>49. Pemeriksaan T3</li> <li>50. Pemeriksaan T4</li> <li>51. Pemeriksaan TSH</li> <li>52. Pemeriksaan FT4</li> <li>53. Pemeriksaan narkotika ( sampel urine )</li> <li>54. Pemeriksaan Methaphetamin</li> <li>55. Pemeriksaan Opiate</li> <li>56. Pemeriksaan Marijuana ( THC )</li> <li>57. Pemeriksaan Benzodiazepine</li> <li>58. Pemeriksaan Analisa cairan Pleura/Acites</li> <li>59. Pemeriksaan Rectal Swab</li> <li>60. Pemeriksaan HS Troponin</li> <li>61. Pemeriksaan Mikrobiologi</li> <li>62. Pemeriksaan Sputum BTA</li> <li>63. Pemeriksaan Gram</li> <li>64. Pemeriksaan TCM Sputum</li> <li>65. Pemeriksaan Sars – Cov</li> <li>66. Pemeriksaan Sars-cov Antigen</li> <li>67. Pemeriksaan Sars-cov Antibodi</li> <li>68. Pemeriksaan PCR Sars-Cov</li> <li>69. Pemeriksaan TCM COVID</li> <li>70. Pemeriksaan SI</li> <li>71. Pemeriksaan TIBC</li> <li>72. Pemeriksaan Calsium</li> <li>73. Pemeriksaan Cross Match</li> <li>74. Pemeriksaan Glongan Darah</li> <li>75. Pemeriksaan Sitologi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Papsmear</li> <li>b. FNAB</li> <li>c. Cairan Sitologi (efusi pleura, swab, cairan cairan cerebrospinal, brushing, urine, kusta, dll</li> </ol> </li> <li>76. Pemeriksaan Histopatologi (Jaringan Biopsi/Operasi/Kuret/Insisi/Eksisi).</li> </ol> </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan darah lengkap</li> <li>2. Pemeriksaan LED</li> <li>3. Pemeriksaan malaria</li> <li>4. Pemeriksaan Hitung Retikulosit</li> <li>5. Pemeriksaan Morfologi Darah Tepi / Hapusan Darah</li> <li>6. Pemeriksaan faal hemostasi</li> <li>7. Pemeriksaan masa pembekuan ( CT )</li> <li>8. Pemeriksaan masa Pendarahan ( BT )</li> <li>9. Pemeriksaan PT</li> <li>10. Pemeriksaan APTT</li> <li>11. Pemeriksaan INR</li> <li>12. Pemeriksaan d-dimer</li> <li>13. Pemeriksaan Urinalisa ( urine Rutin )</li> <li>14. Pemeriksaan Faeces ( faeces Rutin )</li> <li>15. Pemeriksaan test Kehabiban ( HCG )</li> <li>16. Pemeriksaan Diabetes ( Gula Darah )</li> <li>17. Pemeriksaan Glukosa Sewaktu</li> <li>18. Pemeriksaan Glukosa Puasa</li> <li>19. Pemeriksaan Glukosa 2jpp</li> <li>20. Pemeriksaan HBA1c</li> <li>21. Pemeriksaan Fungsi Ginjal</li> <li>22. Pemeriksaan Ureum</li> <li>23. Pemeriksaan Creatinin</li> <li>24. Pemeriksaan Asam Urat</li> <li>25. Pemeriksaan Fungsi Hati</li> <li>26. Pemeriksaan Bil. Total</li> <li>27. Pemeriksaan Bil Direk/indirek</li> <li>28. Pemeriksaan Albumin</li> <li>29. Pemeriksaan SGOT</li> <li>30. Pemeriksaan SGPT</li> <li>31. Pemeriksaan Fungsi Lemak</li> <li>32. Pemeriksaan Kolesterol Total</li> <li>33. Pemeriksaan Triglycerida</li> <li>34. Pemeriksaan HDL Kolesterol</li> <li>35. Pemeriksaan LDL Kolesterol</li> <li>36. Pemeriksaan Elektrolit</li> <li>37. Pemeriksaan NA-K-CL</li> <li>38. Pemeriksaan Analisa Gas Darah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>39. Pemeriksaan Hepatitis</li> <li>40. Pemeriksaan Hbs Ag</li> <li>41. Pemeriksaan HCV</li> <li>42. Pemeriksaan Infeksi Lainnya</li> <li>43. Pemeriksaan Anti Dengue ( IgG-IgM)</li> <li>44. Pemeriksaan Widal</li> <li>45. Pemeriksaan Anti HIV</li> <li>46. Pemeriksaan Shipilis</li> <li>47. Pemeriksaan CRP</li> <li>48. Pemeriksaan fungsi tiroid</li> <li>49. Pemeriksaan T3</li> <li>50. Pemeriksaan T4</li> <li>51. Pemeriksaan TSH</li> <li>52. Pemeriksaan FT4</li> <li>53. Pemeriksaan narkotika ( sampel urine )</li> <li>54. Pemeriksaan Methaphetamin</li> <li>55. Pemeriksaan Opiate</li> <li>56. Pemeriksaan Marijuana ( THC )</li> <li>57. Pemeriksaan Benzodiazepine</li> <li>58. Pemeriksaan Analisa cairan Pleura/Acites</li> <li>59. Pemeriksaan Rectal Swab</li> <li>60. Pemeriksaan HS Troponin</li> <li>61. Pemeriksaan Mikrobiologi</li> <li>62. Pemeriksaan Sputum BTA</li> <li>63. Pemeriksaan Gram</li> <li>64. Pemeriksaan TCM Sputum</li> <li>65. Pemeriksaan Sars – Cov</li> <li>66. Pemeriksaan Sars-cov Antigen</li> <li>67. Pemeriksaan Sars-cov Antibodi</li> <li>68. Pemeriksaan PCR Sars-Cov</li> <li>69. Pemeriksaan TCM COVID</li> <li>70. Pemeriksaan SI</li> <li>71. Pemeriksaan TIBC</li> <li>72. Pemeriksaan Calsium</li> <li>73. Pemeriksaan Cross Match</li> <li>74. Pemeriksaan Glongan Darah</li> <li>75. Pemeriksaan Sitologi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Papsmear</li> <li>b. FNAB</li> <li>c. Cairan Sitologi (efusi pleura, swab, cairan cairan cerebrospinal, brushing, urine, kusta, dll</li> </ol> </li> <li>76. Pemeriksaan Histopatologi (Jaringan Biopsi/Operasi/Kuret/Insisi/Eksisi).</li> </ol>													
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan darah lengkap</li> <li>2. Pemeriksaan LED</li> <li>3. Pemeriksaan malaria</li> <li>4. Pemeriksaan Hitung Retikulosit</li> <li>5. Pemeriksaan Morfologi Darah Tepi / Hapusan Darah</li> <li>6. Pemeriksaan faal hemostasi</li> <li>7. Pemeriksaan masa pembekuan ( CT )</li> <li>8. Pemeriksaan masa Pendarahan ( BT )</li> <li>9. Pemeriksaan PT</li> <li>10. Pemeriksaan APTT</li> <li>11. Pemeriksaan INR</li> <li>12. Pemeriksaan d-dimer</li> <li>13. Pemeriksaan Urinalisa ( urine Rutin )</li> <li>14. Pemeriksaan Faeces ( faeces Rutin )</li> <li>15. Pemeriksaan test Kehabiban ( HCG )</li> <li>16. Pemeriksaan Diabetes ( Gula Darah )</li> <li>17. Pemeriksaan Glukosa Sewaktu</li> <li>18. Pemeriksaan Glukosa Puasa</li> <li>19. Pemeriksaan Glukosa 2jpp</li> <li>20. Pemeriksaan HBA1c</li> <li>21. Pemeriksaan Fungsi Ginjal</li> <li>22. Pemeriksaan Ureum</li> <li>23. Pemeriksaan Creatinin</li> <li>24. Pemeriksaan Asam Urat</li> <li>25. Pemeriksaan Fungsi Hati</li> <li>26. Pemeriksaan Bil. Total</li> <li>27. Pemeriksaan Bil Direk/indirek</li> <li>28. Pemeriksaan Albumin</li> <li>29. Pemeriksaan SGOT</li> <li>30. Pemeriksaan SGPT</li> <li>31. Pemeriksaan Fungsi Lemak</li> <li>32. Pemeriksaan Kolesterol Total</li> <li>33. Pemeriksaan Triglycerida</li> <li>34. Pemeriksaan HDL Kolesterol</li> <li>35. Pemeriksaan LDL Kolesterol</li> <li>36. Pemeriksaan Elektrolit</li> <li>37. Pemeriksaan NA-K-CL</li> <li>38. Pemeriksaan Analisa Gas Darah</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>39. Pemeriksaan Hepatitis</li> <li>40. Pemeriksaan Hbs Ag</li> <li>41. Pemeriksaan HCV</li> <li>42. Pemeriksaan Infeksi Lainnya</li> <li>43. Pemeriksaan Anti Dengue ( IgG-IgM)</li> <li>44. Pemeriksaan Widal</li> <li>45. Pemeriksaan Anti HIV</li> <li>46. Pemeriksaan Shipilis</li> <li>47. Pemeriksaan CRP</li> <li>48. Pemeriksaan fungsi tiroid</li> <li>49. Pemeriksaan T3</li> <li>50. Pemeriksaan T4</li> <li>51. Pemeriksaan TSH</li> <li>52. Pemeriksaan FT4</li> <li>53. Pemeriksaan narkotika ( sampel urine )</li> <li>54. Pemeriksaan Methaphetamin</li> <li>55. Pemeriksaan Opiate</li> <li>56. Pemeriksaan Marijuana ( THC )</li> <li>57. Pemeriksaan Benzodiazepine</li> <li>58. Pemeriksaan Analisa cairan Pleura/Acites</li> <li>59. Pemeriksaan Rectal Swab</li> <li>60. Pemeriksaan HS Troponin</li> <li>61. Pemeriksaan Mikrobiologi</li> <li>62. Pemeriksaan Sputum BTA</li> <li>63. Pemeriksaan Gram</li> <li>64. Pemeriksaan TCM Sputum</li> <li>65. Pemeriksaan Sars – Cov</li> <li>66. Pemeriksaan Sars-cov Antigen</li> <li>67. Pemeriksaan Sars-cov Antibodi</li> <li>68. Pemeriksaan PCR Sars-Cov</li> <li>69. Pemeriksaan TCM COVID</li> <li>70. Pemeriksaan SI</li> <li>71. Pemeriksaan TIBC</li> <li>72. Pemeriksaan Calsium</li> <li>73. Pemeriksaan Cross Match</li> <li>74. Pemeriksaan Glongan Darah</li> <li>75. Pemeriksaan Sitologi               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Papsmear</li> <li>b. FNAB</li> <li>c. Cairan Sitologi (efusi pleura, swab, cairan cairan cerebrospinal, brushing, urine, kusta, dll</li> </ol> </li> <li>76. Pemeriksaan Histopatologi (Jaringan Biopsi/Operasi/Kuret/Insisi/Eksisi).</li> </ol>																
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p>  : eres_bangkalan@yahoo.co.id   : Pengaduan : 0812-5252-5117   : RSUD Syamrabu Bkl   : @rsudsyamrabu   : rsud.bangkalankab.go.id   : humarsudsyamrabu2020@gmail.com         </p>															
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>																	
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik															
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p>A. Patologi Klinik, Fasilitas dan Sarana Terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ruang PPE ( Ruang administrasi Rajal Dan Ruang sampling )</li> <li>2) Ruang Tunggu ( depan PPE dan di Lantai 2 )</li> <li>3) Ruang Administrasi Pasien Ranap dan IRD</li> <li>4) Ruang Proses Kimia Klinik</li> <li>5) Ruang Proses PCR</li> <li>6) Ruang Proses Mikrobiologi</li> <li>7) Toilet</li> <li>8) Ruang Penyimpanan Reagen</li> <li>9) Ruang Pengecatan HDT &amp; BTA</li> </ol> <table border="1" data-bbox="683 2125 1485 2285" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;">NO</th> <th style="width: 35%;">Nama Alat</th> <th style="width: 15%;">Merk</th> <th style="width: 20%;">Tipe</th> <th style="width: 25%;">NO.seri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><u>Patologi klinik</u></td> </tr> <tr> <td>1.</td> <td>Mikroskop (milik RS)</td> <td>Olympus CX23</td> <td>CX23LED RFS1</td> <td>8c87387</td> </tr> </tbody> </table>	NO	Nama Alat	Merk	Tipe	NO.seri		<u>Patologi klinik</u>				1.	Mikroskop (milik RS)	Olympus CX23	CX23LED RFS1	8c87387
NO	Nama Alat	Merk	Tipe	NO.seri													
	<u>Patologi klinik</u>																
1.	Mikroskop (milik RS)	Olympus CX23	CX23LED RFS1	8c87387													

2.	Mikroskop (milik RS)	Olympus CX31	CX31RTSF	7640479
3.	Centrifuge (milik RS)	Kubota	2420	P48093-M000
4.	Centrifuge (milik RS)	Kubota	2420	T41220-M000
5.	Hematology Analyzer (milik RS)	Abbott	Cell Dyn Ruby	70715BG
6.	Hematology Analyzer ( KSO )	Abbott	Cell Dyn Ruby	55469BG
7.	Clinical Analyzer ( milik RS )	Abbott	Architex plus C4000	c461762
8.	Electrolyte analyser (KSO)	Siemens	Rapid Chem 744	0915041008
9.	Immunology Analyzer (milik RS )	Roche Hitachi	Cobas e411	66Y2-05
10.	Immunology (milik RS)	Biomerie x	Mini Vidas	IVD5206643
11.	Blood gass Analyzer	GEM 3500	GEM 3500	16025995
12.	Vacutes / Alat LED	Vacutes Kima	Kimased Auto 20	142625
13.	Urinalisis	Arkray	Aution Eleven	41210015
14.	Faal Hemostasis	Cl Analyzer	Cl Analyzer	01901
15.	Faal Hemostasis	Stago	Sta Compact max2	CF77053672

	<u>Mikrobiologi</u>			
	BSC (Biological safety Cabinet) milik rs	Thermo Scientific	1300 Series A2	1384M320032708
	Gene Xpert ( bantuan )	Cepheid	-	-
	Micro Scan auto scan 4 (milik Rs)	Beckman coulter	-	-
	Dry Sterisator (milik Rs)	Memmert	-	Ds002
	Autoclave (2 Buah )	Wall America n	Pressure steam Sterilizer	No.50X
	Mikroskop	Olympus	CX23	CX23LEDRFS1
	<u>PCR</u>			
	<u>A.Ruang Preparasi</u>			
	Laminar Flow Cabinet (BSC)	Biobase	BBS-V1300	BBS13v2003005D
	Frezer -20c Revco DXF	Thermo scientific	DXF24040v	300305965
	Digital Vortex Mixer Eu/UK/CHN/ plug	Thermo scientific	Mode.no.88882 010	K3CT82010054
	Centrifuge	Dlab	D1008	HB204Ap0000383

	<u>B.Ruang Ekstraksi</u>			

RNA Ekstraksi (Nucleic Acid Isolation System)	TORAX Biosciences	TOA32	EZYEXM3000201101493
BSC	Haier biomedical	HR30-11A2	BeoFW OEAY000HL7 30006
BSC (Biological safety Cabinet) milik RS	Thermo Scientific	1300 Series A2	1384G315062305
Frezer -80c	Thermo scientific	Forma 89000 Series	1117144901190610
Centrifuge (milik RS)	MPW	M-Science	102MS007620
Centrifuge (milik RS)	MPW	M-Science	102MS007320
Centrifuge (milik RS)	Thermo scientific	Legend Micro 21 R	42632266
<u>C.Ruang Deteksi</u>			
RT-PCR	Heal Force	X960	-

B. BDRS, Fasilitas dan Sarana terdiri dari :

- 1) Ruang Proses ( crossmach dan golda )
- 2) Ruang Administrasi

Sarana Prasarana Medis yang tersedia untuk melaksanakan kegiatan pemeriksaan

di Instalasi Laboratorium sbb:

NO	Nama Alat	Merk	Tipe	No. Seri
	Card Warmer (Merah)	Matrix	CW-2400	ICCW-556/18-19
	Card Centrifuge (Merah)	Matrix	CC1600/2400	SPT154-09
	ID Centrifuge 12 SII	Diamed	10-incubator37511	1000439
	ID Incubator 37 SII	Diamed	ID-centrifuge12511	1001523
	Kulkas Reagen	Haier Combined Refrigerator & Freezer	HYCD-282ZA (OSLYYK)	BEOF 1 CE ITO 00EK7 50004
	Kulkas Darah	Jet Cool Air Conditioning And Refrigerator	Super jet cool	10621
	Oven	Marmert	-	21610
	Plasma Extraktor	Terumo	TEROFLEX	ACS-201
	Tube Sealer	Terumo	XS1010 Tube Sealer	2020065375
1	Pipet 5, 5, 25, 25, 50 ml	Smart	ACCUMAX SMART	25 : GJ194735 25 : GK196584 5 : IH220073 50 : HB201468

				5 : II220488																																																		
1	Gunting Klem, Gunting Tumpul, Gunting Klem	-	-	-																																																		
1	Cool Box	Igloo	1-15 Marina Cooler Box 65	-																																																		
<p>C. Patologi anatomi , fasilitas dan sarana terdiri dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ruang Pengambilan Specimen</li> <li>2) Ruang Tunggu</li> <li>3) Ruang Administrasi</li> <li>4) Ruang kerja pemeriksaan laboratorium PotongGross</li> <li>5) Pemeriksaan laboratorium Pengecatan</li> <li>6) Ruang Sitologi</li> <li>7) Pemeriksaan Preparat</li> <li>8) Ruang Potong Blok.</li> <li>9) Ruang Embedding.</li> <li>10) Toilet</li> <li>11) Ruang Penyimpanan Gross</li> </ol> <p>Sarana Prasarana Medis yang tersedia untuk melaksanakan kegiatan pemeriksaan di Instalasi Laboratorium Patologi anatomi sebagai berikut:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>Nama Alat</th> <th>Merk</th> <th>Tipe</th> <th>NO.seri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Hotplate</td> <td>Sakura</td> <td>1452</td> <td>1452661</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Tissue Tek VIP 5 JR Prossessing</td> <td>Sakura</td> <td>VIP-5-JR-J2</td> <td>5903056 0-1017</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tissue Tek DRS-2000 Staining</td> <td>Sakura</td> <td>DRS 2000J-D2</td> <td>49310395 -0317</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Waterbath</td> <td>Sakura</td> <td>1450</td> <td>1450113 1</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Tissue Tek TEC Embedding</td> <td>Sakura</td> <td>5EM-J-2 5233</td> <td>52331068 -1017</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Microtome Accu-Cut SRM</td> <td>Sakura</td> <td>SRM 200</td> <td>1429</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Mikroscope</td> <td>Leica</td> <td>DM 750</td> <td>C7402582 12 LY 0067</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Centrifuge</td> <td>Hettich</td> <td>EBA 200</td> <td>122098</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Hairdryer</td> <td>Philips</td> <td>1506</td> <td>HP8 126</td> </tr> </tbody> </table>					NO	Nama Alat	Merk	Tipe	NO.seri	1.	Hotplate	Sakura	1452	1452661	2.	Tissue Tek VIP 5 JR Prossessing	Sakura	VIP-5-JR-J2	5903056 0-1017	3.	Tissue Tek DRS-2000 Staining	Sakura	DRS 2000J-D2	49310395 -0317	4.	Waterbath	Sakura	1450	1450113 1	5.	Tissue Tek TEC Embedding	Sakura	5EM-J-2 5233	52331068 -1017	6.	Microtome Accu-Cut SRM	Sakura	SRM 200	1429	7	Mikroscope	Leica	DM 750	C7402582 12 LY 0067	8	Centrifuge	Hettich	EBA 200	122098	9	Hairdryer	Philips	1506	HP8 126
NO	Nama Alat	Merk	Tipe	NO.seri																																																		
1.	Hotplate	Sakura	1452	1452661																																																		
2.	Tissue Tek VIP 5 JR Prossessing	Sakura	VIP-5-JR-J2	5903056 0-1017																																																		
3.	Tissue Tek DRS-2000 Staining	Sakura	DRS 2000J-D2	49310395 -0317																																																		
4.	Waterbath	Sakura	1450	1450113 1																																																		
5.	Tissue Tek TEC Embedding	Sakura	5EM-J-2 5233	52331068 -1017																																																		
6.	Microtome Accu-Cut SRM	Sakura	SRM 200	1429																																																		
7	Mikroscope	Leica	DM 750	C7402582 12 LY 0067																																																		
8	Centrifuge	Hettich	EBA 200	122098																																																		
9	Hairdryer	Philips	1506	HP8 126																																																		
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi laboratorium</li> <li>2. Kepala Ruangan Laboratorium Patologi Klinik</li> <li>3. Kepala Ruangan Laboratorium Patologi Anatomi</li> <li>4. Kepala Ruangan Bank Darah</li> <li>5. Dokter Spesialis Patologi Klinik</li> <li>6. Dokter Spesialis Patologi Anatomi</li> <li>7. ATLM ( Ahli Teknologi Laboratorium Medik )</li> <li>8. Bidan ( Petugas Sampling )</li> </ol>																																																				
4	Pengawasan Internal	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang																																																				









	Pelayanan	terkait																																				
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Kepala Instalasi</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kepala Ruangan patologi klinik</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kepala Ruangan Patologi anatomi</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kepala Ruangan BDRS</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Dokter Spesialis Patologi Klinik</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Dokter Spesialis Patologi Anatomi</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>ATLM ( PK )</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>ATLM ( PA )</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>ATLM ( BD )</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>Bidan</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Petugas Administrasi</td> <td>6 (PK), 2 (BD),1 (PA)</td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>TOTAL</td> <td>42</td> </tr> </table>	1.	Kepala Instalasi	1	2.	Kepala Ruangan patologi klinik	1	3.	Kepala Ruangan Patologi anatomi	1	4.	Kepala Ruangan BDRS	1	5.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1	6.	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	2	7.	ATLM ( PK )	18	8.	ATLM ( PA )	3	9.	ATLM ( BD )	4	10.	Bidan	1	11.	Petugas Administrasi	6 (PK), 2 (BD),1 (PA)	12.	TOTAL	42
1.	Kepala Instalasi	1																																				
2.	Kepala Ruangan patologi klinik	1																																				
3.	Kepala Ruangan Patologi anatomi	1																																				
4.	Kepala Ruangan BDRS	1																																				
5.	Dokter Spesialis Patologi Klinik	1																																				
6.	Dokter Spesialis Patologi Anatomi	2																																				
7.	ATLM ( PK )	18																																				
8.	ATLM ( PA )	3																																				
9.	ATLM ( BD )	4																																				
10.	Bidan	1																																				
11.	Petugas Administrasi	6 (PK), 2 (BD),1 (PA)																																				
12.	TOTAL	42																																				
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>5. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>6. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>7. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>																																				
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan resiko jatuh</li> </ol> </li> </ol>																																				
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun																																				

### 9. Instalasi Radiologi

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	Form permintaan Pemeriksaan dari dokter : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IRD</li> <li>○ IRJA</li> <li>○ IRNA</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ PKM/RS Lain</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>DOKTER SWASTA</b></p>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b>1 Pasien Rawat Jalan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien membawa surat permintaan pemeriksaan Radiologi</li> <li>- Untuk Pasien Umum , pasien membayar pemeriksaan Radiologi ke Loker pembayaran sesuai tarif.</li> <li>- Untuk Peserta BPJS, langsung mendaftar ke loket Radiologi ,Petugas Loker Radiologi membuat perincian biaya sesuai permintaan</li> <li>- Petugas Administrasi Radiologi mencatat data Pasien pada buku Register Radiologi dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul> <p><b>2 Pasien Rawat Inap</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas Ruangan menyerahkan surat permintaan pemeriksaan Radiologi ke Loker Radiologi untuk dibuat perincian biaya.</li> <li>- Petugas Loker Radiologi membuat perincian biaya sesuai permintaan dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> <li>- Untuk Pasien Umum penarikan biaya dilakukan saat Penderita Keluar Rumah Sakit. Untuk Peserta BPJS, ,prosedur sama, tanpa penarikan biaya.</li> <li>- Petugas Administrasi Radiologi mencatat data Pasien pada buku Register Radiologi dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul> <p><b>3 Pasien Rawat Darurat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas IRD menyerahkan surat permintaan pemeriksaan Radiologi ke Loker Radiologi untuk dibuat perincian biaya.</li> <li>- Petugas Loker Radiologi membuat perincian biaya sesuai permintaan dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS)</li> <li>- Untuk Pasien Umum petugas Loker menarik biaya sesuai tarif. Untuk Peserta BPJS, prosedur sama, tanpa penarikan biaya.</li> <li>- Petugas Administrasi Radiologi mencatat data Pasien pada buku Register Radiologi dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul> <p><b>4 Pasien Rujukan dari Luar RSUD Syamrabu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien membawa surat permintaan pemeriksaan Radiologi</li> <li>- Pasien mendaftar ke loket pendaftaran (loket umum) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk pasien BPJS, pasien periksa ke Poli Spesialis terlebih dahulu</li> <li>• Untuk pasien umum langsung mendaftar ke loket Radiologi</li> </ul> </li> <li>- Untuk pasien umum petugas Loker Radiologi membuat</li> </ul>

		<p>perincian biaya dan pasien membayar ke loket pembayaran (loket umum)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Petugas Administrasi Radiologi mencatat data Pasien pada buku Register Radiologi dan mengirim data ke Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM RS).</li> </ul>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Waktu pelayanan : 24 jam</li> <li>• Waktu Pemeriksaan <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foto polos / : 10 - 30 menit</li> <li>- Foto kontras : 60 - 120 menit</li> <li>- U S G : 15 - 45 menit</li> <li>- Ct.Scan tanpa Contras : 20 - 30 menit</li> <li>- Ct.Scan dengan Contras : 30 - 60 menit</li> </ul> </li> <li>• Waktu tunggu hasil Expertise <ul style="list-style-type: none"> <li>- Foto polos : &lt; 3 jam</li> <li>- Foto kontras : &lt; 3 jam</li> <li>- U S G : &lt; 3 jam</li> <li>- Ct Scan : &lt; 3 jam</li> <li>- Pemeriksaan Cito : &lt; 1 jam</li> </ul> </li> </ul>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<p>a. Pemeriksaan Radiodiagnostik .Terdiri 51 item</p> <p>b. Mammografi Terdiri 18 item</p> <p>c. Pemeriksaan imejing .Terdiri 8 item</p>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b><i>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</i></b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Radiografer,; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang Jaga Petugas Radiografer ( Operator)</li> </ul> </li> <li>2. Ruang Dokter Radiologi <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang Pembacaan Hasil Rontgen/ USG</li> </ul> </li> <li>3. Ruang Tunggu</li> <li>4. Ruang Administrasi terdiri dari <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ruang Administrasi</li> <li>- Loket Penerimaan Blangko Permintaan Radiologi</li> <li>- Ruang Pengemasan Hasil</li> <li>- Loket Pengambilan Hasil</li> </ul> </li> <li>5. Gudang dan Toilet</li> </ol>

		6. Ruang Rontgen 1 – Ruang Pemeriksaan Foto Rontgen 7. Ruang Rontgen 2 terdiri dari – Ruang Pemeriksaan Foto Panoramic – Ruang Pemeriksaan Foto Dental X-Ray 8. Ruang C R – Ruang Processing Film dengan Computer 9. Ruang Rontgen -3 – Ruang Pemeriksaan Foto Rontgen dengan Contras 10. Ruang U S G – Ruang Pemeriksaan U S G 11. Ruang Operator CT-Scan – Ruang Petugas Operator CT-Scan 12. Ruang CT-Scn – Ruang Pemeriksaan CT-Scan 13. Ruang Mamografi 14. Ruang Tunggu Pasien Sarana / Peralatan Medis yang tersedia untuk melaksanakan kegiatan pemeriksaan di Instalasi Radiologi adalah sebagai berikut :																																																																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO .</th> <th>NAMA ALAT</th> <th>Merk</th> <th>Tipe</th> <th>No.Seri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>X-Ray Dignostik</td> <td>Shimadzu</td> <td>Raad Speed MF</td> <td>CM6F3B02400</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>X-Ray Dignostik</td> <td>Shimadzu</td> <td>Flexavision SF</td> <td>CM6F4781300 E</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>X-Ray Panoramic Chepalomatric</td> <td>Belmont</td> <td>X-Callber CM EX-2000</td> <td>5170253</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>X-Ray Dignostik</td> <td>Hitachi</td> <td>R-6CC210</td> <td>14I110</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Dental X-Ray</td> <td>Runyes</td> <td>KL 27-0,8-70</td> <td>201501059</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Mobile X-Ray</td> <td>Siemens</td> <td>Mobillet XP Eco</td> <td>470889</td> </tr> <tr> <td>7.</td> <td>CT-Scan</td> <td>Toshiba</td> <td>Alexion(TS X-032A)</td> <td>H39069</td> </tr> <tr> <td>8.</td> <td>C R (Computer Radiografi )</td> <td>Fuji FCR Capsula</td> <td>CR-IR 357</td> <td>36700138</td> </tr> <tr> <td>9.</td> <td>C R (Computer Radiografi )</td> <td>carestream</td> <td>CR-IR 357</td> <td>36700138</td> </tr> <tr> <td>10.</td> <td>U S G</td> <td>GE</td> <td>LOGIC EXPERT S7</td> <td>500216SU1</td> </tr> <tr> <td>11.</td> <td>Mamography</td> <td>Metaltronica</td> <td>Helianthus DBT</td> <td>67W076</td> </tr> <tr> <td>12.</td> <td>ESWL</td> <td>TechnixSpA</td> <td>TCA6S</td> <td>200493</td> </tr> <tr> <td>13.</td> <td>C Arm</td> <td>Siemens</td> <td>--</td> <td>--</td> </tr> <tr> <td>14.</td> <td>Mobile X Ray</td> <td>DK Medical Systems</td> <td>ELMO T-3</td> <td>280089</td> </tr> </tbody> </table>	NO .	NAMA ALAT	Merk	Tipe	No.Seri	1.	X-Ray Dignostik	Shimadzu	Raad Speed MF	CM6F3B02400	2.	X-Ray Dignostik	Shimadzu	Flexavision SF	CM6F4781300 E	3.	X-Ray Panoramic Chepalomatric	Belmont	X-Callber CM EX-2000	5170253	4.	X-Ray Dignostik	Hitachi	R-6CC210	14I110	5.	Dental X-Ray	Runyes	KL 27-0,8-70	201501059	6.	Mobile X-Ray	Siemens	Mobillet XP Eco	470889	7.	CT-Scan	Toshiba	Alexion(TS X-032A)	H39069	8.	C R (Computer Radiografi )	Fuji FCR Capsula	CR-IR 357	36700138	9.	C R (Computer Radiografi )	carestream	CR-IR 357	36700138	10.	U S G	GE	LOGIC EXPERT S7	500216SU1	11.	Mamography	Metaltronica	Helianthus DBT	67W076	12.	ESWL	TechnixSpA	TCA6S	200493	13.	C Arm	Siemens	--	--	14.	Mobile X Ray	DK Medical Systems	ELMO T-3	280089
NO .	NAMA ALAT	Merk	Tipe	No.Seri																																																																									
1.	X-Ray Dignostik	Shimadzu	Raad Speed MF	CM6F3B02400																																																																									
2.	X-Ray Dignostik	Shimadzu	Flexavision SF	CM6F4781300 E																																																																									
3.	X-Ray Panoramic Chepalomatric	Belmont	X-Callber CM EX-2000	5170253																																																																									
4.	X-Ray Dignostik	Hitachi	R-6CC210	14I110																																																																									
5.	Dental X-Ray	Runyes	KL 27-0,8-70	201501059																																																																									
6.	Mobile X-Ray	Siemens	Mobillet XP Eco	470889																																																																									
7.	CT-Scan	Toshiba	Alexion(TS X-032A)	H39069																																																																									
8.	C R (Computer Radiografi )	Fuji FCR Capsula	CR-IR 357	36700138																																																																									
9.	C R (Computer Radiografi )	carestream	CR-IR 357	36700138																																																																									
10.	U S G	GE	LOGIC EXPERT S7	500216SU1																																																																									
11.	Mamography	Metaltronica	Helianthus DBT	67W076																																																																									
12.	ESWL	TechnixSpA	TCA6S	200493																																																																									
13.	C Arm	Siemens	--	--																																																																									
14.	Mobile X Ray	DK Medical Systems	ELMO T-3	280089																																																																									
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	1. Kepala Instalasi Radiologi 2. Kepala Ruang Radiologi 3. Pelaksana ekspertise (Dokter Spesialis Radiolog) 4. Pelaksana Radiografi ( Radiografer ) 5. Petugas Proteksi Radiasi (PPR) 6. Pelaksana Keperawatan 7. Pelaksana Adminitrasi Radiologi &Logistik																																																																											
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait																																																																											
5	Jumlah Pelaksana	1. Kepala Instalasi Radiologi : 1 orang																																																																											

	Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Kepala Ruang Radiologi : 1 orang</li> <li>3. Dokter Spesialis Radiologi : 1 orang</li> <li>4. Radiografer : 7 orang</li> <li>5. PPR (Petugas Proteksi Radiasi) : 1 orang</li> <li>6. Operator : 4 orang</li> <li>7. Administrasi : 3 orang</li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan CCTV</li> <li>d. 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu :             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ul> </li> </ul>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 10. Instalasi Gizi

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Form rujukan konsultasi gizi dari poliklinik</li> <li>2. Form permintaan makan pasien dari ruang rawat inap</li> <li>3. Form permintaan konseling gizi rawat inap</li> </ul>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	Prosedur : <ul style="list-style-type: none"> <li>A. Rawat Jalan             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien datang dari poliklinik atas perintah dokter yang memeriksa.</li> <li>2. Pasien menuju ruang poli gizi.</li> <li>3. Petugas poli gizi memberikan konsultasi gizi kepada pasien.</li> </ul> </li> <li>B. Rawat Inap             <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien rawat inap, atas perintah dokter yang memeriksa atau berkolaborasi dengan ahli gizi mendapat diet sesuai dengan penyakitnya.</li> <li>2. Perawat menulis bon permintaan makan pasien sesuai perintah dokter dan kondisi pasien</li> </ul> </li> </ul>

		<p>3. Pasien mendapatkan diet dari instalasi gizi dan dilakukan Quality Control</p> <p>4. Ahli gizi melakukan pengkajian gizi meliputi : assesmen, diagnosis, intervensi, dan monev</p> <p>5. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi meliputi : sisa makan, perkembangan diet, perkembangan kondisi pasien</p> <p>6. Ahli gizi memberikan konseling gizi kepada pasien</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Rawat Jalan</p> <p>a. Waktu : Senin – Sabtu ( jam 09.00 – selesai pelayanan)</p> <p>b. Durasi 15 – 20 menit</p> <p>2. Rawat Inap</p> <p>➤ Setiap hari</p> <p>➤ Waktu pelayanan jam 05.00 – 20.00 WIB</p> <p>a. Makan pagi ( 06.00 – 07.00 WIB )</p> <p>b. Makan siang (11.00 – 12.00 WIB )</p> <p>c. Makan malam ( 16.00 – 17.00 WIB )</p> <p>Pelayanan pasien baru 30 menit sebelum penyajian</p>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<p>1. Penyelenggaraan makanan pasien</p> <p>2. Konsultasi gizi meliputi semua penyakit yang memerlukan diet Makanan non pasien</p>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humarsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p>A. Pelayanan Gizi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peralatan Kantor Meja dan Kursi Konseling gizi, Bangku ruang tunggu, telepon, Komputer + printer</li> <li>- Peralatan Konsultasi dan Penyuluhan</li> <li>- Meliputi rak leaflet, leaflet diet dan Bahan Makanan Penukar, Food model, Poster- poster, formulir screening, buku pencatatan dan Pelaporan.</li> <li>- Peralatan antropometri</li> <li>- Meliputi Standar antropometri, alat ukur tinggi dan berat badan Dewasa, timbangan bayi, alat ukur Lingkar lengan atas, alat ukur lingkar kepala,</li> </ul>

		<p>dan alat ukur tinggi lutut.</p> <p>B. Pelayanan gizi Rawat inap</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tempat penerimaan bahan makanan Peralatan</li> <li>2. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan basah</li> <li>3. Tempat/ruang penyimpanan bahan makanan</li> <li>4. Tempat Persiapan bahan makanan</li> <li>5. Tempat Pemasakan makanan</li> <li>6. Tempat distribusi makanan</li> <li>7. Dapur susu</li> <li>8. Tempat pencucian alat dan penyimpanan alat</li> <li>9. Tempat Penyimpanan alat dapur</li> <li>10. Ruang ruang ganti alat perlindungan diri(APD)</li> <li>11. Ruang pengawas</li> <li>12. Tempat pembuangan sampah</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kepala Instalasi Gizi</li> <li>o Ahli Gizi</li> <li>o Tenaga Pengolah Makanan</li> <li>o Pramusaji</li> <li>o CS</li> <li>o Admininstrasi</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Kepala Instalasi Gizi : 1</li> <li>o Ahli Gizi : 8</li> <li>o Administrasi : 1</li> <li>o Tenaga Pengolah Makanan / cook : 6</li> <li>o Pastry dan persiapan snack : 3</li> <li>o Pramusaji : 14</li> <li>o Cleaning Servise : 2</li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 11. Instalasi linen

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Blanko pengambilan linen kotor infeksius</li> <li>2. Blanko pengambilan linen kotor non infeksius</li> </ol>

		<p>3. Blanko pengiriman linen bersih</p> <p>4. Blanko distribusi linen baru</p>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p>1. Pengambilan linen kotor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas linen melakukan cuci tangan, dan memakai APD.</li> <li>• Petugas linen membawa troli kotor ke ruang pelayanan</li> <li>• Mengambil linen kotor di ruang pelayanan, plastik kuning linen infeksius. sedangkan plastik hitam linen noninfeksius.</li> <li>• User menandatangani blangko pengambilan linen kotor infeksius dan non infeksius.</li> <li>• Petugas linen mencatat dan menandatangani blangko pengambilan linen infeksius dan non infeksius.</li> <li>• Petugas linen memasukkan plastik kuning/ hitam ke dalam troli kotor.</li> <li>• Petugas linen kembali ke linen.</li> <li>• Petugas linen menimbang linen kotor sebelum di memproses.</li> <li>• Petugas linen melakukan pencucian troli kotor.</li> </ul> <p>2. Pengiriman linen bersih</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas linen melakukan cuci tangan</li> <li>• Petugas linen memakai APD.</li> <li>• Petugas linen mencatat di balangko pengiriman linen bersih yang akan dikirim ke ruang pelayanan.</li> <li>• Menyiapkan linen yang akan dikirim ke dalam troli bersih.</li> <li>• Petugas linen menyerahkan linen bersih ke user serta didokumentasikan.</li> <li>• Petugas linen dan user menandatangani serah terima barang dengan checklist yang ada.</li> <li>• Petugas linen melanjutkan pengiriman linen bersih ke ruangan berikutnya dengan prosedur yang sama.</li> <li>• Setiap selesai pengiriman, petugas linen selalu mengelap troli bersih dengan larutan disinfektan atau alkohol 70%.</li> <li>• Petugas melepas APD.</li> <li>• Petugas melakukan cuci tangan.</li> </ul>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. 30-60 menit pengambilan linen kotor di seluruh ruang pelayanan (13) ruang pelayanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shift pagi = 07.00 – 08.00 wib</li> <li>- Shift siang = 14.00 – 15.00 wib</li> </ul> <p>2. 5-10 menit penerima linen kotor</p> <p>3. 15 menit untuk pengambilan linen bersih.</p> <p>4. 30-60 menit pengiriman linen bersih ke seluruh ruang pelayanan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Shift pagi = 07.15 – 08.15 wib</li> </ul>









		- Shift siang = 14.15 – 15.15 wib
4	Biaya /Tarif Pelayanan	A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5	Produk layanan	Pelayanan Linen Rumah Sakit
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	Fasilitas Ruangan : 1. Ruang penerimaan linen 2. Ruang pemisahan linen 3. Ruang pencucian dan pengeringan linen 4. Ruang penyetrikaan linen 5. Ruang penyimpanan linen 6. Ruang distribusi linen 7. Mesin cuci kapasitas 13 kg IMEGE 8. Mesin cuci kapasitas 36 kg IMEGE 9. Mesin pengering kapasitas 34 kg IMESA ( 2 Unit ) 10. Ironer roll IMESA 11. Setrika 12. Troli barang tertutup 13. Troli terbuka 14. Lemari kaca
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	1. Kualifikasi Pendidikan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi minimal S1 atau D3 kesehatan yang sudah berpengalaman di Linen selama kurang lebih 5 Th</li> <li>• Administrasi minimal DIII Kesehatan</li> <li>• Pelaksana minimal SMA Sederajat</li> </ul> 2. Menguasai computer 3. Menguasai tata bahasa yang baik 4. Memahami peraturan perundang-undangan
4	Pengawasan Internal Pelayanan	a) Dilakukan oleh atasan langsung b) Dilakukan oleh SPI
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	1. 1 orang Ka.Instalasi 2. 1 orang Kepala Ruangan 3. 1 orang Administrasi 4. 4 orang untuk pengambilan linen kotor infeksius dan non infeksius 5. 3 orang untuk proses pencucian

		6. 8 orang untuk pengiriman linen bersih 7. 2 orang untuk proses pengeringan
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu :             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Pelaksanaan evaluasi kinerja di lakukan secara berkala (Triwulan) oleh atasan langsung dan di koordinasikan dengan pejabat yang membawahi bidang yang bersangkutan Penilaian evaluasi kinerja setiap triwulan menjadi dasar dalam pemberian penilaian sasaran kinerja pegawai SKP setiap tahun.

## 12. Instalasi CSSD

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pelayanan CSSD di OK IBS             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Form pengambilan instrument kotor dilakukan pada jam 08.00,12.00,15.00 dan 19.00</li> <li>2. Form pengiriman instrument dan linen steril dilakukan pada jam 06.00,11.00,15.00 dan jam 18.00</li> <li>3. Permintaan sterilisasi instrument CITO dilakukan 2 jam sebelum operasi</li> </ol> </li> <li>○ Pelayanan CSSD di Rawat Inap/UGD             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Form penerimaan instrument kotor pada jam 08.00 dan jam 14.00</li> <li>2. Form pengiriman instrument steril pada jam 11.00 dan jam 15.00</li> </ol> </li> <li>○ Pelayanan CSSD di Rawat Jalan             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Form penerimaan instrument kotor pada jam 08.00 dan jam 14.00</li> <li>2. Form pengiriman instrument steril pada jam 08.00</li> </ol> </li> </ul>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	Penerimaan/pengambilan <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan dan pengambilan semua dicatat di buku ekspedisi</li> <li>2. Pelayanan prngiriman produk steril dikirim oleh tim CSSD</li> <li>3. Produk kotor dikirim oleh ruangan ke CSSD kecuali OK IBS</li> </ol>

		<p>Pencucian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instrumen kotor yang diterima harus sudah bebas residu(dibilas menggunakan air)</li> <li>2. Dilakukan perendaman dengan enzimatik dengan perbandingan 1 takar : 5 liter air selama 10-15 menit kemudian dicuci</li> <li>3. Pengeringan dilakukan secara manual dengan menggunakan linen bersih</li> </ol> <p>Pengemasan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dilakukan pengesetan sesuai dengan standar yang ditetapkan untuk masing-masing ruangan</li> <li>2. Pengemasan dengan menggunakan linen ,pouches ( untuk steril suhu tinggi ) dan tyvex ( sterilisasi suhu rendah/plasma )</li> <li>3. Diberi label indicator luar dengan dicantumkan nama,tanggal , paket/alat,ID petugas dan tanggal kadaluarsa</li> </ol> <p>Sterilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sterilisasi plasma / suhu rendah dilakukan selama kurang lebih 1 jam</li> <li>2. Sterilisasi steam / suhu tinggi dilakukan selama kurang lebih 1 jam</li> </ol> <p>Distribusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Troli bersih</li> <li>2. Pencatatan distribusi produk steril di buku ekspedisi</li> <li>3. Jadwal pendistribusian sudah ditentukan di masing-masing ruangan</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 5-10 menit untuk penerimaan barang kotor</li> <li>2. 10-30 menit untuk pengambilan barang kotor ke IBS(Instalasi Bedah Sentral)</li> <li>3. 10-40 menit untuk pengiriman alat steril ke ruang pelayanan</li> <li>4. 10-25 menit untuk pengiriman alat steril ke IBS</li> <li>5. Respon time keseluruhan proses sterilisasi <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dengan menggunakan plasma adalah 4 jam</li> <li>2) Dengan menggunakan steam adalah 4 jam</li> <li>3) Permintaan CITO adalah 2 jam</li> </ol> </li> </ol>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<p>Produk steril antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Instrument bedah</li> <li>2. Instrument rawat luka</li> <li>3. Instrument kuretase</li> <li>4. Kasa</li> <li>5. Set linen</li> </ol>
6	Penanganan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com







	Pengaduan,Saran dan Masukan	
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p>Penerimaan/pengambilan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Troli pengambilan produk kotor</li> <li>2. Ruang penerimaan produk kotor</li> <li>3. Buku pencatatan penerimaan</li> <li>4. Kontainer perendaman alat kotor</li> <li>5. APD</li> </ol> <p>Pencucian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang pencucian dan perlengkapannya</li> <li>2. Bahan pencucian enzimatik</li> <li>3. Mesin RO</li> <li>4. Penampung air(3)</li> <li>5. Pompa air(3)</li> <li>6. Mesin Washer</li> <li>7. Sikat alat</li> <li>8. APD</li> </ol> <p>Pengemasa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang setting</li> <li>2. Mesin sealing(2)</li> <li>3. Pouches</li> <li>4. Indikator</li> <li>5. Rak(2)</li> <li>6. Meja setting(1)</li> <li>7. APD</li> <li>8. Tyvex</li> </ol> <p>Sterilisasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang sterilisasi</li> <li>2. Mesin steril steam(3)</li> <li>3. Mesin sterilasi plasma(1)</li> </ol> <p>Distribusi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Troli bersih</li> <li>2. Buku ekspedisi</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kualifikasi Pendidikan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi minimal S1 atau D3 kesehatan yang sudah berpengalaman di CSSD selama kurang lebih 5 Th</li> <li>• Administrasi minimal DIII Kesehatan</li> <li>• Pelaksana minimal SMA Sederajat</li> </ul> </li> <li>2. Menguasai computer</li> <li>3. Menguasai tata bahasa yang baik</li> <li>4. Memahami peraturan perundang-undangan</li> </ol>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	a) Sesuai dengan norma tata kelola yang baik maka Factor kontrol merupakan salah satu upaya untuk mencapai visi misi yang telah ditetapkan. Faktor kontrol di perlukan untuk mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan seluruh rencana program dan kegiatan.

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b) Dilakukan oleh atasan langsung</li> <li>c) Dilakukan oleh SPI</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang Ka.Instalasi</li> <li>2. 1 orang Kepala Ruangan</li> <li>3. 1 orang Administrasi</li> <li>4. 3 orang untuk penerimaan dan distribusi</li> <li>5. 3 orang untuk proses pencucian</li> <li>6. 3 orang untuk pengemasan dan sterilisasi</li> <li>7. 3 orang untuk produksi kasa</li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ul> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ul>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	<p>Pelaksanaan evaluasi kinerja di lakukan secara berkala (Triwulan) oleh atasan langsung dan di koordinasikan dengan pejabat yang membawahi bidang yang bersangkutan Penilaian evaluasi kinerja setiap triwulan menjadi dasar dalam pemberian penilaian sasaran kinerja pegawai SKP setiap tahun.</p>

13. Instalasi Ambulans

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	Ada Form permintaan Ambulance dari : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IGD</li> <li>2. Ruang Rawat Inap</li> <li>3. Rawat Jalan</li> <li>4. Faskes lain</li> <li>5. Masyarakat Umum</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b>1.1 Rujuk/refer pasien</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat unit (X) atau ruangan memberitahu kepada petugas instalasi ambulance bahwa di unit (X) atau ruangan ada pasien yang akan dirujuk ke Fasilitas Kesehatan Lanjut.</li> <li>2. Petugas Instalasi Ambulance mencatat pemesanan kendaraan dinas di buku pesanan permintaan ambulans.</li> <li>3. Driver Menyiapkan kendaraan dan melakukan pengecekan mobil dan peralatan yang akan digunakan.</li> <li>4. Driver membawa ambulance di depan IGD bila pasien dirujuk melalui IGD</li> <li>5. Bila pasien dirujuk dari Unit Rawat Inap/ HD/IBS/Anestesi maka driver membawa ambulance ke dipintu belakang depannya Pemulasaran Jenazah</li> <li>6. Perawat mengantar pasien ke ambulance di depan IGD atau di pintu belakang.</li> <li>7. Petugas medis mendampingi pasien yang akan dirujuk</li> <li>8. Driver mencatat penggunaan kendaraan dinas di buku mutasi kendaraan.</li> </ol> <p><b>1.2 Alih Rawat ke Faskes Lain</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jika pemesan dari keluarga maka pemesan memberi informasi kepada petugas UGD atau rawat inap yang bersangkutan dan dokter yang merawat untuk dirujuk ke rumah sakit lain.</li> <li>2. Pemesan menyelesaikan administrasi ke Bagian administrasi sebelum pemesanan dilayani</li> <li>3. Jika pasien dari IGD maka petugas menghubungi informasi untuk pemesanan ambulance</li> <li>4. Petugas Informasi &amp; Operator akan menulis di buku pesanan ambulance, dan menghubungi petugas kendaraan yang jaga di pos kendaraan</li> <li>5. Petugas kendaraan mempersiapkan peralatan pasien bersama perawat yang akan mengantar dan mempersiapkan keperluan kendaraan</li> <li>6. Pengantaran pasien harus dengan pengawasan perawat yang kompeten dan dokter jaga ruangan yang ditugaskan sesuai dengan kondisi pasien.</li> <li>7. Pembatalan pemesanan kendaraan harus memberitahukan petugas Ambulance</li> <li>8. Setelah pengantaran pasien maka ambulance dibersihkan Kembali</li> </ol> <p><b>1.3 Meninggal</b></p>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga menyelesaikan administrasi ke bagian kasir</li> <li>2. Setelah mendapat kuitansi ambulance petugas rawat inap atau IGD menghubungi petugas informasi untuk pemesanan ambulance</li> <li>3. Petugas informasi mencatat nama pasien, alamat dan status pasien</li> <li>4. Petugas informasi menghubungi kepada petugas ambulance yang berdinan saat itu</li> <li>5. Apabila petugas ambulance yang berdinan saat itu berhalangan dikarenakan mengantar pasien lain maka petugas informasi menghubungi petugas ambulance yang bertugas pada shift berikutnya</li> <li>6. Petugas ambulance yang mengantar menjemput jenazah di kamar jenazah Setelah mengantarkan jenazah maka petugas ambulance membersihkan kembali ambulance jenazah</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Waktu dan lama Pelayanan : 24 Jam</p> <p>PAGI : 07.00 wib – 14.00 wib</p> <p>SIANG : 14.00 wib – 21.00 wib</p> <p>MALAM : 21.00 wib – 07.00 wib</p>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<p><b>1.1 PENJEMPUTAN PASIEN AMPIBI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien menelpon ke call center AMPIBI</li> <li>2. Petugas Instansi Ambulance menerima telpon dari keluarga pasien (x) bahwa ada pasien yang harus dijemput</li> <li>3. Petugas menanyakan secara jelas informasi mengenai : identitas pasien, nama pemesan, kondisi pasien, keluhan pasien, lokasi/alamat penjemputan dan nomor yang bisa dihubungi di TKP, apakah rumah pasien bisa dilalui Ambulans</li> <li>4. Driver bersama tim medis menuju ke lokasi</li> <li>5. Tim medis memberi tindakan seperti anamnesa, observasi TTV dan pemeriksaan fisik</li> <li>6. Tim medis menginformasikan ke dokter jaga IGD untuk pengiriman pasien</li> <li>7. Driver dan tim medis membantu evakuasi pasien sesuai tanggung jawabnya</li> <li>8. Driver membawa pasien ke Rumah sakit.</li> <li>9. Driver mencatat penggunaan kendaraan dinas di buku mutasi kendaraan</li> </ol> <p><b>1.2 PENJEMPUTAN PASIEN AMPIBI 119</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga pasien menelpon ke call center AMPIBI</li> <li>2. Petugas Instansi Ambulance menerima telpon dari keluarga pasien (x) bahwa ada pasien yang harus dijemput</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Petugas menanyakan secara jelas informasi mengenai : identitas pasien, nama pemesan, kondisi pasien, keluhan pasien, lokasi/alamat penjemputan dan nomor yang bisa dihubungi di TKP, apakah rumah pasien bisa dilalui Ambulans</li> <li>4. Driver bersama tim medis menuju ke lokasi</li> <li>5. Tim medis memberi tindakan seperti anamnesa, observasi TTV dan pemeriksaan fisik</li> <li>6. Tim medis konsultasi ke dokter jaga IGD jika ada Tindakan yang dibutuhkan di TKP</li> <li>7. Tim medis selama perjalanan menuju RS selalu memantau vital sign pasien</li> <li>8. Tim medis serah terima dengan petugas IGD</li> <li>9. Driver dan tim medis membantu evakuasi pasien sesuai tanggung jawabnya</li> <li>10. Driver membawa pasien ke Rumah sakit.</li> <li>11. Driver mencatat penggunaan kendaraan dinas di buku mutasi kendaraan</li> </ol> <p><b>1.3 Transfer pasien APS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga menyelesaikan administrasi ke bagian kasir</li> <li>2. Setelah mendapat kuitansi ambulance petugas rawat inap atau IGD menghubungi petugas informasi untuk pemesanan ambulance</li> <li>3. Petugas informasi mencatat nama pasien, alamat dan status pasien</li> <li>4. Petugas informasi menghubungi kepada petugas ambulance yang berdinis saat itu</li> <li>5. Apabila petugas ambulance yang berdinis saat itu berhalangan dikarenakan mengantar pasien lain maka petugas informasi menghubungi petugas ambulance yang bertugas pada shift berikutnya</li> <li>6. Petugas ambulance dan perawat ambulance mengambil pasien di IGD/Rawat Inap.</li> <li>7. Setelah mengantarkan pasien APS maka petugas ambulance membersihkan kembali ambulance RS</li> </ol> <p><b>1.4 Transfer pasien KRS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluarga menyelesaikan administrasi ke bagian kasir</li> <li>2. Setelah mendapat kuitansi ambulance petugas rawat inap atau IGD menghubungi petugas informasi untuk pemesanan ambulance</li> <li>3. Petugas informasi mencatat nama pasien, alamat dan status pasien</li> <li>4. Petugas informasi menghubungi kepada petugas ambulance yang berdinis saat itu</li> <li>5. Apabila petugas ambulance yang berdinis saat itu berhalangan dikarenakan mengantar pasien lain maka petugas informasi menghubungi petugas ambulance yang bertugas pada shift berikutnya</li> <li>6. Petugas ambulance ambulance mengambil pasien KRS di ruangan</li> <li>7. Setelah mengantarkan pasien KRS maka petugas ambulance membersihkan kembali ambulance RS.</li> </ol>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com



	Masukan	
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Katagori Ambulance Transport</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nomor Polisi : M 8068 GP</li> <li>2) Nomor Polisi : M 1123 GP</li> <li>3) Nomor Polisi : M 9004 GP</li> <li>4) Nomor Polisi : M 8050 GP</li> </ol> </li> <li>2. <i>Kategori Ambulance Emergency</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nomor Polisi : M 8152 GP</li> <li>2) Nomor Polisi : M 8153 GP</li> </ol> </li> <li>3. <i>Katagori mobil jenazah</i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nomor Polisi : M 493 GP</li> </ol> </li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi Ambulance</li> <li>2. Administrasi Umum</li> <li>3. Perawat</li> <li>4. Sopir</li> </ol>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala Instalasi Ambulanz : 1 orang</li> <li>2. Perawat : 8 orang</li> <li>3. Administrasi Umum : 1 orang</li> <li>4. Sopir : 8 orang</li> </ol>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

## 14. Instalasi Gas Medik

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	Ada Form permintaan /order terkait pemenuhan Oksigen dari : <ol style="list-style-type: none"> <li>A. IGD</li> <li>B. Ruang Rawat Inap</li> <li>C. Rawat Jalan</li> <li>D. HD</li> <li>E. IBS</li> <li>F. Anastesi</li> <li>G. Ambulance</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	Prosedur Pelaksanaan Pengelolaan, Penyimpanan, Pendistribusian, Pemantauan dan Pengujian Gas Medis dilakukan sbb : <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pengelolaan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jenis Gas Medis yang digunakan pada sarana pelayanan RSUD Syamrabu adalah oksigen, Karbon Dioksida dalam bentuk tabung 1m<sup>3</sup>, tabung 6m<sup>3</sup> dan liquid oksigen yang dikemas dalam tangki dengan kapasitas 5000 Liter dan disalurkan melalui instalasi pipa gas medik (oksigen)</li> <li>b. Tabung gas yang digunakan memenuhi syarat kualitas dan spesifikasi gas medis sesuai dengan peraturan yang berlaku dibuktikan dengan adanya surat pernyataan dari penyedia gas medis</li> <li>c. Tabung oksigen dicat dengan warna <b>putih</b> dan atau dilengkapi dengan tulisan “oksigen” dengan warna yang jelas dan terdapat stiker tanda “hazard”</li> <li>d. Tabung oksigen dilengkapi dengan kelengkapan penunjang:               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1 (satu) flowmeter / regulator oksigen</li> <li>✓ 1 (satu) buah slang (tubing)</li> <li>✓ 1 (satu) buah masker (nasal)</li> <li>✓ 1 (satu) buah kunci regulator dan kunci tabung</li> <li>✓ 1 (satu) buah dorongan (trolley) sesuai dengan ukuran tabung oksigen</li> </ul> </li> </ol> </li> <li><b>2. Pengisian</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <i>Tabung Oksigen 1m<sup>3</sup> dan 6m<sup>3</sup></i> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian tabung oksigen 1 m<sup>3</sup> dan 6 m<sup>3</sup> dilakukan setiap 2-3 kali seminggu sesuai dengan kebutuhan ruangan, jumlah tabung oksigen yang kosong serta memperhitungkan stok di depo gas medis.</li> <li>2. Jumlah yang diisi sesuai dengan jumlah tabung kosong yang ada.</li> <li>3. Tabung yang kosong akan ditukarkan kepada penyedia dengan tabung isi.</li> <li>4. Semua tabung yang ditukarkan dicatat</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>

		<p>dalam buku catatan pengeluaran tabung kosong dan petugas akan mencatat tabung isi yang telah diberikan oleh penyedia kepada RSUD Syamrabu dalam catatan tabung datang.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Semua petugas yang terlibat dalam proses tabung masuk dan keluar membubuhkan paraf pada surat jalan yang diberikan oleh penyedia, copy surat jalan disimpan oleh petugas gas medis</li> </ol> <p><i>b) Tangki Oksigen Cair</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengisian tangki oksigen cair dilakukan jika level tangki menunjukkan angka 1,5-2.</li> <li>2. Pengisian dilakukan sebanyak 1-2 kali seminggu tergantung level tangki dan jumlah pemakaian oleh penyedia gas medis</li> <li>3. Pemantauan dan pencatatan level tangki oksigen cair dilakukan oleh petugas gas medis secara berkala di setiap shift.</li> <li>4. Pengajuan permohonan permintaan pengisian tangki dilakukan oleh petugas gas medis, tembusan ka. Instalasi gas medis.</li> </ol> <p><b>3. Penyimpanan</b></p> <p><i>a) Tabung Oksigen 1m3 dan 6m3</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyimpanan tabung gas medis isi dan tabung gas medis kosong dipisahkan, untuk memudahkan pemeriksaan dan penggantian.</li> <li>2. Penyimpanan tabung gas medis di depo gas medis baik tabung isi maupun tabung kosong diikat dengan tali besi sehingga aman dan tidak ada kejadian tabung jatuh.</li> <li>3. Penyimpanan diruangan perawatan dilengkapi trolley dan diikat dengan tali besi sehingga memudahkan penggunaannya dan menjaga keselamatan, kecuali stok tabung gas medis diruangan perawatan disimpan sesuai aturan pada no. 2</li> <li>4. Lokasi penyimpanan diusahakan jauh dari sumber panas, listrik dan oli atau sejenisnya dan diberi label.</li> <li>5. Gas medis yang sudah cukup lama disimpan akan dilakukan uji / test kepada produsen, untuk mengetahui kondisi gas medis tersebut.</li> </ol> <p><i>b) Oksigen Cair</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyimpanan oksigen cair ditempatkan dalam tangki bertekanan tinggi dengan kapasitas 5000 m3/liter</li> <li>2. Tempat tangki dikelilingi pagar berkunci sehingga jauh dari jangkauan anak-anak</li> </ol>
--	--	---

		<p>dan orang yang tidak berkepentingan selain petugas gas medis.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Setiap pagi dilakukan penyiraman terhadap pipa akibat kondensasi dari kondensator untuk membersihkan ice hasil kondensasi yang akan menyebabkan terhalangnya distribusi oksigen dari tangki ke pipa.</li> </ol> <p><b>4. Pendistribusian</b></p> <p><i>a) Tabung oksigen 1m3 dan 6m3</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Petugas gas medis menerima <b>formulir permintaan gas medis tabung</b> dari ruang perawatan (irna, irja, igd,ibs).</li> <li>2. Petugas gas medis memeriksa ketersediaan stok gas medis tabung 1m3 dan 6m3 di depo gas medis.</li> <li>3. Petugas gas medis membawa tabung kosong gas medis ke depo gas medis pada hari yang telah ditentukan untuk tukar dengan tabung isi gas medis yang telah diberi label nama ruangan.</li> <li>4. Petugas gas medis menerima tabung kosong gas medis dan menyerahkan tabung isi gas medis kepada petugas ruang rawat sesuai dengan jumlah permintaan yang tercantum pada formulir permintaan gas medis tabung.</li> <li>5. Petugas gas medis mengisi buku pendistribusian gas medis tabung pada kolom "tanggal permintaan", "tanggal penyerahan", "nama gas medis", "jumlah yang diminta", "jumlah yang diserahkan"</li> <li>6. Petugas gas medis membubuhkan nama dan paraf pada kolom "yang menyerahkan"</li> <li>7. Petugas ruang perawatan membubuhkan nama dan paraf pada kolom "yang menerima"</li> <li>8. Petugas gas medis menyimpan formulir permintaan gas medis tabung sebagai arsip</li> <li>9. Petugas gas medis membuat laporan pendistribusian gas medis dan laporan pembelian gas medis kepada ka. Instalasi gas medis dan ditembuskan kepada PPK via TPBJ.</li> </ol> <p><i>b) Tangki oksigen cair (Oksigen Liquid)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Distribusi gas medis (oksigen cair) dilayani dengan menggunakan dilayani dengan menggunakan instalasi pipa gas medis (oksigen) berwarna putih secara netral yang ditempatkan menggunakan outlet gas medis disetiap ruangan perawatan berdekatan dengan pasien. Outlet gas medis harus bersih dan memenuhi syarat sanitasi/ hygiene.</li> </ol>
--	--	--

		<p>2. Pemakaian gas diatur melalui flowmeter pada regulator di setiap outlet gas medis ruangan perawatan.</p> <p><b>5. Pemantauan</b></p> <p>a. Tabung gas oksigen dipantau secara berkala minimal 3 bulan sekali oleh petugas gas medis.</p> <p>b. Pemantauan gas oksigen menggunakan lembar kerja pemantauan fungsi yang telah ditetapkan.</p> <p><b>6. Pengujian</b></p> <p>Setiap tabung gas diuji secara periodik selama dalam periode masa berlaku yang dilakukan oleh institusi penguji yang berwenang. Penunjukan institusi penguji yang berwenang dilakukan oleh RSUD Syamrabu bersama-sama dengan penyedia.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Waktu pelayanan 24 jam</li> <li>- Lama pelayanan ≥ 120 menit</li> </ul>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Oksigen tabung 1M3</li> <li>o Oksigen tabung 6M3</li> <li>o Oksigen Liquid</li> <li>o Gas CO2</li> </ul>
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humarsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ruang Administrasi,;</li> <li>2. Ruang penyimpanan tabung oksigen</li> <li>3. Ruang vakum dan panel</li> <li>4. Tanki oksigen liquid</li> <li>5. Toilet</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Instalasi Farmasi</li> <li>- Teknisi gas medik</li> <li>- Staf gas medik</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala Instalasi Farmasi 1 orang</li> <li>- Teknisi gas medik 1 orang</li> <li>- Staf gas medik 6 orang</li> </ul>

6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 15. Instalasi Kamar Jenazah

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	Ada Form permintaan dari : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. IGD</li> <li>2. Rawap Inap</li> <li>3. Faskes lain</li> <li>4. Masyarakat umum</li> </ol> Kepolisian
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<b>A. PEMERIKSAAN FORENSIK</b> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Pemeriksaan luar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi</li> <li>• Pakaian</li> <li>• Lebam mayat</li> <li>• Kaku mayat</li> <li>• Pembusukan</li> <li>• Panjang dan berat badan</li> <li>• Kepala</li> <li>• Leher</li> <li>• Perut</li> <li>• Alat kelamin</li> <li>• Dubur</li> <li>• Anggora gerak</li> <li>• Punggung</li> <li>• Bokong</li> </ul> </li> <li><b>2. Pemeriksaan Dalam</b>           Yang perlu diperhatikan :           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rongga perut perlu diinspeksi dulu sebelum rongga dada dibuka</li> <li>• Pemeriksaan dalam kepala harus dilakukan setelah rongga dada kosong</li> <li>• Cara mengiris alat tubuh :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permukaan → terlihat seluas-luasnya</li> <li>• Satu kali irisan</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irisan lain sejajar dengan irisan pertama</li> <li>• Permukaan tidak boleh dicuci tetapi dihapus</li> </ul> <p><b>Insisi Pada Tubuh</b></p> <p>Insisi bentuk I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimulai sedikit dibawah Cart. Thyroidea → Proc. Xiphoides → 2 cm paramedian kiri → Symphysis</li> </ul> <p>Insisi bentuk Y</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada jenazah laki-laki : Insisi dimulai dari Acromion Ka-Ki → Proc. Xiphoides</li> <li>• Pada jenazah perempuan : Insisi dimulai dari Acromion Ka - Ki → lurus kebawah → melingkari mamma → Proc. Xiphoides → 2 cm paramedian Ki → Symphysis</li> <li>• Insisi di bawah Proc. Xiphoides diperdalam sampai menembus peritoneum → diteruskan sampai Symphysis</li> <li>• Selanjutnya melepaskan kulit dari tulang dada dengan cara menarik kulit dengan keras ke samping → memotong otot-otot dengan pisau. Otot perut dilepas dari Arcus costa.</li> </ul> <p><b>Cara Melepaskan Sternum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pangkal mata pisau diletakkan 1 cm medial dari Costo Chondral Junction Costa No. 2 → pisau didorong dan ditarik ke arah Costa No 10. Sebelum Costa I dipotong dari sternum → inspeksi dari rongga dada. Kemudian memotong tulang rawan costa No I miring dengan menarik sternum kesamping → selanjutnya memotong tulang rawan costa I sebelahnya → memotong Art. Sternoclaviculare Ka-Ki setelah dilokalisasi lebih dulu.</li> </ul> <p>Thymus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biasanya didapatkan pada anak-anak dan kadang-kadang pada orang dewasa, berat maksimum pada pubertas</li> <li>• Thymus dilepaskan dengan pinset dan gunting secara tajam</li> </ul> <p>Status Thymico Lymphaticus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thymus membesar dengan pembesaran umum kelenjar getah bening</li> </ul> <p>Jantung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Setelah jantung dikeluarkan dari rongga dada → maka jantung dibuka menurut aliran darah <ul style="list-style-type: none"> <li>• Membuka jantung kanan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinding atrium kanan dibuka</li> <li>• Auricula Cordis kanan dibuka</li> <li>• Ventrikel kanan dibuka ke arah lateral</li> <li>• Ventrikel kanan dibuka ke arah ventral</li> </ul> </li> <li>• Membuka jantung kiri <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinding atrium kiri dibuka</li> <li>• Auricula Cordis kiri dibuka</li> <li>• Ventrikel kiri dibuka ke arah lateral</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventrikel kiri dibuka ke arah ventral</li> <li>• Mengiris A Coronaria Dextra dan Sinistra</li> <li>• Dengan irisan melintang dengan jarak 3mm</li> <li>• Mengukur tebal otot jantung</li> <li>• Irisan dendeng pada otot ventrikel dan septum interventriculorum</li> <li>• Jantung ditimbang</li> </ul> <p><b>Tractus Respiratorius</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trachea, kedua bronchi, kedua paru-paru dikeluarkan sebagai satu unit</li> </ul> <p><b>Diseksi Selanjutnya Sebagai Berikut :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trachea dan kedua bronchi dibuka dengan gunting pada bagian posterior</li> <li>• Cabang bronchi dibuka dengan gunting sejauh-jauhnya kedalam paru-paru</li> <li>• V maupun A pulmonalis</li> <li>• Bronchi dipotong dihilus</li> <li>• Paru kanan dan kiri ditimbang</li> <li>• Insisi paru-paru <ul style="list-style-type: none"> <li>• Paru-paru → hilus menghadap keatas dan basis menghadap desektor</li> <li>• Insisi dari Apex → ke basis paru-paru</li> <li>• Insisi lainnya dibuat sejajar dengan irisan pertama</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Tractus Digestivus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeksi rongga perut dan palpasi</li> <li>• Apakah ada cairan</li> <li>• Peritoneum</li> <li>• Jala (omentum)</li> <li>• Diaphragma</li> <li>• Omentum dibalik</li> <li>• Hati</li> <li>• Limpa</li> <li>• Mesenterium → kel. Lymph, V dan A mesenterica</li> <li>• Usus diperiksa appendix</li> </ul> <p><b>memisahkan usus halus dan usus besar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usus halus dan usus besar dilepaskan dari mesenterium sampai duodenum dan colon sigmoideum → usus dipotong diperbatasan dengan duodenum dan di perbatasan colon sigmoideum dengan rectum sebelah diikat pada dua tempat lebih dulu</li> <li>• Usus halus dibuka dengan gunting di tempat melekatnya mesenterium</li> <li>• Usus besar dibuka melalui salah satu taenia yang bebas</li> </ul> <p><b>Lien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A dan V Lienalis dipotong bagian hilus → lien dikeluarkan dengan melepaskan jaringan sekitar hilus secara tumpul dan tajam</li> <li>• Lien ditimbang, diukur panjang, lebar dan tebal</li> <li>• Insisi lien secara longitudinal</li> <li>• Irisan lain sejajar dengan irisan I</li> </ul> <p><b>Oesophagus, Ventriculus, Duodenum, Pancreas, Hepar</b></p>
--	--	--



		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Melepaskan gld. Suprarenalis kanan dari hepar</li> <li>• Memisahkan Lig. Tereshepatis → membuat insisi pada peritoneum diperbatasan hepar lobes kanan dan diaphragma secara tumpul → hepar lobus kiri</li> <li>• Pancreas secara tumpul dan tajam dilepaskan dari jaringan retroperitoneal</li> <li>• Diaphragma digunting menuju oesophagus → oesophagus dilepaskan dari diaphragma</li> <li>• V Cava sup dipisahkan dari diaphragma</li> <li>• Mesenterium diangkat dan dilepaskan dari jaringan retroperitoneal → memotong A mesenterica inf → A mesenterica sup dan A coelica</li> </ul> <p>Vesica Felea</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hati diletakkan dengan permukaan diaphragma kebawah, permukaan bawah keatas dan kandung empedu ke desektor, lambung dan duodenum dijauhkan ke arah V. Cava Sup</li> <li>• Kandung empedu ditekan → ductus choledochus mengembung → dindingnya digunting sedikit → dengan ujung gunting lumen duct. Choledochus dibuka sampai papilla vateri</li> <li>• Spesimen diputar 180 ° dengan duodenum dan lambung ke desektor → duct. Hepatis ka-ki dibuka Lumen ductus cysticus dapat diketahui bila kandung empedu ditekan → sebelum duct. Cysticus dibuka, kandung empedu dikosongi dengan menggunting dindingnya.</li> <li>• hepar <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hati dipisahkan dari duodenum dan lambung</li> <li>• Ditimbang beratnya, dan diukur p,l dan t-nya</li> <li>• Hati diiris menurut ukuran yang terpanjang dari lobus ka → lobus ki.</li> <li>• Irisan lain dibuat sejajar irisan I.</li> </ul> </li> <li>• oesophagus, ventriculus, duodenum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oesophagus dibuka dengan gunting melalui post sampai lambung</li> <li>• Lambung dibuka di curvatura major → diteruskan sampai duodenum</li> </ul> </li> <li>• pancreas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cauda pancreatis diiris melintang</li> <li>• Ductus pancreaticus dibuka dengan gunting sampai papilla vateri di caput pancreatis</li> <li>• Pancreas dilepas dari duodenum → ditimbang</li> <li>• Irisan lain sejajar dengan irisan I</li> </ul> </li> </ul> <p>Tractus urogenitalis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pada orang laki-laki dikeluarkan sebagai satu unit = kedua ren beserta gld. Suprarenalis, ureter, prostat, vesica urinaria dan rectum dikeluarkan tersendiri kedua testis.</li> <li>• Pada orang wanita dikeluarkan sebagai salah satu unit = kedua ren beserta gld. Suprarenalis, ureter, vesica urinaria, uterus, adnexa dan rectum</li> </ul> <p>Gld suprarenalis</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilepaskan secara tajam dari ren → dibersihkan dari jaringan lemak</li> <li>• Gld. suprarenalis ditimbang</li> <li>• Diiris melintang, irisan lain sejajar irisan I</li> </ul> <p>Ren :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilus menghadap kebawah → Ren diiris mulai dari konveksitas ke arah hilus</li> <li>• Ujung gunting dimasukkan ke pelvis renalis → ureter dibuka sampai vesica urinaria</li> <li>• A. Renalis dibuka</li> <li>• Sampai dijepit dengan pinset dan Ren dikupas → ditimbang</li> </ul> <p>Vesica urinaria :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V. Urinaria dibuka dengan gunting mulai dari urethra ke arah cranial</li> </ul> <p>Rectum :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• V. Urinaria diletakkan diatas meja → rectum dibuka dengan gunting dari anal → oral</li> </ul> <p>Vesicula seminalis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rectum dipisahkan dari V. Urinaria → Vesicula seminalis diiris memanjang</li> </ul> <p>Prostat :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prostata dipisahkan dari V. Urinaria → ditimbang</li> <li>• Diiris frontal mulai pertengahan lobus medialis. Irisan lain dibuat sejajar dengan irisan pertama</li> </ul> <p>Testis :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testis, Epididymis, Funiculus Spermaticus dikeluarkan</li> <li>• Funiculus Spermaticus diiris ganda melintang</li> <li>• Tunica Vaginalis dibuka dengan gunting → testis dan Epididymis dikeluarkan. Testis diiris melintang melalui jaringan Testis dan Epididymis</li> </ul> <p>Uterus dan vagina</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterus diukur lebar, panjang, tebal</li> <li>• Vagina dibuka dengan gunting dipertengahan anterior → ujung gunting dimasukkan kedalam canalis cervicalis → uterus dibuka dipertengahan sampai 1cm sebelum fundus uteri → uterus dibuka ke ka dan ki sampai insertio tuba.</li> </ul> <p>Tuba fallopii</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diinsisi melintang berganda dengan pisau atau disonde terlebih dahulu mulai dari bagian fimbrae</li> </ul> <p>Ovarium</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diletakkan antara kain kasa → dijepit antara ibu jari dan jari telunjuk → dibuka menurut diameter yang terpanjang</li> </ul> <p>Trachea dan larynx</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibuka di bagian posterior</li> </ul> <p>Tonsil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diiris pada diameter yang terpanjang</li> </ul> <p>Lingua (lidah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diiris frontal setebal 1 cm</li> </ul> <p>Tulang rawan leher</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Os hyoid</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilago thyreoidea</li> <li>• Cartilago cricoidea</li> <li>• Cartilago arytenoidea</li> </ul> <p>dibersihkan untuk melihat adanya fraktur</p> <p><b>Kepala</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insisi pada kulit kepala mulai dari Mastoid Ka ke Mastoid Ki. melalui Vertex → diperdalam sampai tulang</li> <li>• Kulit kepala bersama galea dikelupas sejauh-jauhnya ke muka dan belakang</li> <li>• Dibuat lingkaran dengan benang → 1½ cm di atas orbita → Protuberantia Occipitalis → digergaji menurut lingkaran tadi</li> <li>• Calvarium dilepaskan secara tumpul dari duramater</li> </ul> <p>Mengeluarkan otak</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• N. Olfactorius + N. Opticus dipotong</li> <li>• A. Carotis Internus dipotong</li> <li>• N. Oculomotorius + Vena-vena dipotong</li> <li>• Tentorium Ka - Ki diinsisi</li> <li>• N. Trigemini + N. Otak lainnya dipotong</li> <li>• N. Cervicalis dipotong</li> <li>• Medulla Spinalis dipotong</li> <li>• Cerebrum dan Cerebellum dapat dikeluarkan</li> </ul> <p>Hypophysis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insisi sirkular pada sella tursica</li> <li>• Processus clinoideus dipatahkan</li> <li>• Duramater yang melekat pada hypophysis diangkat dengan pinset</li> <li>• Hypophysis dilepaskan dengan scalpel dari sella tursica</li> <li>• Hypophysis dipotong menurut diameter yang terbesar</li> </ul> <p>Sinus cavernosum + a. Carotis interna</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibuka dengan gunting bengkok sebelum duramater dilepaskan dari dasar tengkorak</li> </ul> <p>Glandula pinealis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otak diletakkan dengan basis keatas, lobus frontalis ke desektor → cerebellum diangkat sampai terlihat corpora quadrigemina → gld. Pinealis letaknya dimuka corpora quadrigemina</li> </ul> <p><b>Diseksi otak</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Circulus willisi : diperiksa</li> <li>• Cerebellum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dipisahkan dari cerebrum dengan memotong kedua pedunculi cerebri</li> <li>• Cerebellum, pons varoli, medulla oblongata, medulla spinalis dipotong dengan irisan sejajar setebal 1 jari tegak lurus pada sumbu medulla spinalis</li> </ul> </li> <li>• Cerebrum <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diletakkan dengan bagian inferior keatas → diiris pada tempat :</li> <li>• 2 ½ cm di belakang ujung lobus frontalis</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ujung lobus temporalis</li> <li>• Chiasma opticum</li> <li>• Infundibulum</li> <li>• Corpora mamillaria</li> <li>• Pedunculi cerebri</li> <li>• Splenum corpori callosi</li> <li>• 2 ½ cm muka ujung lobus occipitalis</li> </ul> <p><b>spesimen untuk pemeriksaan histopatologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaringan 2 x 3 x ½ cm</li> <li>• Jaringan yang diambil : jaringan yang Makroskopik menunjukkan kelainan</li> <li>• Tidak boleh tertekuk</li> <li>• Tidak boleh dicuci</li> <li>• Bahan Fiksasi : Formaline 10 %</li> <li>• Jumlah pengawet : 20 x bahan yang diambil</li> <li>• Sebelum dikirim ke pusat diiris lagi yang lebih rapi</li> </ul> <p><b>Spesimen untuk pemeriksaan histopatologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaringan 2 x 3 x ½ cm</li> <li>• Jaringan yang diambil : jaringan yang Makroskopik menunjukkan kelainan</li> <li>• Tidak boleh tertekuk</li> <li>• Tidak boleh dicuci</li> <li>• Bahan Fiksasi : Formaline 10 %</li> <li>• Jumlah pengawet : 20 x bahan yang diambil</li> <li>• Sebelum dikirim ke pusat diiris lagi yang lebih rapi</li> </ul> <p>Tempat I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lambung dengan isinya</li> <li>• Usus dengan isinya</li> </ul> <p>Tempat II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ginjal ½ kanan dan ½ kiri</li> <li>• Kandung seni dan isinya</li> </ul> <p>Tempat III</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otak 500 gram</li> <li>• Paru ½ kanan dan ½ kiri</li> <li>• Hati ± 500 gram</li> </ul> <p>Kadang-kadang tempat IV</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rambut, kuku, tulang → intoksikasi arsenicum</li> <li>• Jaringan lemak subcutis → intoksikasi organo phospat</li> <li>• Darah diambil dari V Femoralis → intoksikasi alkohol</li> </ul> <p><b>2. Syarat tempat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bersih</li> <li>- Sedapat-dapatnya baru</li> <li>- Bermulut lebar</li> <li>- Ditungkup rapat → dilapisi dengan paraffin</li> <li>- Diberi label dan segel</li> <li>- Disimpan dalam lemari terkunci</li> </ul> <p><b>3. Bahan Pengawet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dry ice</li> <li>• Es batu</li> <li>• Ethyl Alcohol 95% = volume jaringan</li> <li>• Minuman keras (kadar alkohol 40%)</li> </ul> <p><b>4. Perlu diikutsertakan</b></p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contoh alcohol</li> <li>• Surat permohonan</li> <li>• Berita acara peristiwa keracunan</li> <li>• Laporan otopsi</li> <li>• Berita acara ttg cara membungkus dan memateraikan bahan</li> </ul> <p><b>Pada Penggalian Mayat</b></p> <p>Perlu diambil contoh tanah di atas, di samping, di bawah mayat / peti mayat, kemudian diambil pula contoh tanah sedalam mayat / peti mayat yang letaknya 5 m dari lubang galian</p> <p><b>Spesimen untuk pemeriksaan mikrobiologi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Darah 10cc diambil dengan alat injeksi dari jantung setelah permukaan jantung dibakar dengan spatel yang telah dipanasi spesimen untuk pembiakan</li> <li>• Permukaan limpa / paru-paru dibakar dengan spatel yang telah dipanasi → jaringan diambil sedikit dengan pinset / gunting steril atau permukaan tadi diinsisi dengan spatel steril, kemudian swab dimasukkan ketempat insisi tadi dan dikembalikan ketabungnya</li> <li>• Bahan fiksasi : Disimpan dalam dry ice</li> </ul> <p><b>Spesimen untuk pemeriksaan negri body</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gelas sediaan ditempelkan dan ditekan ringan pada jaringan Hippocampus</li> <li>• Sedian smear : ambil 1 mm<sup>3</sup> jaringan hippocampus → dibuat smear seperti membuat smear darah</li> <li>• Pengecatan dengan cat seller</li> <li>• Bila pengecatan tidak dilakukan segera → difiksir dengan Methyl Alcohol</li> </ul> <p>Pengiriman otak guna diperiksa di lembaga pasteur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otak (3 gram) dimasukkan dalam botol bermulut lebar, yang berisi glycerine → untuk percobaan hewan</li> <li>• Otak (3 gram) diambil dari sepertiga bagian belakang yakni yang mengandung hippocampus → dimasukkan dalam botol berisi alcohol</li> <li>• Dibuat pula preparat impressi (kaca objek ditempelkan dan ditekan sekedar pada penampang otak bagian hippocampus) → difiksir dalam methyl alcohol</li> <li>• Sedian-sedian ini dikirim bersama-sama dengan otak</li> </ul> <p><b>Pemeriksaan emboli udara</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sternum dipisahkan dari tulang iga pada 1 cm medial costo chonral junction sampai dengan iga ii</li> <li>• Pericardium dipisahkan dari sternum</li> <li>• Sternum digergaji setinggi manubrium sterni</li> <li>• Setelah sternum diangkat, pericardium dibuka dengan irisan “y” terbalik → tepi irisan diangkat dengan forcep dan rongga pericardium diisi dengan air</li> <li>• Atrium kanan, ventrikel kanan, a. Pulmonalis ditusuk dengan pisau → bila keluar gelembung udara berarti emboli udara jenis vena ⊕</li> <li>• Atrium kiri, ventrikel kiri, aorta ditusuk dengan pisau → bila keluar gelembung udara kemungkinan :</li> </ul>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Open foramen ovale</li> <li>• Emboli udara arteri</li> </ul> <p><b>PEMERIKSAAN EMBOLI LEMAK</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penyebab : patah tulang panjang, pukulan pada kulit punggung</li> <li>• Cara : jaringan paru dikeraskan dengan uap zat asam arang cair (frozen section) → dengan mikrotom dipotong 20 mikron dan dicat dengan warna sudan III → bahan lemak dalam capillair warna orange</li> </ul> <p><b>B. PEMULASARAN JENASAH COVID 19</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petugas harus menjalankan kewaspadaan standart ketika menangani pasien meninggal akibat pasien menular atau pasien Covid-19.</li> <li>• Petugas wajib menggunakan APD lengkap level 3 dalam menangani jenazah jika pasien Covid-19 meninggal dunia.</li> <li>• Petugas mengevakuasi jenazah ke ruangan menggunkan keranda tertutup.</li> <li>• Jenazah harus terbungkus seluruhnya dalam kantong jenazah yang tidak mudah tembus dan memakai keranda jenazah tertutup sebelum dipindahkan ke Instalasi pemulasaraan jenazah.</li> <li>• Jangan ada kebocoran cairan tubuh yang mencemari bagian luar kantong jenazah.</li> <li>• Proses mensucikan jenazah menggunakan air mengalir, dimana air limbah dibuang pada pembuangan khusus.</li> <li>• Jika keluarga pasien ingin melihat jenazah, diizinkan untuk melihat lewat CCTV yang disediakan.</li> <li>• Petugas wajib menjelaskan kepada pihak keluarga tentang penanganan khusus bagi pasien yang meninggal dengan penyakit menular (agama, adat istiadat dan budaya).</li> <li>• Jenazah tidak boleh dibalsam atau disuntik pengawet.</li> <li>• Jika akan diotopsi harus dilakukan oleh petugas khusus atas dasar persetujuan dan izin dari keluarga dan Direktur Rumah Sakit.</li> <li>• Setelah jenazah selesai disucikan, jenazah dibungkus kain kafan dan plastik erat sesuai aturan agama.</li> <li>• Jenazah dimasukkan ke dalam peti dan tidak boleh dibuka lagi</li> <li>• Jenazah di sholatkan sebagaimana dalam aturan agama islam.</li> <li>• Lalu jenazah diantar oleh mobil jenazah khusus ke tempat pemakaman.</li> </ul> <p><b>3. PEMULASARAN JENASAH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Serah terima dari tranporter jenazah dengan petugas kamar jenazah.</li> </ul>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bukti serah terima jenazah ditandatangani dengan identitas petugas kamar jenazah di buku pengiriman transporter jenazah dan tandatangan identitas transporter jenazah di buku serah terima jenazah petugas kamar jenazah.</li> <li>• Surat pengantar (surat kematian A, B, M, I) kelengkapan dan kesempurnaannya di verifikasi dengan keluarga kalau perlu dokter yang menandatangani surat kematian.</li> <li>• Jenazah segera diregistrasi dan diagenda di buku masuk jenazah kematian wajar meliputi identitas jenazah, diagnosa, waktu dan tempat asal perawatan.</li> <li>• Petugas kamar jenazah melakukan pemeriksaan luar atas izin keluarga untuk verifikasi antara administrasi, jenazah dan keluarga</li> <li>• Apabila status kondisi jenazah belum jelas / ragu-ragu petugas kamar jenazah wajib menghubungi dokter jaga Forensik.</li> <li>• Apabila tahapan penerimaan jenazah sudah selesai maka selanjutnya mengikuti protap penatalaksanaan jenazah dan protap pengambilan/pemulangan jenazah dari kamar jenazah.</li> <li>• Cuci tangan dengan air mengalir</li> <li>• Apabila tahapan penerimaan jenazah sudah selesai maka selanjutnya mengikuti protap penatalaksanaan jenazah dan protap pengambilan/pemulangan jenazah dari kamar jenazah.</li> </ul> <p><b>4. PENDINGINAN JENASAH</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendinginan jenazah dilakukan terhadap jenazah tanpa identitas</li> <li>• Jenazah akan di simpan pada lemari pendingin dengan suhu tertentu untuk mencegah terjadinya pembusukan pada jenazah.</li> <li>• Apabila jenazah telah di ketahui identitasnya maka jenazah akan di keluarkan dari lemari pendingin dan di serahkan pada keluarga korban.</li> <li>• Apabila identitas jenazah tidak diketahui selama 2 kali 24 jam, maka petugas pemulasaran jenazah akan menguburkan jenazah tersebut di pemakaman umum.</li> <li>•</li> </ul>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Waktu dan lama Pelayanan : 24 Jam <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pagi : 07.00 wib – 14.00 wib</li> <li>○ Siang : 14.00 Wib – 21.00 Wib</li> <li>○ Malam : 21.00 Wib – 07.00 Wib</li> </ul>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan B. JKN :







		Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan																																																	
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemulasaran jenazah</li> <li>2. Pemeriksaan Forensik</li> <li>3. Pendinginan jenazah</li> <li>4. Pelayanan Jenazah Penyakit Menular.</li> </ol>																																																	
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com																																																	
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>																																																			
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik																																																	
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Nama Barang</th> <th>Merk</th> <th>Bahan</th> <th>Tahun Pembuatan</th> <th>Kode Barang</th> <th>Jumlah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Meja forensik</td> <td>Lokal</td> <td>Stainless</td> <td>2016</td> <td></td> <td>1 unit</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Meja Memandikan Jenazah</td> <td>Lokal</td> <td>Stainless</td> <td>2016</td> <td></td> <td>1 unit</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Keranda Jenazah</td> <td>Lokal</td> <td>Stainless</td> <td>2016</td> <td></td> <td>1 unit</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Refrigerator / Kulkas</td> <td>Poly/064 M3</td> <td>Besi</td> <td>2016</td> <td>020801 1102</td> <td>1 unit</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Branchard</td> <td>Lokal</td> <td>Besi</td> <td>2016</td> <td></td> <td>1 unit</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Otopsi Forensik Set</td> <td>Lokal</td> <td>Besi</td> <td>-</td> <td></td> <td>1 set</td> </tr> </tbody> </table>	No	Nama Barang	Merk	Bahan	Tahun Pembuatan	Kode Barang	Jumlah	1	Meja forensik	Lokal	Stainless	2016		1 unit	2	Meja Memandikan Jenazah	Lokal	Stainless	2016		1 unit	3	Keranda Jenazah	Lokal	Stainless	2016		1 unit	4	Refrigerator / Kulkas	Poly/064 M3	Besi	2016	020801 1102	1 unit	5	Branchard	Lokal	Besi	2016		1 unit	6	Otopsi Forensik Set	Lokal	Besi	-		1 set
No	Nama Barang	Merk	Bahan	Tahun Pembuatan	Kode Barang	Jumlah																																													
1	Meja forensik	Lokal	Stainless	2016		1 unit																																													
2	Meja Memandikan Jenazah	Lokal	Stainless	2016		1 unit																																													
3	Keranda Jenazah	Lokal	Stainless	2016		1 unit																																													
4	Refrigerator / Kulkas	Poly/064 M3	Besi	2016	020801 1102	1 unit																																													
5	Branchard	Lokal	Besi	2016		1 unit																																													
6	Otopsi Forensik Set	Lokal	Besi	-		1 set																																													
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kepala unit Pemulasaran Jenazah</li> <li>2. Administrasi Umum</li> <li>3. Petugas Pemulasaran Jenazah</li> </ol>																																																	
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait																																																	
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 KA. Pemulasaran Jenazah</li> <li>2 Administrasi Umum</li> <li>3 Petugas Pemulasaran Jenazah</li> <li>4 Petugas Kebersihan</li> </ol>																																																	
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>																																																	
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> </ol>																																																	



		c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 16. Instalasi Kesehatan Lingkungan



NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan dan Pemeliharaan Taman</li> <li>2. Pengambilan Sampah Medis dan Non Medis</li> <li>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit</li> <li>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan</li> <li>5. Penyehatan Bangunan</li> </ol>
2	Sistem,Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p>Kebersihan dan Pemeliharaan Taman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kesling melakukan kegiatan kebersihan dan pemeliharaan taman, petugas menggunakan APD lengkap</li> <li>▪ Pengambilan sampah Non Medis dilakukan 2 kali sehari dilakukan pagi dan siang hari</li> <li>▪ Pemotongan rumput dilakukan seminggu 4 kali pada area yang sudah ditentukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeliharaan dan pemupukan tanaman</li> <li>▪ Penyiraman bunga dilakukan setiap pagi</li> <li>▪ Pemangkasan tanaman dilakukan setiap hari dengan berbeda area</li> </ul> <p>2. Pengambilan Sampah Medis dan Non Medis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sampah medis yang sudah dipilah dari ruangan, dimasukkan ke plastik kuning</li> <li>▪ Sampah non medis yang sudah dipilah dari ruangan, dimasukkan ke plastik hitam</li> <li>▪ Sampah yang sudah didalam plastik akan dibawa ke TPS memakai troli sampah sesuai waktu yang telah ditentukan dengan memakai APD</li> <li>▪ Sampah medis akan ditempatkan ke ruang penampungan sampah medis selama kurang lebih 24 jam</li> <li>▪ Sampah medis diambil seminggu 4 kali sesuai jadwal yang sudah ditentukan untuk dimusnahkan</li> <li>▪ Sampah non medis yang terkumpul dimasukkan kedalam container dan di angkut oleh petugas DLH</li> </ul> <p>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan alat operasional Pengolahan limbah dilakukan setiap hari pada pagi dan sore</li> <li>▪ Melakukan pdan memastikan cairan Chlorin setiap hari</li> <li>▪ Mencatat debit air IPAL setiap hari</li> <li>▪ Pengurasan kolam indikator IPAL dilakukan seminggu sekali</li> <li>▪ Melakukan maentanance tangki pengolahan seminggu sekali</li> <li>▪ Melakukan pembersihan screening Inlet setiap hari</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan sumpit dilakukan setiap hari</li> <li>▪ Pengecekan pompa summersible dilakukan setiap hari</li> <li>▪ Pembersihan pompa summersible dilakukan seminggu sekali sesuai jadwal</li> <li>▪ Memastikan jaringan pipa menuju IPAL berfungsi )tidak bocor/macet).</li> <li>▪ Melakukan tindak lanjut jika ad keluhan pada saluran air kotor pada setiap ruangan</li> </ul> <p>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu air bersih dilakukan 1 bulan sekali sesuai jadwal.</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu air kotor (IPAL) dilakukan 1 bulan sekali sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu makanan dan minuman dilakukan sesuai jadwal.</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab lantai dilakukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab alat medis dilakukan sesuai jadwal.</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu udara ambient dan udara ruang dilakukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab AC dilakukan sesuai jadwal</li> </ul> <p>5. Penyehatan Bangunan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan fasilitas sanitasi ruangan</li> </ul>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan dan Pemeliharaan Taman, setiap hari jam 08.00 sesuai area sampai selesai</li> <li>2. Pengambilan Sampah Medis dilakukan pada pagi hari jam 06.00-07.00, siang jam 12.00-13.00, malam jam 19.00-20.00 dan Non Medis pada pagi hari jam 06.00-07.00 siang jam 12.00-13.00, malam jam 19.00-20.00</li> <li>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit setiap pagi jam 08-00 hingga selesai</li> <li>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan dilakukan setiap bulan sesuai jadwal</li> <li>5. Penyehatan Bangunan, setiap pagi jam 08-00 hingga selesai</li> </ol>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	-
5	Produk layanan	Pelayanan Kesling seluruh area Rumah Sakit
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	Fasilitas Ruangan : 1. Kantor Kesling

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Tmpat pengolahan Limbah cair (IPAL)</li> <li>3. TPS</li> <li>4. Pompa Summersible</li> <li>5. Mesin potong rumput</li> <li>6. Mesin pompa air (Alkon)</li> <li>7. Kendaraan roda tiga</li> <li>8. Bak Sampah</li> <li>9. Kontainer</li> <li>10. Pupuk dan obat Hama</li> <li>11. Sanitarian Kit</li> <li>12. Troli barang</li> <li>13. Sapu Lidi</li> <li>14. Gunting Bunga</li> <li>15. Celurit</li> <li>16. Cangkul</li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kualifikasi Pendidikan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi minimal S1 atau D3 kesehatan yang sudah berpengalaman di bidang Kesehatan Lingkungan</li> <li>• Administrasi minimal DIII Kesehatan</li> <li>• Pelaksana minimal SMA Sederajat</li> </ul> </li> <li>2. Menguasai computer</li> <li>3. Menguasai tata bahasa yang baik</li> <li>4. Memahami peraturan perundang-undangan</li> </ol>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1 orang Ka.Instalasi</li> <li>2. 4 orang Sanitarian</li> <li>3. 1 orang Teknik Lingkungan</li> <li>4. 7 orang untuk Pramu Kebersian</li> <li>5. 3 orang untuk Pranata Taman</li> </ol>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

### 17. Instalasi Pemeliharaan Sarana

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan dan Pemeliharaan Taman</li> <li>2. Pengambilan Sampah Medis dan Non Medis</li> <li>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit</li> <li>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan</li> <li>5. Penyehatan Bangunan</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p>Kebersihan dan Pemeliharaan Taman</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kesling melakukan kegiatan kebersihan dan pemeliharaan taman, petugas menggunakan APD lengkap</li> <li>▪ Pengambilan sampah Non Medis dilakukan 2 kali sehari dilakukan pagi dan siang hari</li> <li>▪ Pemotongan rumput dilakukan seminggu 4 kali pada area yang sudah ditentukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeliharaan dan pemupukan tanaman</li> <li>▪ Penyiraman bunga dilakukan setiap pagi</li> <li>▪ Pemangkasan tanaman dilakukan setiap hari dengan berbeda area</li> </ul> <p>2. Pengambilan Sampah Medis dan Non Medis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sampah medis yang sudah dipilah dari ruangan, dimasukkan ke plastik kuning</li> <li>▪ Sampah non medis yang sudah dipilah dari ruangan, dimasukkan ke plastik hitam</li> <li>▪ Sampah yang sudah didalam plastik akan dibawa ke TPS memakai troli sampah sesuai waktu yang telah ditentukan dengan memakai APD</li> <li>▪ Sampah medis akan ditempatkan ke ruang penampungan sampah medis selama kurang lebih 24 jam</li> <li>▪ Sampah medis diambil seminggu 4 kali sesuai jadwal yang sudah ditentukan untuk dimusnahkan</li> <li>▪ Sampah non medis yang terkumpul dimasukkan kedalam container dan di angkut oleh petugas DLH</li> </ul> <p>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan alat operasional Pengolahan limbah dilakukan setiap hari pada pagi dan sore</li> <li>▪ Melakukan pdan memastikan cairan Chlorin setiap hari</li> <li>▪ Mencatat debit air IPAL setiap hari</li> <li>▪ Pengurasan kolam indikator IPAL dilakukan seminggu sekali</li> <li>▪ Melakukan maentenance tangki pengolahan seminggu sekali</li> <li>▪ Melakukan pembersihan screening Inlet setiap hari</li> <li>▪ Pengecekan sumpit dilakukan setiap hari</li> <li>▪ Pengecekan pompa summersible dilakukan setiap hari</li> <li>▪ Pembersihan pompa summersible dilakukan seminggu sekali sesuai jadwal</li> <li>▪ Memastikan jaringan pipa menuju IPAL berfungsi</li> </ul>

		<p>)tidak bocor/macet).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Melakukan tindak lanjut jika ad keluhan pada saluran air kotor pada setiap ruangan</li> </ul> <p>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Periksaan baku mutu air bersih dilakukan 1 bulan sekali sesuai jadwal.</li> <li>▪ Periksaan baku mutu air kotor (IPAL) dilakukan 1 bulan sekali sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu makanan dan minuman dilakukan sesuai jadwal.</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab lantai dilakukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab alat medis dilakukan sesuai jadwal.</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu udara ambient dan udara ruang dilakukan sesuai jadwal</li> <li>▪ Pemeriksaan baku mutu swab AC dilakukan sesuai jadwal</li> </ul> <p>5. Penyehatan Bangunan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pengecekan fasilitas sanitasi ruangan</li> </ul>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan dan Pemeliharaan Taman, setiap hari jam 08.00 sesuai area sampai selesai</li> <li>2. Pengambilan Sampah Medis dilakukan pada pagi hari jam 06.00-07.00, siang jam 12.00-13.00, malam jam 19.00-20.00 dan Non Medis pada pagi hari jam 06.00-07.00 siang jam 12.00-13.00, malam jam 19.00-20.00</li> <li>3. Pengelolaan IPAL dan Sumpit setiap pagi jam 08-00 hingga selesai</li> <li>4. Pemeriksaan Baku Mutu Lingkungan dilakukan setiap bulan sesuai jadwal</li> <li>5. Penyehatan Bangunan, setiap pagi jam 08-00 hingga selesai</li> </ol>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	-
5	Produk layanan	Pelayanan Kesling seluruh area Rumah Sakit
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<p>Fasilitas Ruangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kantor Kesling</li> <li>2. Tmpat pengolahan Limbah cair (IPAL)</li> <li>3. TPS</li> <li>4. Pompa Summersible</li> <li>5. Mesin potong rumput</li> <li>6. Mesin pompa air (Alkon)</li> <li>7. Kendaraan roda tiga</li> <li>8. Bak Sampah</li> <li>9. Kontainer</li> </ol>

		10. Pupuk dan obat Hama 11. Sanitarian Kit 12. Troli barang 13. Sapu Lidi 14. Gunting Bunga 15. Celurit 16. Cangkul
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	1) Kualifikasi Pendidikan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepala Instalasi minimal S1 atau D3 kesehatan yang sudah berpengalaman di bidang Kesehatan Lingkungan</li> <li>• Administrasi minimal DIII Kesehatan</li> <li>• Pelaksana minimal SMA Sederajat</li> </ul> 2) Menguasai computer 3) Menguasai tata bahasa yang baik <b>4) Memahami peraturan perundang-undangan</b>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	1. 1 orang Ka.Instalasi 2. 4 orang Sanitarian 3. 1 orang Teknik Lingkungan 4. 7 orang untuk Pramu Kebersihan 5. 3 orang untuk Pranata Taman
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana. c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun

## 18. Pelayanan Admisi dan Rekam Medik

### o Pelayanan Admisi

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kartu Identitas</li> <li>2. Kartu berobat</li> <li>3. Kartu Penjamin (BPJS/KIS, Asuransi Lain)</li> <li>4. Surat Rujukan</li> <li>5. Lembar MRS (Masuk Rumah Sakit)</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pedoman Pelayanan Rekam Medik</li> <li>2. Alur Pendaftaran Pasien Rawat Jalan.</li> <li>3. Alur Pendaftaran Pasien Rawat Inap.</li> <li>4. SPO Administrasi Pendaftaran dan Rekam Medik</li> </ol> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;"><b>Alur Pendaftaran Pasien IGD dan Rawat Inap</b></p> <pre> graph TD     Pasien --&gt; TRIASE     TRIASE --&gt; PENDAFTARAN_IGD[PENDAFTARAN IGD]     PENDAFTARAN_IGD --&gt; PEMERIKSAAN     PEMERIKSAAN --&gt; MRS     PEMERIKSAAN --&gt; PULANG_RUJUK[PULANG/RUJUK]     MRS --&gt; PENDAFTARAN_RAWAT_INAP[PENDAFTARAN RAWAT INAP]                     </pre> </div>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• IGD dan Rawat Inap : 24 Jam</li> <li>• Rawat Jalan : 07.00 – 12.00 WIB (Shift 1) 13.00 – 16.00 WIB (Shift 2)</li> </ul>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kartu Berobat</li> <li>1. General Consent</li> <li>2. Surat Pernyataan Masuk Rumah Sakit</li> <li>3. SEP Rawat Jalan</li> <li>4. SEP Rawat Inap</li> <li>5. Dokumen Rekam Medik</li> </ol>
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>✉ : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p>☎ : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p>📘 : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p>📷 : @rsudsyamrabu</p> <p>🌐 : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p>📺 : humarsudsyamrabu2020@gmail.com</p>

<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sarana: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kursi, meja, komputer, ATK, printer, ADM, Dokumen Rekam Medis</li> </ul> </li> <li>2. Prasarana: <ul style="list-style-type: none"> <li>-tempat pelayanan registrasi IGD, Rawat Inap dan Rawat Jalan,</li> </ul> </li> </ol>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o SARJANA</li> <li>o DII</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Diawasi langsung oleh Kepala Ruang/Instalasi dan Bidang terkait
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o DIII Kebidanan : 13 orang</li> <li>o S1 : 2 orang</li> </ul>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi kinerja dilakukan setiap bulan ,dan dilakukan melalui SKP pada akhir tahun









o **Rekam Medik**

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	Surat Keputusan Direktur tentang a. Pedoman Pengorganisasian Instalasi Rekam Medis b. Hasil Kredensial dan Surat Penugasan Petugas RM
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pedoman Pelayanan Rekam Medis</li> <li>2. SPO Pengolahan Rekam Medis</li> <li>3. Alur Berkas Rekam Medis</li> </ol> <pre> graph TD     A[Penerimaan Rekam Medis Rawat Inap] --&gt; B[Assembling]     B --&gt; C[Coding]     C --&gt; D[Entry Data]     D --&gt; E[Pengolahan Data dan Pelaporan]     E --&gt; F[Filing]          G[Pengambilan Rekam Medis Rawat Jalan] --&gt; H[Distribusi Poliklinik]     H --&gt; I[Pengembalian dari Poliklinik]     I --&gt; F     </pre>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Rawat Inap : 2x24 jam Rawat Jalan: 1x24 jam
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Umum : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan Nomor 31 Tahun 2021</li> <li>2. JKN : Permenkes Nomor 3 Tahun 2023</li> <li>3. KSO/Asuransi Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan Nomor 31 Tahun 2021</li> </ol>
5	Produk Pelayanan	Dokumen Rekam Medis
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	SK Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarana: Kursi, meja, komputer, troli distribusi RM, tangga, tracer, lemari RM, ATK, printer</li> <li>- Prasarana: Ruang penyimpanan rekam medis, Tempat Pengolah Data</li> </ul>

3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DIII Perekam Medis : 3 orang</li> <li>- DIV Perekam Medis : 1 orang</li> <li>- DIII Kebidanan : 1 orang</li> <li>- S1 : 6 orang</li> <li>- SMA : 12 orang</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Supervisi atasan langsung</li> <li>- Satuan Pengawas Internal</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penerimaan Rekam Medis Rawat Inap : 1 orang</li> <li>2. Assembling : 1 orang</li> <li>3. Coding : 2 orang</li> <li>4. Entry Data : 3 orang</li> <li>5. Pengolahan Data dan Pelaporan : 1 orang</li> <li>6. Distribusi Rawat Jalan : 5 orang</li> <li>7. Filing Rawat Jalan : 5 orang</li> <li>8. Filing Rawat Inap : 2 orang</li> <li>9. Scanner : 3 orang</li> </ol>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Dilakukan Evaluasi setiap 1 bulan sekali







### 19. Pelayanan Kasir

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menunjukkan Kartu Identitas (Kartu kunjungan/ KTP)</li> <li>- Menunjukkan Barcode yang sudah dicetak oleh bagian Pendaftaran</li> <li>- Transaksi Pembayaran dengan Cara tunai (Cash)</li> <li>- Transaksi pembayaran dengan cara Non Tunai</li> </ul>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b>Pasien Rawat Jalan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien/Keluarga mengambil no antrian pasien Umum di Bagian Security</li> <li>2. Pasien menuju Ke kasir untuk membayar Karcis</li> <li>3. Pasien mendapatkan tanda Bukti pembayaran karcis</li> <li>4. Pasien daftar di loket Pendaftaran sesuai antrian</li> <li>5. Pasien menuju Poliklinik untuk di berikan pelayanan Kesehatan</li> </ol>

		<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pasien menuju bagian penunjang apabila ada pemeriksaan Penunjang</li> <li>7. Pasien membayar ke kasir , pelayanan Kesehatan yang sudah dilakukan.</li> <li>8. Petugas Melakukan Cek ke SIM RS</li> <li>9. Pasien Membayar sesuai Tagihan</li> <li>10. Petugas kasir Mencetak Kwitansi Pembayaran</li> <li>11. Pasien Pulang</li> </ol> <p><b>Pasien IGD</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mendapat Pelayanan Kesehatan di IGD</li> <li>2. Pasien dinyatakan Pulang</li> <li>3. Keluarga membayar tagihan Pelayanan Kesehatan di Kasir</li> <li>4. Petugas melakukan cek ke SIM RS</li> <li>5. Keluarga membayar sesuai tagihan</li> <li>6. Petugas Kasir Mencetak kwitansi Pembayaran</li> <li>7. Pasien Pulang</li> </ol> <p><b>Pasien Rawat Inap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dinyatakan Masuk Rumah Sakit (MRS)</li> <li>2. Pasien mendapatkan Pelayanan Kesehatan Di Ruang Rawat Inap</li> <li>3. Pasien dinyatakan Pulang</li> <li>4. Keluarga membayar Tagihan Pelayanan Rawat Inap di Kasir</li> <li>5. Petugas Kasir Melakukan Cek ke SIM RS</li> <li>6. Keluarga membayar sesuai Tagihan</li> <li>7. Petugas Kasir mencetak Kwitansi Pembayaran</li> <li>8. Pasien Pulang</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	± 5 menit s/d 15 menit
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /A suransi Pihak Ketiga : Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan</p> <p>B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan</p>
5	Produk layanan	Kwitansi tanda bukti telah membayar
6	Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humarsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer</li> <li>- Jaringan Internet</li> <li>- SIM RS</li> </ul>







		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Printer</li> <li>- Mesin EDC</li> <li>- Mesin Penghitung uang</li> <li>- Mesin Pendeteksi Uang Palsu</li> <li>- Brankas Penyimpan Uang</li> <li>- Kertas 3 ply</li> <li>- Sound system</li> <li>- Pita Printer</li> <li>- ATK</li> <li>- Meja</li> <li>- Kursi</li> <li>- Telepon PAPx</li> <li>- Hand Phone Ruangan</li> <li>- CCTV</li> <li>- Stempel Lunas</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Sarjana S1/ D4 (Bisa Komputer)</li> <li>o SMA yang sederajat (yang sudah terlatih dan bisa komputer)</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>o Monitoring &amp; Evaluasi setiap hari</li> <li>o Supervisi oleh Kepala Bagian Keuangan &amp; Akuntansi</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	<p>6 orang kasir Terdiri :</p> <p><b>Shift Pagi : 4 orang</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 FO kasir Depan</li> <li>2. 2 Kasir Dalam</li> </ol> <p><b>Shift siang : 1 orang</b></p> <p><b>Shift Malam : 1 orang</b></p> <p>Bendahara Penerimaan : 1</p> <p>Pengolah data Penerimaan : 1 orang</p> <p>Tenaga administrasi : 1 orang</p>
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> </ol> </li> <li>1. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>2. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi terhadap standar Pelayanan ini dilakukan maksimal 2 kali dalam satu tahun untuk selanjutnya dilakukan untuk menjaga dan meningkatkan mutu serta kinerja pelayanan Kasir.

## 20. Pelayanan Pengaduan

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pengaduan secara lisan dan tertulis</li> <li>○ Pengaduan melalui medsos</li> <li>○ Identitas resmi dari pengadu</li> </ul>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengadu menyampaikan aduannya secara lisan dan tertulis</li> <li>2. Petugas menanggapi dan mencatat atau merekam keluhan atau kendala pelayanan yang dialami pasien/keluarga pasien</li> <li>3. Petugas melakukan koordinasi kepada pihak terkait untuk menyelesaikan keluhan yang terjadi dalam pelayanan</li> <li>4. Apabila kendala pelayanan belum dapat diatasi oleh kepala unit, petugas melakukan konsultasi lanjutan kepada pihak Direksi, untuk kasus-kasus yang membutuhkan kebijakan menjadi kewenangan Direktur</li> <li>5. Hasil koordinasi yang berhubungan dengan kebijakan disampaikan kepada pelapor pengaduan, bila berhubungan dengan fasilitas dan sarana, Tim teknis segera melakukan perbaikan sarana</li> <li>6. Insiden pengaduan dicatat sebagai bahan evaluasi serta dilaporkan kepada pimpinan setiap triwulan/tahunan</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	Maksimal 1-3 hari kerja, tergantung berat/ringannya pengaduan
4	Biaya /Tarif Pelayanan	-
5	Produk Pelayanan	Penanganan Pengaduan Masyarakat
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	<p>  : eres_bangkalan@yahoo.co.id   : Pengaduan : 0812-5252-5117   : RSUD Syamrabu Bkl   : @rsudsyamrabu   : rsud.bangkalankab.go.id   : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com </p>
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer</li> <li>- Jaringan Internet</li> <li>- SIM RS</li> <li>- Printer</li> <li>- Kertas</li> <li>- ATK</li> <li>- Meja</li> <li>- Kursi</li> <li>- Telepon PAPx</li> <li>- Hand Phone Ruangan</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarjana Ekonomi</li> <li>- D3 (Kebidanan)</li> <li>- SMA</li> </ul>

		- Jujur dan Amanah
4	Pengawasan Internal Pelayanan	- Monitoring & Evaluasi setiap hari - Supervisi oleh Kepala Instalasi Promkes
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	6 orang Terdiri : Shift Pagi : 1 orang dan 1 orang koordinator Shift siang : 1 orang Shift Malam : 1 orang
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi dilakukan tiap bulan berupa laporan bulanan dan diteruskan kepada Direktur UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan

## 21. Pelayanan Promosi Kesehatan

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promosi kesehatan secara konseling, kelompok,</li> <li>2. Promosi kesehatan melalui media poster, banner, media massa</li> <li>3. Promosi kesehatan melalui medsos</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Promotor langsung mengunjungi pasien/keluarga pasien</li> <li>2. Promosi dengan mengumpulkan keluarga pasien/pengunjung pasien</li> <li>3. Mencetak poster atau banner edukasi kesehatan</li> <li>4. Melakukan dialog interaktif dengan PPA untuk live streaming di medsos</li> <li>5. Membuat materi edukasi kesehatan untuk dimuat dalam media massa</li> </ol>
3	Jangka Waktu Pelayanan	15-30 menit
4	Biaya /Tarif Pelayanan	-
5	Produk Pelayanan	Pendidikan Kesehatan
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang

		Penetapan Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Komputer</li> <li>- Jaringan Internet</li> <li>- SIM RS</li> <li>- Printer</li> <li>- Kertas</li> <li>- ATK</li> <li>- Sound system</li> <li>- Media promosi : Lefleat, Banner, poster, Tv Edukasi</li> <li>- Media Sosial : Facebook, Instagram, Youtube</li> <li>- Media Massa : Koran</li> <li>- Meja</li> <li>- Kursi</li> <li>- Telepon PABx</li> <li>- Hand Phone Ruangan</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sarjana Keperawatan</li> <li>- Sarjana Kesehatan Masyarakat</li> <li>- D III Teknik Informatika</li> <li>- SMA</li> </ul>
4	Pengawasan Internal Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring &amp; Evaluasi setiap hari</li> <li>- Supervisi oleh Kepala Instalasi Promkes</li> </ul>
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	5 orang Terdiri : 1 Orang Kepala Instalasi Promkes dan 4 orang staf
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Evaluasi dilakukan tiap bulan berupa laporan bulanan Laporan Tahunan kepada Direktur UOBK RSUD Syamrabu Bangkalan







## 22. Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan

NO	KOMPONEN	URAIAN
<b>A. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>		
1	Persyaratan pelayanan	<b>Pendidikan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institusi Pendidikan memiliki Mou tentang pelaksanaan Pendidikan, penelitian dan pengabdian masyarakat</li> <li>2. Proposal kegiatan pendidikan klinik/praktek kerja lapangan</li> <li>3. Buku panduan/juknis tentang kegiatan Pendidikan klinik/praktek kerja lapangan</li> </ol>

		<p>Sertifikat kompetensi dasar pre klinik</p> <p><b>Pelatihan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nota Dinas Permohonan Pelatihan/ telaaf staf</li> <li>2. Kerangka Acuan Kegiatan (KAK) Pelatihan</li> <li>3. Brosur Penawaran Pelatihan</li> <li>4. Surat Pemanggilan Pelatihan</li> </ol>
2	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<p><b>Pendidikan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institusi Pendidikan mengajukan proposal tentang kegiatan pendidikan klinik / praktik kerja lapangan kepada Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</li> <li>2. Instansi Diklat menerima surat atau proposal yang telat diberikan disposisi dari direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</li> <li>3. Instansi Diklat berkoordinasi dengan Bagian Komkordik terkait MOU antara institusi pengirim peserta Pendidikan klinik / praktek kerja lapangan dan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</li> <li>4. Berkoodinasi dengan Bidang Diklat terkait (Keperawatan / PPI / Komkordik / Komite Nakes / Komite Medik / Bagian Umum )</li> <li>5. UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan memberikan balasan atas proposal atau surat permohonan pembelajaran klinik ke institusi pengirim peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</li> <li>6. Bidang Diklat berkoordinasi dengan institusi pengirim terkait pelaksanaan rapat koordinasi pra pembelajaran klinik</li> <li>7. Institusi pengirim peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan berkerjasama dengan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan untuk memberikan pelatihan kompetensi dasar pre klinik ( SKP, PPI, PMKP, Soft Skill)</li> <li>8. Peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan mendapatkan sertifikat pelatihan kompetensi dasar pre klinik</li> <li>9. Institusi pengirim peserta pendidikan klinik / praktik kerja lapangan menyerahkan Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan pada hari pertama tanggal masa Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</li> <li>10. Peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan diorientasikan terkait lingkungan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</li> <li>11. Peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan melaksanakan kegiatan Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan sesuai dengan kompetensi yang tercantum dalam juknis kegiatan Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</li> <li>12. Peserta berhak mendapatkan informasi tentang hasil kegiatan Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan</li> <li>13. Institusi pengirim Pendidikan klinik / Pratik kerja lapangan mendapatkan nilai hasil kegiatan Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan setelah masa</li> </ol>



		<p>Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan selesai</p> <p>14. Institusi menerima kembali peserta Pendidikan klinik / praktik kerja lapangan dari UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</p> <p><b>Pelatihan</b></p> <p>5. Pengusul mengajukan Nota Dinas permohonan fasilitasi pelatihan yang dilampiri dengan KAK yang ditujukan kepada Direktur untuk pelatihan internal serta Nota Dinas permohonan pelatihan yang dilampiri brosur penawaran untuk pelatihan eksternal.</p> <p>6. Pengusul mengajukan nota dinas beserta lampiran melalui Seksi Pendidikan dan Pelatihan.</p> <p>7. Untuk pelatihan internal, apabila unit kerja pengusul tidak dapat memenuhi permohonan fasilitasi maksimal H-7 sebelum pelaksanaan pelatihan, maka Seksi Pendidikan dan Pelatihan dapat langsung melakukan persiapan pelatihan di tahap selanjutnya. Apabila pelatihan internal yang direncanakan sifatnya urgent dan mendadak maksimal H-7 sebelum pelaksanaan dapat difasilitasi apabila :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>unit kerja pengusul proaktif</li> <li>data peserta sudah tersedia</li> <li>narasumber sudah disediakan</li> </ol> <p>4. Berkas permohonan pelatihan yang sudah masuk ke Seksi Pendidikan dan Penelitian akan diproses</p> <p>5. Berkas permohonan pelatihan yang sudah mendapatkan persetujuan akan diproses oleh petugas untuk dibuatkan nota dinas pendelegasian peserta pelatihan yang ditujukan kepada Kepala Bidang, Kepala Bagian, Kepala Instalasi, atau Ketua Komite.</p> <p>6. Untuk pelaksanaan pelatihan internal, petugas dari Seksi Pendidikan dan Pelatihan mempersiapkan kebutuhan pelatihan serta membuat dan mengedarkan undangan peserta pelatihan.</p> <p>7. Untuk pelaksanaan pelatihan eksternal, petugas dari Seksi Pendidikan dan Pelatihan akan menghubungi panitia penyelenggara pelatihan untuk proses pendaftaran dan mempersiapkan dokumen administrasi meliputi SPT dan SPD untuk peserta pelatihan.</p> <p>Peserta pelatihan mengikuti kegiatan sesuai dengan waktu yang dijadwalkan.</p>
3	Jangka Waktu Pelayanan	<p><b>Pendidikan</b></p> <p>Jangka waktu disesuaikan dengan proposal dan juknis pencapaian kompetensi dari institusi pengirim peserta Pendidikan klinik / praktek kerja lapangan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</p> <p><b>Pelatihan</b></p> <p>Permohonan pelatihan diajukan maksimal 7 hari sebelum kegiatan dilaksanakan</p>
4	Biaya /Tarif Pelayanan	<p>A. Biaya Pelayanan px umum /Asuransi Pihak Ketiga :          Sesuai Peraturan Bupati Bangkalan No 31 tahun 2021 tentang Tarif Pelayanan Kesehatan di UOBK RSUD</p>

		Syamrabu Bangkalan B. JKN : Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5	Produk layanan	Pelayanan Pendidikan dan Pelatihan
6	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	 : eres_bangkalan@yahoo.co.id  : Pengaduan : 0812-5252-5117  : RSUD Syamrabu Bkl  : @rsudsyamrabu  : rsud.bangkalankab.go.id  : humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
<b>B. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>		
1	Dasar Hukum	Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Nomor 188/224/433.102.01/2022 Tentang Standar Pelayanan Publik
2	Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Komputer</li> <li>○ Telepon Internal</li> <li>○ Alat Tulis</li> <li>○ Printer</li> <li>○ Sertifikat</li> </ul>
3	Kompetensi Pelaksana Pelayanan	Petugas Pendidikan dan pelatihan minimal Pendidikan Administrator Kesehatan
4	Pengawasan Internal Pelayanan	Dilakukan oleh : 1. Direktur 2. Wakil direktur penunjang pelayanan, Pendidikan dan pelatihan 3. Kepala Bidang Pendidikan dan pelatihan Administrator Kesehatan Ahli Muda
5	Jumlah Pelaksana Pelayanan	Personil terdiri dari : Kepala Bidang Pendidikan dan pelatihan 1 Administrator Kesehatan Ahli Muda 1 Staf 1
6	Jaminan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ul> </li> </ul>
7	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ul>
8	Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penilaian kinerja setiap tahun sekali</li> <li>2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM)</li> <li>3. Laporan bulanan pelayanan</li> </ol>

		4. Rapat Unit 5. Indikator Mutu Unit
--	--	---

### 23. Pelayanan, Penelitian dan Pengembangan

NO		KOMPONEN	URAIAN
	<b>A.</b>	<b>B. Proses Penyampaian Pelayanan ( Service Delivery)</b>	
1		Persyaratan pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Surat permohonan izin penelitian dari institusi di tujukan ke direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan</li> <li>2. Surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Bangkalan</li> <li>3. Proposal penelitian yang sudah disetujui oleh pembimbing (Lulus siding Uji Proposal)</li> <li>4. Surat permohonan pembimbing lapangan Surat laik etik (Ethical Clearance) untuk penelitian klinik dengan subyek manusia/ hewan/ specimen klinik/ rekam medik</li> </ol>
2		Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peneliti memasukkan berkas persyaratan ke sub bagian Tata Usaha dan Rumah Tangga</li> <li>2. Untuk penelitian klinis dengan subyek manusia/ hewan/ specimen klinik/ rekam medis pasien, maka terlebih dahulu peneliti harus mengisi protocol etik penelitian secara online di: <a href="https://sim-epk-keppkn.kemkes.go.id">https://sim-epk-keppkn.kemkes.go.id</a></li> <li>3. Protocol etik penelitian yang sudah mendapatkan persetujuan dari Komite Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) akan mendapatkan surat "Laik Etik" (Ethical Clearance)</li> <li>4. Berkas persyaratan penelitian yang sudah masuk ke seksi penelitian dan pengembangan oleh petugas dimintakan persetujuan ke unit terkait yang menjadi tempat penelitian</li> <li>5. Berkas penelitian yang sudah mendapatkan persetujuan, diproses oleh petugas untuk dibuatkan surat jawaban dan nota dinas pengantar penelitian</li> <li>6. Peneliti membayar biaya penelitian dan mengisi formulir surat pernyataan penelitian serta mendapatkan bukti pembayaran Petugas Litbang menyerahkan surat jawaban penelitian, nota dinas pengantar penelitian, dan lembar monitoring penelitian kepada peneliti</li> </ol>
3		Jangka Waktu Pelayanan	a. Penelitian Non Klinis: maksimal 14 hari kerja

			<p>b. Penelitian Klinis dengan subjek manusia/ hewan/ specimen klinis/ rekam medis pasien :</p> <p>c. Apabila memerlukan presentasi maksimal 21 hari kerja (tergantung kecepatan revisi dari peneliti)</p> <p>d. Apabila tidak memerlukan presentasi maksimal 21 hari kerja (tergantung kecepatan revisi dari peneliti)</p>
4		Biaya /Tarif Pelayanan	Peraturan Bupati Nomor 31 Tahun 2021 tentang tarif pelayanan Kesehatan pada unit organisasi bersifat khusus (UOBK)
5		Produk layanan	Pelayanan Penelitian Internal dan Eksternal
6		Penanganan Pengaduan,Saran dan Masukan	<p> : eres_bangkalan@yahoo.co.id</p> <p> : Pengaduan : 0812-5252-5117</p> <p> : RSUD Syamrabu Bkl</p> <p> : @rsudsyamrabu</p> <p> : rsud.bangkalankab.go.id</p> <p> : humarsudsyamrabu2020@gmail.com</p>
<b>D. Proses Pengelolaan Pelayanan (Manufacturing)</b>			
1		Dasar Hukum	Peraturan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Nomor 188/224/433.102.01/2021 tentang Penetapan Standar Pelayanan Publik
2		Sarana, Prasarana dan/atau Fasilitas Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komputer</li> <li>2. Meja</li> <li>3. Kursi</li> <li>4. Aplikasi Layanan</li> <li>5. Perpustakaan</li> <li>6. Surat Balasan Penelitian</li> <li>7. Surat Pengantar penelitian ke Unit terkait</li> <li>8. Formulir Lembar Monitoring</li> </ol>
3		Kompetensi Pelaksana Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Administrator Kesehatan</li> <li>2. Penyusun Penelitian dan Pengembangan</li> </ol>
4		Pengawasan Internal Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Direktur melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting</li> <li>2. Wadir Penunjang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian melakukan pengawasan secara periodik melalui rapat evaluasi setiap bulan dan rapat sewaktu-waktu dalam keadaan yang dianggap penting</li> <li>3. Kepala Bidang Penelitian dan Pengembangan melakukan verifikasi dokumen perijinan dan atau rapat tim teknis</li> </ol>
5		Jumlah Pelaksana Pelayanan	<p>Kepala Bidan 1 orang</p> <p>Kepala Seksi 1 orang</p>

			Staff 2 orang
6		Jaminan Pelayanan	6 (enam) sasaran keselamatan pasien yaitu : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ketepatan identifikasi pasien</li> <li>2. Peningkatan komunikasi yang efektif</li> <li>3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (high alert)</li> <li>4. Kepastian tepat lokasi – tepat prosedur – tepat pasien operasi</li> <li>5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan</li> <li>6. Pengurangan risiko pasien jatuh</li> </ol>
7		Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> <li>a. UOBK RSUD SYAMRABU telah Terakreditasi PARIPURNA oleh KARS</li> <li>b. Jalur evakuasi menuju lokasi 4 titik kumpul bila ada bencana.</li> <li>c. Pemantauan keamanan dengan menggunakan CCTV</li> </ol>
8		Evaluasi Kinerja Pelaksana Pelayanan	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi disampaikan kepada penanggung jawab pelayanan secara berkala

## **BAB IV PENUTUP**

Standar Pelayanan yang telah disusun perlu dilakukan perbaikan secara berkelanjutan sesuai hasil pemantauan dan evaluasi sebagai upaya peningkatan kualitas dan inovasi pelayanan publik. Dalam melakukan perbaikan, perlu memperhatikan pengaduan masyarakat serta kemungkinan replikasi inovasi pelayanan publik.

Dalam penyusunan, penetapan, dan penerapan Standar Pelayanan, UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan selaku penyelenggara pelayanan publik melakukan konsultasi serta koordinasi dengan Perangkat Daerah /Instansi/Lembaga yang terkait.

Keberhasilan penyusunan dan pelaksanaan Standar Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagai penyelenggara pelayanan publik ditentukan oleh komitmen dan konsistensi para pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan publik.

UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan wajib merubah Standar Pelayanan apabila terdapat adanya perubahan kebijakan, inovasi dalam pelayanan, penerapan teknologi informasi, bisnis proses, dan perubahan selaras dengan perkembangan serta kemajuan rumah sakit dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat dan disosialisasikan kepada masyarakat


Plt. DIREKTUR  
UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
KABUPATEN BANGKALAN



Dr. FARHAT SURYA NINGRAT, Sp.KK  
PEMBINA Tk.1/ IVb  
NIP.196209022009031006

Lampiran :

## 1. SK VISI,MISI, MOTTO, SLOGAN , JANJI PELAYANAN



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
Jl. Pemuda Kaffa Nomor 9 Telp. (031) 3091111 Fax. (031) 3094108 Kode Pos 69112  
Website: www.usdangkalan.com E-mail 1 : [puskesmas@syarifahratoebu.go.id](mailto:puskesmas@syarifahratoebu.go.id)  
E-mail 2 : [puskesmas@bangkalankab.go.id](mailto:puskesmas@bangkalankab.go.id)  
**BANGKALAN**

---

**KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH**  
**SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN**  
**NOMOR: 188.4/2019-KEP/433.102.1/2022**  
**TENTANG**  
**VISI,MISIMOTTO,SLOGAN JANJI PELAYANAN**  
**UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
**KABUPATEN BANGKALAN**

**DIREKTUR UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
**KABUPATEN BANGKALAN**

**Membang** : Bahwa sebagai upaya perbaikan dan peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Kabupaten Bangkalan khususnya UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan, dipandang perlu melakukan peninjauan dan pengkajian terhadap Visi, Misi, Motto, Slogan, Janji Pelayanan dan Kebijakan Strategis UOBK Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan yang berlaku selama ini dan selanjutnya ditetapkan dengan Keputusan Direktur.

**Mengingat** :

1. Undang - undang Republik Indonesia Nomor 10 Tahun 2004 tentang Pembentukan Peraturan Perundang - undangan.
2. Undang - undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
3. Undang - undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah sebagaimana telah diubah, terakhir dengan Undang - undang Nomor 12 Tahun 2008
4. Undang - undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
5. Undang - undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/X/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit
7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1165A/Menkes/SK/X/2004 tentang Komisi Akreditasi Rumah Sakit
8. Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan Nomor: 04 Tahun 2006 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah
9. Peraturan Bupati Bangkalan Nomor: 43 Tahun 2008 tentang Rincian Tugas, Fungsi, dan Tata Kerja RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan
10. Peraturan Bupati Bangkalan Nomor : 85 Tahun 2021 tentang Rincian, Tugas, Fungsi dan Tata Kerja Unit Organisasi Berlatihan Khusus RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan
11. Keputusan Bupati Bangkalan Nomor : 39 tanggal 27 Desember 2011 tentang Penetapan RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagai Badan Layanan Umum Daerah
12. Surat Keputusan Bupati Bangkalan Nomor: 821.2/223/433-202/2020 tanggal 19 Mei 2020 tentang Pengangkatan sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan.



MEMUTUSKAN

Menetapkan :

**KESATU** : Visi,Misi,Motto,Slogan dan Janji Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan, sebagai berikut :

- a. Visi : Menjadi Rumah Sakit Pilihan Utama Masyarakat di Madura dan Sekitarnya dengan Mengedepankan Sisi Pelayanan,Pendidikan dan Penelitian
- b. Misi :
  1. Meningkatkan kualitas pelayanan yang paripurna,professional serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
  2. Meningkatkan kemampuan pengelolaan Administrasi dan Manajemen PPK-BLUD
  3. Meningkatkan kompetensi SDM,sarana prasarana sesuai perkembangan teknologi dan informasi
  4. Mengembangkan pendidikan,pelatihan,penelitian serta pengabdian masyarakat yang terintegrasi
- c. Motto : KESEMBUHAN ANDA KOMITMEN KAMI
- d. Slogan : "BERTASBIH"  
( Bersih , Ramah, Tanggap, Siaga, Bekerja Ikhlas )
- e. Janji Pelayanan : Mendahulukan Kepentingan Pasien

**KEDUA** : Memerintahkan kepada semua karyawan dan karyawan untuk menjadikan Visi, Misi,Motto, Slogan dan Janji Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan yang telah ditetapkan sebagaimana dimaksud dalam diktum KESATU diatas, sebagai pedoman dalam melaksanakan tugas kedinasan

**KETIGA** : Keputusan Direktur RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Nomor : 188/945/KEP/433.209/2017 tentang Visi, Misi, Motto, Slogan dan Janji Pelayanan RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku lagi.

**KEEMPAT** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan, dan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam keputusan ini, akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Bangkalan  
Pada Tanggal : 7 April 2022

DIREKTUR  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
BANGKALAN







## KOMITMEN BERSAMA UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN



### VISI:

**Terwujudnya Masyarakat Kabupaten Bangkalan Yang  
Religius dan Sejahtera Berbasis Potensi Lokal**

### MISI:

- Meningkatkan kualitas pelayanan yang paripurna, profesional, serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat
- Meningkatkan kemampuan pengelolaan Administrasi, dan Manajemen PPK-BLUD
- Meningkatkan kompetensi SDM, Sarana prasarana sesuai perkembangan teknologi dan informasi
- Mengembangkan pendidikan, pelatihan, penelitian, dan pengabdian masyarakat yang terintegritas

### MOTTO

"Kesembuhan Anda Komitmen Kami"

### SLOGAN

"BERTASBIH"

(Bersih, Ramah, Tanggap, Siaga, Bekerja Ikhlas)

### JANJI PELAYANAN

"Mendahulukan Kepentingan Pasien  
dan Pendidikan"

## 2. SK MAKLUMAT PELAYANAN



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN  
DINAS KESEHATAN  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

Jl. Pemuda Kaffa No. 9 Telp. (031) 3091111 Fax. (031) 3094108 Kode Pos 69112  
Website : [rsud.bangkalankab.go.id](http://rsud.bangkalankab.go.id) E-mail 1 : [eres\\_bangkalan@yahoo.co.id](mailto:eres_bangkalan@yahoo.co.id)  
E-mail 2 : [uobk@rsudsyamrabu.ac.id](mailto:uobk@rsudsyamrabu.ac.id)  
BANGKALAN

---

**KEPUTUSAN DIREKTUR UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH  
SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN  
NOMOR: 188 / 699 / 433.102.1 / 2023  
TENTANG  
PENETAPAN MAKLUMAT PELAYANAN  
PADA UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
DIREKTUR UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
KABUPATEN BANGKALAN**

Menimbang : a. Bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan asas penyelenggaraan pemerintahan yang baik dan guna mewujudkan kepastian hak dan guna mewujudkan kepastian hakm dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayana wajib menetapkan maklumat pelayanan  
b. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud diatas perlu, menetapkan Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan

Mengingat : 1. Undang – Undang Nomor25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 5038;  
2. Peraturan Presiden Nomor 97 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Pelayanan  
3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang pelayanan public (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);  
4. Peraturan Menteri Perdayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standart Pelayanan;  
5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah;

6. Peraturan Gubernur Jawa Timur Nomor 19 Tahun 2016 tentang Kode Etik Aparatur Sipil Negara di lingkungan Pemerintah Provinsi Jawa Timur;
7. Peraturan Bupati Bangkalan Nomor 85 Tahun 2020 tentang SOTK UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan;
8. Keputusan Bupati Bangkalan Nomor : 59 tanggal 27 Desember 2011 tentang Penetapan RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagai Badan Layanan Umum Daerah;
9. Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan Nomor 188/42/433.102.1/2021 tentang Pedoman Manajemen Sumber Daya Manusia RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.

**MEMUTUSKAN**

- Menetapkan  
Kesatu : Maklumat Pelayanan pada RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan sebagaimana tercantum pada lampiran keputusan ini.
- Kedua : Keputusan ini berlaku pada tanggal ditetapkan

Ditetapkan di : Bangkalan

Pada Tanggal : 17 Januari 2023

DIREKTUR  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
KABUPATEN BANGKALAN



NUNUK KRISTIANI, Sp. Rad  
KORPORASI KESEHATAN  
NIP. 19701030 2002122003

Tembusan disampaikan kepada:

1. Bupati Bangkalan
2. Sekretaris Daerah Kabupaten Bangkalan
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bangkalan




**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN  
DINAS KESEHATAN  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**

Jl. Pemuda Kaffa Nomor 9 Telp. (031) 3091111 Fax. (031) 3094108 Kode Pos 69112  
Website : rsabangkalan.com Email 1 : eres\_bangkalan@yahoo.co.id  
Email 2 : rsudsyamrabu@bangkalanab.go.id  
BANGKALAN

## **MAKLUMAT PELAYANAN**

1. Kami berjanji dan sanggup untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan
2. Kami berjanji dan sanggup untuk memberikan pelayanan sesuai dengan kewajiban dan akan melakukan perbaikan secara terus-menerus
3. Kami bersedia untuk menerima sanksi, dan / atau memberikan kompensasi apabila pelayanan yang diberikan tidak sesuai standar

DIREKTUR UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU  
KABUPATEN BANGKALAN

  
dr. NUNUK KRISTIANI Sp.Rad  
PEMBINA Tk. 1  
NIP. 197010302002122003



## 8. SK TIM PERUMUS STANDAR PELAYANAN PUBLIK



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
Jl. Pemuda Kaffa No. 9 Telp. (031) 3091111 Fax. (031) 3094108 Kode Pos 69112  
Website : [rsud.bangkalankab.go.id](http://rsud.bangkalankab.go.id) E-mail 1 : [eres\\_bangkalan@yahoo.co.id](mailto:eres_bangkalan@yahoo.co.id)  
E-mail 2 : [uobk@rsudsyamrabu.ac.id](mailto:uobk@rsudsyamrabu.ac.id)  
**B A N G K A L A N**

**KEPUTUSAN DIREKTUR**  
**UOBK RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
**NOMOR: 188/5554/433.102.1/2021**

**TENTANG**  
**TIM PERUMUS DAN PENYUSUN STANDAR PELAYANAN PUBLIK**  
**UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN**

**DIREKTUR UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
**KABUPATEN BANGKALAN**

- Menimbang :
- bahwa standar pelayanan merupakan tolak ukur yang digunakan sebagai pedoman Penyelenggaraan Pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan penyelenggara pelayanan.
  - bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas Standar Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan perlu adanya suatu tim perumus dan penyusun Standar Pelayanan Publik di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan.
  - bahwa berdasarkan pertimbangan butir a, dan b diatas perlu ditetapkan keputusan direktur tentang Tim Perumus Dan Penyusun Standar Pelayanan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan
- Mengingat :
- Undang-Undang RI Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik
  - Undang-undang RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
  - Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan UU Nomor 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik
  - Peraturan Menteri PAN-RB Nomor 14 TAHUN 2014 Tentang Standar Pelayanan Publik
  - Peraturan Daerah Kabupaten Bangkalan No.04 Tahun 2008 tentang Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Tehnis Daerah Kabupaten Bangkalan.
  - Surat Perintah Bupati Bangkalan Nomor : 821.2/223/433.202/2020 tentang Pengangkatan sebagai Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan

**Memutuskan**

- Menetapkan : **KEPUTUSAN DIREKTUR TENTANG TIM PERUMUS DAN PENYUSUN STANDAR PELAYANAN PUBLIK UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN**
- Kesatu : Tim Perumus Dan Penyusun Standar Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan mempunyai tugas pokok untuk melakukan Monev Dan Review Standar Pelayanan Publik di bawah area bidang pelayanan masing-masing secara periodik.
- Kedua : Nama Tim Perumus Dan Penyusun Standar Pelayanan Publik UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan tercantum pada lampiran
- Ketiga : Tim Perumus Dan Penyusun Standar Pelayanan Publik UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan bertanggung jawab kepada Direktur RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan.
- Keempat : Surat keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan sampai dengan ada keputusan lain yang mengaturnya
- Kelima : Apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam Surat Keputusan Ini, akan dilakukan pembetulan sebagaimana mestinya.

**Ditetapkan Di : Bangkalan**  
**Pada Tanggal : 4 Oktober 2021**

**DIREKTUR  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI  
RATO EBU KABUPATEN  
BANGKALAN**



**dr. NUNUK KRISTIANI, Sp.Rad**  
**NIP : 19701030 200212 2 003**

Lampiran I : Keputusan Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan  
 Nomor : 188/5551/433.209/209  
 Tanggal : 4 Oktober 2021  
 Tentang : Tim Perumus Dan Penyusun Standar Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan

**A. TIM PERUMUS DAN PENYUSUN STANDAR PELAYANAN PUBLIK  
 UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN**

- o Pembina : Direktur UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan
- o Penanggung Jawab : 1. Wadir Pelayanan Medik & Keperawatan  
 2. Wadir Umum & Keuangan  
 3. Wadir Penunjang Pelayanan, Pendidikan & Penelitian
- o Sekretaris : M. Syaiful Bahri, SKM

• Bidang Pelayanan Medik		
o Ketua	:	drg.Feby Elyana Wardani
o Anggota	:	dr.Prima Nugroho Ikadona Logos Kaukaba,S.Farm,Apt

• Bidang Pelayanan Keperawatan		
o Ketua	:	Lilik Azaryiah S.Kep, Ns
o Anggota	:	Vivien Tri Widiyantie,S.Kep.Ns Ali Imron,S.Kep.Ns. M.AP

• Bidang Penunjang Pelayanan		
o Ketua	:	Ira Rosaria Taurisia, S.Kep.Ns,M.Si
o Anggota	:	Siska Yunianti,S.Farm,Apt R.Pristiawan Rusdarmanto,S.Sos

• Bidang Pendidikan & Penelitian		
o Ketua	:	Syaiful Rosi, SAP.MM
o Anggota	:	Hairul Gamal,SE Dwi Handayani, SH

• Bagian Perencanaan & Evaluasi		
○ Ketua	:	Nasib Anwari, SKM.MMkes
○ Anggota	:	Isnaini Hasan Ali Wardana,AKL Rusmiyati,SE

• Bagian Umum		
○ Ketua	:	Hj. Dina Rohayati, SH
○ Anggota	:	Rina Handayani,SE Rofie Agustanty, M. Psi

• Bagian Keuangan		
○ Ketua	:	Husnul Khotimah,S.Si,M.Sc,Apt
○ Anggota	:	Yani Nurani, SE. M.Akun Baby Krisusanti, MM Dian Roesdiana, ST.MM

**B. URAIAN TUGAS TIM PERUMUS DAN PENYUSUN STANDAR PELAYANAN UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI RATO EBU BANGKALAN**

- a. Perumusan & Penyusunan Standar Pelayanan dilaksanakan oleh seluruh Instalasi/unit/ruangan/komite di lingkungan UOBK RSUD Syarifah ambami Rato Ebu Bangkalan.
- b. Tim Perumus dan Penyusun Standar Pelayanan bertanggung jawab melakukan perumusan dan penyusunan Standar Pelayanan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Bangkalan dan melakukan koordinasi perumusan dan penyusunan Standar Pelayanan kepada seluruh staf di unit/instalasi serta melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan Standar Pelayanan secara berkelanjutan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rao Ebu Kabupaten Bangkalan.
- c. Tugas pokok dan fungsi Tim Perumus dan Penyusun Standar Pelayanan adalah :
  1. Melakukan identifikasi pelayanan, keuangan dan penunjang yang ada dalam instansi UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan yang bersentuhan langsung dengan masyarakat
  2. Mengumpulkan informasi yang dibutuhkan dalam penyusunan Standar Pelayanan di instansi UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan.
  3. Menyusun dokumen Standar Pelayanan UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan
  4. Melakukan sosialisasi Standar Pelayanan ke seluruh staf di bagian unit terkait
  5. Melakukan sosialisasi Standar pelayanan pada masyarakat ,tokoh agama,tokoh masyarakat dan instansi yang terkait dengan pelayanan rumah sakit
  6. Melakukan monitoring dan evaluasi penerapan



- 
7. Melakukan penyempurnaan-penyempurnaan dan pengembangan Standar Pelayanan demi peningkatan kualitas pelayanan di UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu Kabupaten Bangkalan

DIREKTUR  
UOBK RSUD SYARIFAH AMBAMI  
RATO EBU KABUPATEN  
BANGKALAN



dr. NUNUK KRISTIANI, Sp.Rad  
NIP : 19701030 200212 2 003

## 9. DOKUMENTASI KEGIATAN PENYUSUNAN STANDAR PELAYANAN







## 10. NOTULEN



**PEMERINTAH KABUPATEN BANGKALAN**  
**DINAS KESEHATAN**  
**JOBK RSUD. SYARIFAH AMBAMI RATO EBU**  
Jember Pemuda Kaffa No. 09 Telp. (031 – 3091111) Fax. (031 – 3094108) Kode Pos. (69112)  
Website : [rsud.bangkalankab.go.id](http://rsud.bangkalankab.go.id) Email 1 : [eres\\_bangkalan@yahoo.co.id](mailto:eres_bangkalan@yahoo.co.id)  
Email 2 : [rsudyamrabu@bangkalan.go.id](mailto:rsudyamrabu@bangkalan.go.id)  
**BANGKALAN**

---

### NOTULEN

Rapat	:	Forum Konsultasi Publik Dalam Rangka Penyusunan Review Standar Pelayanan
Hari/Tanggal	:	Selasa, 30 Mei 2023
Waktu	:	09.00 WIB s/d 11.30 WIB
Acara	:	Sosialisasi dan Review Standar Pelayanan
Pimpinan Sidang Rapat	:	
Ketua	:	dr. Farhat Surya Ningrat, Sp.KK
Sekretaris	:	dr. Catur Budi Keswardiono Sp.P
Pencatat	:	
Peserta Rapat	:	70 Orang
Kegiatan Rapat	:	Sosialisasi dan Review Standar Pelayanan UOBK RSUD SYarifah Ambami Rato Ebu dan mendengarkan masukan dari stakeholder
Pembahasan	:	1. Paparan Direktur tentang Gambaran rumah sakit dan standar Pelayanan 2. Masukan dari Audiens 3. Penandatanganan Berita Acara

NOTULIS

  
M. IDRIS



## Lampiran Interaksi Audiens

1. KEPALA BAGIAN ORGANISASI
  - a. Penulisan Dasar Hukum dalam pembuatan SK sebaiknya diurut dari yang tertinggi. Contoh UU → PP → Peraturan Menteri
  - b. Maklumat harus memuat 3 hal ( Janji sesuai standart pelayanan, janji dan kesanggupan melaksanakan kewajiban dan perbaikan, kesanggupan menerima sanksi atau kompensasi)
  - c. Visi Misi hanya milik kepala daerah, silahkan mengikuti
  - d. Jenis pelayanan nomor 22 dan 23 (Diklat dan Litbang) sebaiknya dijadikan 1
  - e. Pada pelayanan rawat inap. Komponen service delivery sudah sesuai. Sementara pada jangka waktu pelayanan silahkan ditambahkan, contoh: pelayanan di IGD butuh waktu berapa lama
  - f. Pengaduan sudah mencakup. SP4N LAPOR, website, Instagram, dan Facebook. Untuk WA center bisa ditambahkan di Standar pelayanan
  - g. Pada manufacturing. Jaminan pelayanan yang dimaksud adalah kompensasi yang bisa diterima masyarakat atau pengguna jika kita tidak melakukan pelayanan sesuai SP
  - h. Jaminan Keamanan sudah benar, yaitu keberadaan CCTV. Selain itu, bias ditambahkan tentang titik kumpul dan jalur evakuasi
  - i. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) bisa dilihat untuk kinerja Rumah Sakit
  - j. Penilaian PEKPPP akan dilaksanakan di Minggu ke 2 Bulan Juni
  
2. LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT – DKR
  - a. Sarpras terutama di ruang rawat inap : sediakan papan informasi terkait ketersediaan ruangan agar masyarakat tau
  - b. AC Mati segera tindak lanjut jangka pendek dan panjang
  - c. Tentang Triage di IGD, masyarakat tidak paham pembagian layanan kegawatdaruratan. Harap tenaga medis IGD memberikan informasi yang jelas kepada pasien/keluarga pasien
  - d. Administrasi kepulangan pasien lama. Sebaiknya jangan diinfokan pulang terlebih dahulu jika administrasinya belum selesai. Mulai beralih ke paperless
  - e. Parkiran sulit
  - f. Masyarakat bingung terkait penentuan kelas. Informasikan ke pasien secara jelas

- g. Administrasi 3S (Senyum, Salam, Sapa) belum berjalan maksimal.  
Tingkatkan komunikasi petugas
  - h. Kebersihan ruangan kurang, termasuk ruang VIP
  - i. SKM lakukan secara objektif
  - j. Tolong jelaskan isi kamar (jumlah tempat tidur) sesuai kelas kepada pasien
3. KEPALA DINAS SOSIAL
- a. Loket BPJS dan mandiri sebaiknya dipisah dan sosialisasikan ke masyarakat sehingga masyarakat bias memanfaatkan ADM sendiri
  - b. Terkait dengan adanya UHC, apakah orang terantah dan ODGJ juga bisa mendapatkan pelayanan di rumah sakit?
  - c. Paparan dari konsultan badan organisasi juga bias di sharing ke dinas social
  - d. Ubah Mindset tentang PAD yang menyatakan jika PAD harus besar berarti pasien harus banyak
4. KETUA PPNI
- a. Produk Layanan: sebaiknya kompetensi disesuaikan dengan produk layanan. Pelayanan bedah kompetensi perawatnya bedah. Jangan melakukan mutasi perawat bedah ke penyakit dalam.
5. TOKOH MASYARAKAT
2. SP pelayanan nomor 22 dan 23 adalah hal yang berbeda. Diklat dan litbang punya tupoksi yang berbeda. Tidak dapat dijadikan 1  
Sebaiknya info complain ada di unit atau ruangan masing-masing
6. MEDIA (RADAR MADURA)
- a. SOP sudah jelas dan bagus. Tinggal eksekusi dan komitmen dari petugas
  - b. Aspek pengelolaan sudah baik. Apakah bias disediakan ruang atau area merokok bagi pengunjung
7. KONSULTAN BAGIAN ORGANISASI
- a. Harus ada informasi untuk ketersediaan Bed (tempat tidur) tiap ruangan
  - b. SOP keputungan bisa ditambahkan
  - c. Disarankan diberi poster / tanda disetiap tiage untuk meminimalisir complain
  - d. Parkiran selalu tidak rapi diharap parkiran diberi sekat setiap area untuk siapa
  - e. Mungkin bisa dipikirkan inovasi terkait progress pelayanan di RSUD agar pasien tidak terus bertanya-tanya prosesnya (Contoh lampu indikator merah, kuning, hijau yang menandakan seberapa jauh prgres layanan di IGD)
  - f. Survey Kepuasan yang eksternal tidak dapat diubah. Bisa melakukan Survey Kepuasan Internal dengan objektif sebagai bahan evaluasi internal.
  - g. Senyum, Salam, Sapa bisa dimodifikasi dengan teknologi seperti Mesin
8. Tokoh Agama
- a. Kerohanian bisa diinovasikan dengan layanan kamar
  - b. Efisiensi tenaga agar BLUD bisa tetap berorientasi pelayanan


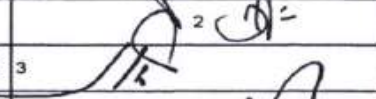
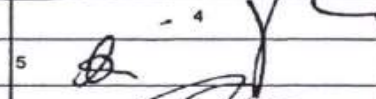
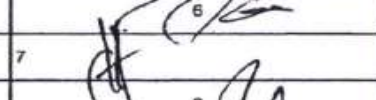
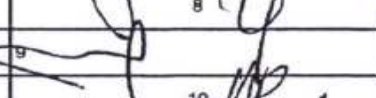
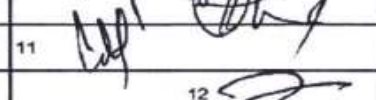
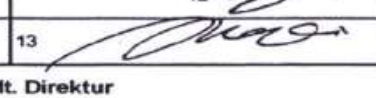






11. Lembar persetujuan perumus dan penyusunan standar pelayanan public

No	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				



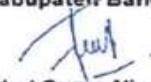
## 12. DAFTAR HADIR

**DAFTAR HADIR  
FORUM KONSULTASI PUBLIK DAN SOSIALISASI STANDAR PELAYANAN RUMAH SAKIT  
SELASA, 30 MEI 2023**

NO	NAMA	NIP/NIK	JABATAN	PANGKAT/GOL	TANDA TANGAN
1	WIBAGIO SUHARTA, S.Sos., MM.	197301261993021001	KA DINSOS (STAKEHOLDER)	PEMBINA UTAMA MUDA / IV C	
2	dr. DANJAR SUKMAWATI	197808242006042018	PIH. SEKRETARIS DINKES (STAKEHOLDER)	PEMBINA / IV A	
3	ZAKARIYA, SH. MM	196605021993031002	KA DISPENDUK (STAKEHOLDER)	PEMBINA UTAMA MUDA / IV C	
4	MOHAMAD RASULI, S. Sos., MM.	197002261993021001	KABAG ORGANISASI SEKDA BKL (AHLI/PAKAR)	PEMBINA TK. I / IV B	
5	UMAR R. HIDAYAT, M. Psi	-	KONSULTAN (AHLI/PAKAR)	-	
6	KH. MAKKI NASIR	-	TOKOH AGAMA	-	
7	MOH. TAUFIK, S.KM., M.Kes	-	TOKOH MASYARAKAT	-	
8	dr. NURUL HIDAYAT, Sp.B., M.Si.Med	197712252006041014	KETUA IDI BKL (OMS)	PEMBINA / IV A	
9	AGUS SALIM BURHANUDDIN, S.Sos, S.Kep., Ns, M.Kes	197408011995031004	KETUA PPNI BKL (OMS)	PEMBINA / IV A	
10	Hj. NUR HOTIBAH, S.ST.BD., M.Kes	190770199102201	KETUA IBI BKL (OMS)	PEMBINA TK. I / IV B	
11	apt. WWIN MULYASARI, S.Si	3526014206780000	KETUA IAI BKL (OMS)	PPPK / IX	
12	MUHYI	3526010104790000	DKR (LSM)		
13	JUPRI	-	WARTAWAN RADAR MADURA		

Pt. Direktur

UOBK RSUD Syarifah Ambami Rato Ebu  
Kabupaten Bangkalan

  
dr. Farhat Surya Ningrat, Sp.KK  
Pembina Tk. I  
NIP. 19820902 200903 1 006