



KEPUTUSAN KEPALA RUMAH SAKIT TK.II KARTIKA HUSADA

NOMOR : KEP / 1222 / IX / 2024

TENTANG

STANDAR PELAYANAN
RUMAH SAKIT TINGKAT II KARTIKA HUSADA

KEPALA RUMAH SAKIT TINGKAT II KARTIKA HUSADA

- Menimbang :
1. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 20 Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik dan ketentuan Pasal 1 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan dan menerapkan standar pelayanan publik untuk setiap jenis pelayanan yang ditetapkan oleh pimpinan penyelenggara pelayanan publik;
 2. bahwa dengan dilaksanakannya rekam medik elektronik (RME) dan adanya alat Picture Archiving and Communication System (PACS) di Instalasi Radiologi maka perlu menambah dan/atau merubah atau mengganti standar pelayanan Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada; bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud pada huruf a, b dan huruf c, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada;
- Mengingat :
1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja menjadi Undang-Undang (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 41, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6856);
 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
 4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);
 5. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 615);

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan :
- KESATU : Standar Pelayanan Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada, sebagaimana tercantum dalam Lampiran Keputusan ini.
- KEDUA : Standar Pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU meliputi:
1. Pelayanan Gawat Darurat;
 2. Pelayanan Rawat Jalan;
 3. Pelayanan Rawat Inap;
 4. Pelayanan Bedah;
 5. Pelayanan Dialisis;
 6. Pelayanan Perawatan Intensif Care Unit (ICU);
 7. Pelayanan Radiologi;
 8. Pelayanan Laboratorium;
 9. Pelayanan MCU;
 10. Pelayanan Fisiotherapi;
 11. Pelayanan Farmasi;
 12. Pelayanan Gizi;
 13. Pelayanan Pemulasaraan Zenajah;
 14. Pelayanan Kasir;
 15. Pelayanan Aduan dan Keluhan;
- KESATU : Menetapkan Standar Pelayanan di Rumah Sakit Tingkat II Kartika Husada;
- KEDUA : Standar Pelayanan di Rumah Sakit Tingkat II Kartika Husada berlaku 3 tahun;
- KETIGA : Standar pelayanan di gunakan sebagai acuan dalam menjalankan Pelayanan dan survey Kepuasan Masyarakat;
- KELIMA : Keputusan ini berlaku sejak ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan penetapannya, akan dilakukan perbaikan dan perubahan sebagaimana mestinya.

Di tetapkan di Pontianak
Pada Tanggal, 12 November 2024
Kepala Rumah sakit Tingkat II
Kartika Husada



Dr. I Made Murdalabadi, Sp.B., FINACS
Kolonel Ckm NRP 11930098730670

**STANDAR PELAYANAN GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT TK II 12.05.01 KARTIKA HUSADA**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. NIK pada Kartu Identitas (KTP/SIM/Kartu Pelajar/Lainnya). 2. Bukti Penjaminan yang dimiliki oleh Pasien apabila ingin menggunakan Penjamin sebagai Pembayar Biaya Layanan: 3. BPJS Kesehatan: NIK atau Kartu Peserta JKN 4. BPJS Tenaga Kerja: Kartu Peserta Tenaga Kerja 5. Jamkesda: Surat Pengantar Dinas Sosial 6. Jampersal: Surat Rujukan dari PPK I/FKTRL 7. Khusus pasien Kecelakaan Lalu Lintas, penjamin pertama adalah JASA RAHARJA. Pasien/Keluarga akan diminta membuat Kronologi kejadian kecelakaan bersama dengan Petugas Pendaftaran IGD. 8. Kebijakan Identifikasi pasien menggunakan NIK. 9. Pasien atau keluarga diminta No. HP sebagai data untuk komunikasi keperluan penyampaian hasil pemeriksaan penunjang dan rencana kontrol Pasien.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<pre> graph TD A1[Pasien dari Ambulance] --> B1[Pintu masuk utama IGD] A2[Pasien tidak dengan Ambulance] --> B1 A3[Pasien dengan kendaraan] --> B1 A4[Pasien dari dalam RS] --> B2[Pintu masuk belakang IGD] B1 --> C[TRIASE VISUAL] B2 --> C C --> D[PASIE GAWAT] C --> E[PASIE TIDAK GAWAT] C --> F[Cek kesadaran Anamnesis] D --> G[PEMERIKSAAN DOKTER] E --> G G --> H1[Pasien gawat dan darurat] G --> H2[Pasien gawat tidak darurat] G --> H3[Pasien tidak gawat tidak darurat] G --> H4[DOA] H1 --> I[PEMERIKSAAN PENUNJANG] H2 --> I H3 --> J[OBSERVASI] H4 --> J I --> K[PASIE HIDUP] J --> K J --> L[IBS] K --> M[FARMASI] L --> M M --> N[KASIR] L --> N N --> O["- RAWATA JALAN - RAWAT INAP - APS - RUJUK"] L --> O O --> P[PEMULASARAAN JENAZAH] L --> P </pre>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat. 2. Petugas IGD melakukan skreening dan TRIASE. 3. Pasien akan dilakukan pemilahan sesuai kondisi kegawatdaruratannya. 4. Dilakukan pemeriksaan dan tindakan medis sesuai dengan prioritas/ tingkat kegawatdaruratan pasien. 5. Dilakukan pemeriksaan penunjang bila diperlukan sesuai penilaian Dokter IGD. 6. Keluarga Pasien melakukan pendaftaran. Pendaftaran dapat dilakukan secara simultan dengan penanganan pasien. 7. Untuk pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi Rawat Jalan: <ol style="list-style-type: none"> a. Pengambilan obat; b. Penyelesaian administrasi di IGD ; c. Pembayaran di kasir untuk Pasien Umum. 8. Untuk pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi Rawat Inap: <ol style="list-style-type: none"> a. Penyelesaian administrasi di Pendaftaran IGD termasuk menunggu penerbitan SEP (Surat Eligibilitas Pasien) bagi pasien BPJS. b. Menunggu persiapan Ruang Perawatan dalam menerima Pasien. 9. Untuk pasien yang berdasarkan penilaian Dokter IGD merupakan indikasi dirujuk ke FKTRL: <ol style="list-style-type: none"> a. Penyelesaian administrasi di Pendaftaran IGD. b. Menunggu persiapan FKTRL lain dalam menerima Pasien dan menunggu persiapan Petugas Ambulans dalam merujuk pasien. 10. Pasien/keluarga mendapatkan penjelasan dari Dokter IGD/Perawat dan Petugas Pendaftaran dalam setiap prosedur layanan yang diberikan.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon tindakan oleh petugas IGD kurang dari 5 (lima) menit. 2. Untuk pasien rawat inap pindah ke bangsal maksimal 2 (dua) jam setelah kondisi pasien stabil dan ruangan tersedia. 3. Pelayanan 24 jam 4. Pasien observasi 120 menit 5. Pasien Nunggu pindah ruangan 120 menit 6. Respon dokter konsulen spesialis 1 jam
NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya/Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gratis bagi pasien dengan Jaminan pemeliharaan Kesehatan (BPJS, Jasa Raharja, BPJS Tenaga Kerja dan Asuransi lainnya) serta memenuhi kriteria Gawat Darurat. 2. Khusus Pasien penjaminan Jasa Raharja apabila persyaratan belum lengkap, keluarga pasien menitipkan KTP/ uang ke bagian kasir 3. Pasien Umum membayar sesuai : Membayar sesuai Tarif RSKH <p>Catatan: Tidak ada pembayaran uang muka bagi pasien gawat darurat.</p>

5.	Produk Pelayanan	Pelayanan pasien gawat darurat
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	Email: https://rskhpontianak.com Telp: 0561-721391 - 721392 Kotak saran Petugas piket Instagram: Rskhpontianak Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com Nomor Telpon : 081254123128
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawatdaruratan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 12. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bangunan IGD 2. Ruang tunggu 3. Ruang administrasi 4. Ruang triase 5. Ruang isolasi 6. Ruang Resusitasi 7. Ruang tindakan bedah dan non bedah 8. Nurse Station 9. Ruang Dokter
NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 10. Ruang Observasi 11. Ruang penyimpanan obat dan alat 12. Ruang Perawat 13. Ruang Ponok 14. Jaringan Internet 15. Komputer 16. Printer 17. Alat medis 18. Troli emergency

		<ul style="list-style-type: none"> 19. Lampu operasi 20. X-Ray Viewwer 21. Tensi Meter 22. Thermometer 23. Bide Site Monitor 24. Bed Pasien 13 Buah 25. Syring pump 26. Infus pump 27. Timbangan dewasa dan neonatus 28. Sterililator 29. Tabung Oksigen kecil 10 kg 30. Tabung oksigen Besar 50 kg 31. Trolley Oksigen 32. Lemari obat dan alkes 33. Infant Warmer 34. Incubator 35. Box bayi 36. Alkes Partus 37. Bed partus 38. Pengukur tinggi badan 39. Kursi pasien 13 buah 40. AC 41. Tiang infuse
9.	Kompetensi Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Sp.PD, Sp. Anak, Sp.Jantung, Sp paru, Sp. Bedah. Sp.U, Sp. Orthopedi,Sp. THT,Sp. Psikiatri, Sp. Bedah Mulut, Sp. Bedah Syaraf, Sp. Syaraf, Sp. M, Sp Obsgyn 2. Dokter Jaga dengan sertifikasi ATLS dan ATCLS. 3. Perawat dengan sertifikasi BTLS dan BTCLS. 4. Bidan. 5. Satpam dengan sertifikasi Bantuan Hidup Dasar. 6. Petugas Pengemudi Ambulans Gawat Darurat dengan sertifikasi Bantuan Hidup Dasar.
10.	Pengawasan Internal	<ul style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi dan Kepala Ruangan Gawat Darurat. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS). 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
11.	Jumlah Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kepala Instalasi IGD : 1 orang 2. Kepala Ruangan IGD : 1 orang 3. Dokter Spesialis : <ul style="list-style-type: none"> a. Sp.PD : 2 orang b. Sp.BM : 1 orang c. Sp Obsgyn : 2 orang d. Sp. Syaraf : 3 orang e. Sp. JP : 1 orang f. Sp.B : 3 orang g. Sp. Bedah Syaraf : 1 orang h. Sp. OT : 1 orang i. Sp.Paru : 1 orang j. Sp. THT : 1 orang k. Sp. M = 1 orang l. Sp. Anestesi : 2 orang 4. Dokter IGD : 12 orang 5. Perawat IGD jumlah : 21 orang 6. Bidan jumlah : 5 orang

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Driver 5 orang 8. CS : 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ul style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost. 4. Terdapat CCTV
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p>

		<p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>Indikator Penelitian Klinik dan pendidikan (Not Aplicable)</p> <p>INDIKATOR MUTU UNIT IGD Waktu tanggap pelayanan dokter IGD</p>
--	--	--

**STANDAR PELAYANAN RAWAT JALAN
RUMAH SAKIT TK II 12.05.01 KARTIKA HUSADA**

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum: NIK Pasien atau Kartu Berobat (bila belum punya mengisi formulir data pasien baru). 2. Pasien BPJS: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Baru: NIK Pasien atau Kartu Berobat/KTP, Surat Rujukan Online dari PPK 1, dan SEP (Surat Egibilitas Pasien/diterbitkan RS). b. Pasien Kontrol: NIK Pasien atau Kartu Berobat, Surat Rujukan Online dari PPK 1 yang masih berlaku, Surat Perintah Kontrol dan SEP (Surat Egibilitas Pasien /Diterbitkan RS). c. Pasien Jasa Raharja: d. NIK Pasien atau Kartu berobat dan surat jaminan dari Jasa Raharja. e. Pasien Jamkesda: f. NIK Pasien atau Kartu berobat (bila ada), Identitas, Fotocopy Kartu Jamkesda, Kartu Keluarga, Surat dari Dinkes dan Rujukan Puskesmas, (fotocopy masing - masing rangkap 5 (lima)). g. Kebijakan Identifikasi pasien menggunakan NIK. 3. Pasien atau keluarga diminta nomor HP sebagai data untuk komunikasi keperluan penyampaian hasil pemeriksaan penunjang dan rencana control pasien.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>Pendaftaran :</p> <p>Pasien BPJS Kesehatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah melakukan pendaftaran online melalui Mobile JKN (MJKN). 2. Provost menanyakan apakah sudah melakukan pendaftaran online melalui MKJN. 3. Jika Pasien diarahkan ke fasilitas pengambilan antrian manual 4. Pasien melakukan pendaftaran melalui APM. 5. Pasien mendapatkan nomor antrean di Poliklinik yang dituju. 6. Pasien menuju Poliklinik. 7. Pasien belum melakukan pendaftaran online melalui Mobile JKN (MJKN) karena belum memahami cara pendaftaran online melalui MKJN: 8. Provost menanyakan apakah sudah melakukan pendaftaran online melalui MKJN. 9. Pasien belum memahami cara pendaftaran online melalui MKJN. 10. Pasien diarahkan Duta MJKN untuk diberikan edukasi cara melakukan pendaftaran online melalui Mobile JKN. 11. Pasien diarahkan dan diberikan penjelasan cara menggunakan APM untuk melakukan pendaftaran. 12. Pasien mendapatkan nomor antrean di Poliklinik yang dituju. 13. Pasien menuju Poliklinik.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien belum melakukan pendaftaran online melalui Mobile JKN (MJKN) karena kontrol tidak pada tanggal yang sudah disepakati dengan DPJP: 2. Pasien diarahkan ke Loker Pendaftaran untuk mendapatkan penyesuaian jadwal kontrol Polikliniknya. 3. Pasien diedukasi agar melakukan kontrol sesuai dengan jadwal dan melakukan pendaftaran online melalui MJKN. 4. Petugas Pendaftaran menyelesaikan proses pendaftaran. 5. Pasien mendapatkan nomor antrean di Poliklinik yang dituju. 6. Pasien menuju Poliklinik. 7. B. Pasien Umum dan Penjaminan lain 8. Pasien mengambil nomor pendaftaran. 9. Pasien menuju konter petugas: 10. Pasien baru mengisi formulir data pasien baru dan rekam finger print. 11. Pasien lama proses pendaftaran. 12. Pasien mengikuti proses pendaftaran: 13. Identifikasi poli yang dituju dan penulisan dokumen pendaftaran. 14. Pasien umum langsung menuju poli. 15. Pembuatan SEP/Surat Egibilitas Pasien (khusus pasien BPJS). 16. Untuk Pasien Jamkesda dan Jasa Raharja setelah di loket pendaftaran kemudian menuju ruang penjaminan untuk verifikasi berkas dan pembuatan jaminan. 17. Pasien yang memerlukan pemeriksaan penunjang tetapi tidak meminta pemeriksaan Dokter Spesialis: 18. Pasien memiliki Surat Pengantar dari PPK 1/Dokter Praktek Swasta/ RS lain sebagai rujukan partial. 19. Pasien akan melakukan MCU secara mandiri untuk keperluan pribadi. 20. Petugas menjelaskan dan memberikan edukasi untuk proses pelayanan selanjutnya di Kasir dan Instalasi Penunjang sesuai kebutuhan pasien. 21. Setelah itu Pasien menuju Instalasi Penunjang sesuai kebutuhan pasien. 22. Pasien langsung menuju Kasir untuk melakukan pembayaran. 23. Pasien kembali ke Instalasi Penunjang untuk menerima hasil pemeriksaan. 24. Pasien menuju Nurse Station <ol style="list-style-type: none"> a. Asesment keperawatan. b. Pengukuran tanda-tanda vital. 25. Pasien menuju poliklinik: <ol style="list-style-type: none"> a. Klinik yang dituju: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien diperiksa oleh dokter. 2) Sesuai dengan indikasi medis pasien dimungkinkan untuk melakukan pemeriksaan penunjang (Laboratorium, Rontgen, Konsultasi 3) Gizi, dan lain - lain). 4) Hasil pemeriksaan diserahkan kembali ke dokter yang memeriksa.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>b. Pemeriksaan penunjang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien menuju Instalasi Penunjang sesuai kebutuhan klinis berdasarkan penilaian Dokter. 2) Hasil pemeriksaan akan tampil secara otomatis di E-RM SIMRS RSUD. 3) Setelah pasien melakukan pemeriksaan penunjang, pasien juga dapat langsung menuju kasir dan pulang/rawat inap/rujuk ke RS yang lebih tinggi jika pasien tersebut pasien umum. <p>c. Pelayanan Obat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien BPJS/ Jasa Raharja/ Jamkesda: Pasien yang mendapatkan resep dari dokter melalui E- resep langsung menuju Depo Farmasi untuk mengambil obat. 2) Untuk Pasien Umum: Pasien yang mendapatkan resep dari dokter kemudian menuju apotik utk mendapatkan harga obat kemudian membayar ke kasir dan kembali ke apotik untuk mendapatkan obat. <p>d. Pasien Selesai Pelayanan:</p> <p>Pulang/rawat inap/rujuk balik ke faskes Tingkat I/rujuk ke RS yang lebih tinggi.</p>
		<p style="text-align: center;">ALUR PASIEN RAWAT JALAN</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">RSUD S. HOSRANGGO KARUPATEN NGURUMKUNDO</p>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>Pelayanan 24 jam Pasien observasi 120 menit Pasien Nunggu pindah ruangan 120 menit</p>
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gratis bagi pasien dengan Jaminan pemeliharaan Kesehatan (BPJS, Jasa Raharja, BPJS Tenaga Kerja dan Asuransi lainnya) serta memenuhi kriteria Gawat Darurat. 2. Khusus Pasien penjaminan JASA RAHARJA apabila persyaratan belum lengkap, keluarga pasien menitipkan KTP/uang ke bagian kasir. 3. Pasien umum membayar biaya pelayanan sesuai tarif rumah sakit
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan Pasien Rawat Jalan 2. Pelayanan Pemeriksaan Penunjang 3. Pelayanan Obat

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>Ruang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Tunggu. 2. Ruang Administrasi: 3. Loker Pendaftaran 4. Loker Kasir 5. Ruang Rekam Medis. 6. Ruang Periksa dan Konsultasi Dokter Spesialis 7. Ruang Tindakan Klinik Penyakit Dalam 8. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Anak. 9. Ruang Laktasi. 10. Koperasi 11. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Bedah. 12. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Kebidanan/Kandungan. 13. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Umum. 14. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Mata. 15. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik THT 16. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Gigi dan Mulut. 17. Klinik Bedah Syaraf

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>18. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Syaraf.</p> <p>19. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Jiwa</p> <p>20. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Geriatri.</p> <p>21. Ruang Tindakan/Diagnostik Klinik Rehab Medik.</p> <p>22. Toilet Petugas dan Pengunjung.</p> <p>23. Kipas Angin</p> <p>24. Peralatan Medis:</p> <p>Klinik Anak</p> <p>1. Timbangan Bayi</p> <p>2. Timbangan Berdiri</p> <p>3. Tensimeter</p> <p>4. Stetoskop</p> <p>5. O2</p> <p>Klinik Bedah</p> <p>1. Bed Pasien</p> <p>2. Tromol</p> <p>3. Tensimeter</p> <p>4. Stetoskop</p> <p>5. Bengkok</p> <p>6. Gunting perban</p> <p>7. Bak Instrument</p> <p>8. Kom Kecil</p> <p>9. Medikasi Set</p> <p>Klinik Dalam 1</p> <p>1. Timbangan Besar</p> <p>2. Stetoskop</p> <p>3. Tensimeter</p> <p>4. Thermometer</p> <p>5. Trap Besi</p> <p>Klinik Gigi</p> <p>1. Dental Chair</p> <p>2. Dental Unit</p> <p>3. Forcep</p> <p>4. Operating Chair</p> <p>5. Bein</p> <p>6. Mesial Crier</p> <p>7. Distal Crie</p> <p>8. Water Syringe</p> <p>9. Tongue Holder</p> <p>10. Think Glass Plate</p> <p>11. Matrix retamer + Band</p> <p>12. Mouth Murror + Handle</p> <p>13. Cement Spatula</p> <p>14. Agate Spatula</p> <p>15. Plastic Instrument</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>16. Burnisher 17. Scaller Manual 18. Cement Stopper 19. Celluloid Strip 20. Scalpel 21. Countra Angle hand piece 22. Hand piece 23. Amalgam pistol 24. Gunting 25. Mortar/stamper 26. Chisel 27. Amalagamator 28. Sterilisator oven 29. Sonde 30. Needle holder 31. Pinset anatomy 32. Pahat 33. Hammer/martil 34. Bengkok 35. Waskom 36. Standart Waskom 37. Instrument Tray 38. Tempat Kapas 39. Nampan Stenlist 40. Curettage 41. Bone File 42. Finger Protector 43. Dressing Drum B 44. Meja Kaca (OP) 45. Mikrometer 46. Ultrasonic Scaller 47. Bak Sterilisator 48. Tang Klamer 49. Tensimeter 50. Stetoskop 51. Meja Knap Kecil 52. Light Curing 53. Cytoject</p> <p>Klinik Jiwa</p> <p>1. Meja Tulis Marmer 2. Meja Tulis Kayu 3. Kursi Besi Hijau 4. Kursi Lipat Hitam 5. Bed Kayu 6. Kipas Angina 7. Tensi Raksasa 8. Stetoskop 9. Bantal 10. Seprei Putih 11. Sarung Bantal 12. Jam Dinding 13. Selimut Lorex</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Klinik THT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tang Polip 2. Bengkok 3. Baskom Stenlist 4. Bak Stenlist Kecil 5. Bed Besi 6. Tong Spatel 7. Speculum Hidung 8. Gunting 9. Pincet Baimet 10. Pinset Gunting Lancip 11. Korentang Alibator 12. Kuret 13. Corpus Alainen Haq 14. Paracentase Mees 15. Cormen Haaq 16. Mangkok Kapas 17. Lampu Kepala 18. Suction Pump 19. Meja Instrument 20. X-Ray Lamp 21. Bed Pasien 22. Kasur 23. Bantal Selimut <p>Klinik Kebidanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop Dokter 2. Stetoskop Bidan 3. Tensimeter 4. Bengkok 5. Timbangan Badan 6. Pattella Hamer 7. Gynccogi Bed 8. Uclem <p>Klinik Syaraf</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Pasien 2. Stetoskop 3. Tensimeter 4. Lampu Sorot <p>Klinik Kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Couter 2. Trolly Medis Kecil 3. Stetoskop 4. Tensimeter 5. Lampu Sorot

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Klinik Mata</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bak Instrument 2. Bed Pasien 3. Kursi Roda Hitam 4. Sterilisator 5. Stetoskop 6. Tensimeter 7. Baskom 8. Gunting Besar 9. Gunting Kecil 10. Korentang 11. Senter 12. Bangkok 13. Snelen Virus Mata 14. Peraga Mata 15. Ultra Mascup 16. Kaca Kir 17. Pembuka Mata 18. Trim Prim 19. Buku Kir Warna 20. Instrument Minor 21. Optic Viser DA 3 22. Mangkok 23. Vandos 24. Scant Lem <p>Klinik Rehab Medik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. IR 2. Diathermy : 3. SWD 4. MWD 5. Ultrasound 6. Elektrostimusi 7. Vocastim
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis/Sub Spesialis 2. Dokter Gigi 3. Perawat 4. Perawat Gigi 5. Bidan
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu dan keselamatan Pasien (PMKP) Rumah Sakit. 4. Kimte PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis : 2. Dokter Gigi 3. Perawat 4. Perawat gigi 5. Bidan 6. Admisnistrasi

NO	KOMPONEN	URAIAN
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD

		<p>D. INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>E. INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>F. INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>G. INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN RAWAT INAP

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> Pasien Umum: Kartu Identitas Pasien, Surat perintah mondok dari IGD atau IRJA. Pasien JKN/KIS: Kartu jaminan KIS, surat modnok dari IGD atau IRJA, SEP yang diterbitkan TPPRI, foto copy KTP, KK (untuk pasien dengan rencana menggunakan JKN KIS dalam maksimal 3 x 24 jam), tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, kartu/syarat penjaminan lain, misal jasa raharja, JKD.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN RAWAT INAP</p> <p style="text-align: center;">ALUR PASIEN RAWAT INAP</p> <pre> graph TD A[Pasien / Keluarga] --> B[POLIKLINIK] A --> C[IGD] B --> D[Pendaftaran Rawat Inap di Central Opname] C --> D D --> E[Pemesanan Kamar ke Admisi Rawat Inap] E --> F[Ruang Rawat Inap] E --> G[Rujuk RS] F --> H[Umum] F --> I[BPJS] H --> J[Kasir] J --> K[Pulang] I --> L[Verifikasi] G --> M[JAMKESDA] M --> L </pre> <p>BPJS :</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Membuat SEP diloket 1 2 (max 3x24 jam) ~ Kartu BPJS ~ Rujukan Faskes Tk.I ~ Surat Keterangan dirawat <p>JAMKESDA :</p> <ul style="list-style-type: none"> ~ Fotocopy KTP & KK ~ Rujukan Puskesmas ~ Surat legalitas dari dinas kesehatan <ol style="list-style-type: none"> Pasien membutuhkan pelayanan rawat inap dinyatakan dengan surat perintah dirawat oleh DPJP/dokter jaga. Perawat IGD/Perawat Poliklinik mengidentifikasi kebutuhan ruang rawat sesuai diagnose Pasien. Petugas <i>admission</i> melakukan identifikasi pasien dan memesan kamar sesuai dengan kebutuhan pasien. Petugas <i>admission</i> melakukan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang fasilitas rawat inap, hak dan kewajiban pasien dan ketentuan-ketentuan lain berdasarkan kebijakan RS terkait pelayanan rawat inap.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		5. Pasien/keluarga menandatangani persetujuan dirawat/ <i>general consent</i> . 6. Petugas <i>admission</i> berkoordinasi dengan perawat ruangan. 7. Pasien diantar oleh perawat ke ruang rawat inap. 10. Serah terima pasien dengan perawat di ruang rawat inap. 8. <i>Assessment</i> medis awal dan <i>assessment</i> keperawatan awal dilakukan 24 jam pertama. 9. Bila ada perubahan kondisi dilakukan <i>assessment</i> ulang pasien. 10. Dokter DPJP adalah dokter spesialis yang menangani dari datang sampai pulang. 11. Pasien yang memerlukan rawat bersama lebih dari satu spesialis maka DPJP utama adalah dokter yang menangani penyakit utama. 12. Pasien diijinkan pulang/rujuk oleh dokter DPJP. 16. Melakukan penyelesaian administrasi. 17. Pasien pulang/rujuk.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap Hari (24 jam)
4.	Biaya / Tarif	1. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS 2. Pasien Umum membayar sesuai Tarif Rumah sakit.
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan rawat inap
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com
NO	KOMPONEN	URAIAN
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>5. Peraturan Menteri Dalam Republik Indonesia Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p>
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>Ruang perawatan pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bangsal Anggrek 2. Bangsal Mawar 3. Bangsal Flamboyan 4. Bangsal Dahlia 5. Bangsal Sambiloto 6. Bangsal Kenanga 7. Bangsal Melati <p>Peralatan Rumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bed Pasien 2. Bedside Kabinet 3. Tiang Infus 4. Strecher 5. Kursi Roda 6. Almari penyimpanan alat 7. Oksigen sentral 8. AC 9. Kipas angin 10. Kursi roda 11. Trolley tindakan 12. Trolley rawat luka 13. instrumen <p>Peralatan Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. Jaringan internet 4. Meja kerja 5. Almari dokumen <p>Peralatan Keselamatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Google 2. Apron plastik 3. Sepatu boot 4. Masker 5. Sarung tangan 6. Face shield

NO	KOMPONEN	URAIAN
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Sp.PD, Sp.BM, Sp.A, Sp.S, Sp.BS, Sp.B, Sp.U, Sp.OT, Sp.OG, Sp.M, Sp.P, Sp.AN, Sp.JP, Sp.Kfr dan Sp.J 2. Dokter umum 3. Perawat S1 4. Perawat D3 5. Bidan 6. Bidan 7. CS
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Kimte PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis : 23 orang 2. Perawat : 108 orang 3. Bidan : 30 orang 4. CS :18 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan*

		<p>6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh</p> <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidakpatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN KAMAR BERSALIN

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Pasien Umum :</p> <p>Pasien lama</p> <ol style="list-style-type: none"> Kartu berobat KTP(kartu identitas pasien) <p>Pasien Baru</p> <ol style="list-style-type: none"> KTP(kartu identitas pasien) <p>2. Pasien BPJS :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien lama <ul style="list-style-type: none"> - Kartu berobat - Kartu jaminan BPJS, foto copy KTP, KK (untuk pasien dengan rencana menggunakan BPJS dalam maksimal 3 x 24 jam), tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, kartu/syarat penjaminan lain, misal jasa raharja, JKD. Pasien baru <ul style="list-style-type: none"> - KTP - Kartu BPJS
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>B. Alur Pelayanan di Ruang Kebidanan VK/Bersalin</p> <pre> graph TD subgraph Bidan B1[Melakukan serah terima pasien] --> B2[Melakukan pengkajian TTV Pemeriksaan Kebidanan] B2 --> B3[Melaporkan hasil pemeriksaan kpd dokter Obgyn] B3 --> B4[Menghubungi ADM untuk melengkapi persyaratan rawat inap] B4 --> B5[Menyelesaikan ADM] B5 --> B6[selesai] end subgraph Dokter Obgyn D1[Menerima laporan hasil pemeriksaan bidan, memberi intruksi penatalaksanaan pasien] --> D2[Memberitahu tindakan yang akan dilakukan kpd keluarga dan pasien] D2 --> D3[Surat izin] D3 --> D4[Dokter melakukan tindakan OK/VK] D4 --> D5[Setuju Tindakan] D5 --> D6[Observasi pasca tindakan pasien] D6 --> D7[Ibu dan bayi sehat pulang] end subgraph Ruang_terkait R1[Kamar operasi] --> R2[Ruang ICU] R3[Ruang Perinatologi] --> R4[Bayi sehat/baik RG] end B1 --> D1 B2 --> D1 B3 --> D1 D1 --> R1 D2 --> R1 D3 --> R1 D4 --> R1 D5 --> R1 D6 --> R1 D7 --> R1 R2 --> D6 R3 --> D6 R4 --> D6 </pre> <ol style="list-style-type: none"> Pasien datang melalui IGD langsung ke pendaftaran IGD Melakukan pengkajian dan pemeriksaan kepada pasien Melaporkan hasil pemeriksaan pasien kepada dpjp (jika dpjp menyarankan rawat inap), Konseling kepada pasien dan keluarga untuk Tindakan selanjutnya atau rawat inap (jika setuju), Menghubungi admin untuk rawat inap pasien Membawa Pasien ke unit pelayanan rawat inap Pasien yang rawat inap langsung ke ruangan rawat inap sampai di nyatakan boleh pulang
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap Hari (24 jam)

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya / Tarif	1. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS 2. Pasien Umum membayar sesuai Tarif Rumah sakit.
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan persalinan
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Republik Indonesia Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2017 tentang Izin Penyelenggaraan Praktik Bidan;
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	Ruang RM 1. Ruang Partus (observasi) 2. Ruang Kuret 3. Ruang iso 4. Ruang karu 5. Ruang tunggu 6. Ruang edukasi 7. WC Peralatan Administrasi 1. Komputer 2. Printer 3. Jaringan internet 4. Meja kerja 5. Lemari obat 6. Lemari berkas 7. Kursi 8. Trolley 9. Lemari dokumen 10. ATK

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.		Peralatan Kesehatan <ol style="list-style-type: none"> 1. Dopler 2. Partus set 3. Heating set 4. Kuret set 5. Tibangan Bayi 6. Tibangan ibu 7. Set infus 8. Metline 9. Torniquet 10. Tensi meter 11. Thermometer 12. Regulator 13. Oximeter 14. Pispot 15. Palu reflek 16. Tiang infus 17. Gel 18. Alat usg 19. Alat ctg 20. Plester 21. Hifavix 22. Sput 23. Oksigen 24. Autoklap 25. Stetoskop 26. Ambubag 27. Litmus 28. Kertas lakmus 29. Alkohos swab 30. Alkohol 31. Betadin 32. Tabung darah
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter spesialis Kandungan 2. Bidan D3 3. Bidan D4 4. Bidan D4 + Profesi 5. Bidan S1+Profesi
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Kandungan : 2 org 2. Bidan D3 : 5 orang 3. Bidan D4 : 1 orang 4. Bidan D4 + Profesi : 2 orang 5. Bidan S1 : 5 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.

NO	KOMPONEN	URAIAN
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 6. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 7. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 8. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>D. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>E. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kepatuhan Identifikasi Pasien 8. Komunikasi efektif 9. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 10. Kepatuhan site Marking 11. Kepatuhan Cuci Tangan* 12. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>F. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 10. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 11. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 12. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 13. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 14. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 15. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 16. Kejadian clotting durante HD

		<p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <p>3. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam</p> <p>4. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi</p> <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p> <p>INDIKATOR MUTU UNIT</p> <p>Pengembalian RM rawat inap 24 jam</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Umum: 2. Pasien lama <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu berobat b. KTP(kartu identitas pasien) 3. Pasien Baru <ul style="list-style-type: none"> - KTP(kartu identitas pasien) 4. Pasien BPJS: <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien lama <ul style="list-style-type: none"> - Kartu berobat - Kartu jaminan BPJS, surat mondok dari IGD atau IRJA, SEP yang diterbitkan TPPRI, foto copy KTP, KK (untuk pasien dengan rencana menggunakan JKN KIS dalam maksimal 3 x 24 jam), tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, kartu/syarat penjaminan lain, misal jasa raharja, JKD. b. Pasien baru <ul style="list-style-type: none"> - KTP - Kartu BPJS 5. Pasien umum dan Asuransi lainnya <ul style="list-style-type: none"> - Berlaku administrasi umum.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN RAWAT INAP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang melalui IGD langsung ke pendaftaran IGD 2. Pasien Rawat jalan dengan pendaftaran Online langsung ke TPPRJ 3. Pasien Rawat jalan dengan Offline dan pasien baru mengambil nomor antrian dan selanjutnya ke TPPRJ 4. Pasien ke unit pelayanan 5. Pasien yang rawat jalan boleh langsung pulang 6. Pasien yang rawat inap langsung ke ruangan rawat inap sampai di nyatakan boleh pulang
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap Hari (24 jam)
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS 2. Pasien Umum membayar sesuai Tarif Rumah sakit.
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan rawat inap

NO	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Republik Indonesia Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 12. KMK Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>Ruang RM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Filing 2. Ruang Pendaftaran rawat jalan 3. Ruang pendaftaran IGD 4. Ruang pendaftaran Rawat inap 5. Ruang Rapat 6. Gudang berkas RM 7. Ruang tunggu 8. WC 9. Ruang Karu 10. APAR <p>Peralatan Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. Jaringan internet 4. Meja kerja 5. Kursi 6. Trolley 7. Lemari dokumen 8. Rak pengambilan rekam medis 9. Kunci pintu finger 10. Mesin antrian 11. Alat cetak kartu 12. Alat cetak barcode gelang pasien 13. Alat scan finger pasien 14. Alat camera frista 15. ATK 16. Form RM
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patugas Rekam Medis 2. Informatika
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 5. Petugas Rekam Medis : 3 orang 6. Karu : 1 Orang 7. D3 Informatika : 2 orang 8. Administrasi : 11 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 4. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 5. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 6. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 9. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 10. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 11. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 12. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien

15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>G. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>H. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>I. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p> <p>INDIKATOR MUTU UNIT</p> <p>Pengembalian RM rawat inap 24 jam</p>
-----	---	--

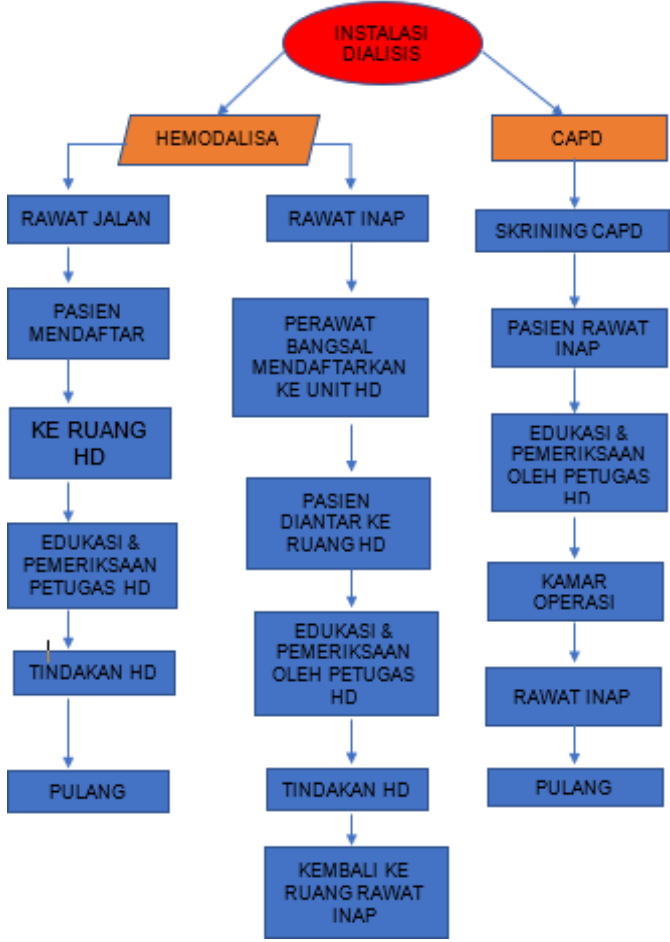
NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Pasien dilakukan informed concent, site marking, konsul anestesi dan persiapan lainnya 4. Tahan selanjutnya Sing In 5. Time out 6. Sign out 7. Observasi di Recovery Room 8. Setelah stabil di alihkan ke rawat inap untuk terapi lebih anjut
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Setiap Hari (24 jam) 2. Cito dilaksanakan bila sebelum 60 menit di IGD 3. Operasi ringan 30 menit 4. Operasi sedang 60 sd 90 menit 5. Operasi berat dia atas 90 Menit
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 3. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS 4. Pasien Umum membayar sesuai Tarif Rumah sakit.
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan rawat inap
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukkan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> a. Email: https://rskhpontianak.com b. Telp: 0561-721391 - 721392 c. Kotak saran d. Petugas piket/provost e. Instagram: Rskhpontianak f. Humas : 081253343755 Email : humasrskh.tpr@gmail.com g. Nomor OK :082155248948
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Republik Indonesia Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	Ruang perawatan pasien <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Operasi kamar 1 operasi Anestesi GA 2. Ruang Operasi kamar 2 operasi Anestesi spinal 3. Ruang Operasi kamar 3 operasi mata 4. Ruang Operasi Kamar 4 operasi urologi 5. Ruang Operasi kamar 5 operasi Orhtopedi 6. Ruang Recoveyi Room

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>7. Ruang penerimaan pasien 8. Ruang CSSD 9. Ruang Breafing 10. Ruang Ganti 11. WC 12. Ruang dokter 13. Ruang Alkes</p> <p>Peralatan Rumah Sakit</p> <p>1. Bed Operasi 2. Tiang Infus 3. Kursi Roda 4. Almari penyimpan alat 5. Oksigen central 6. AC 7. Kipas angin 8. EKG 9. Section pump 10. Ventilator 11. Operating lamp 12. Bed pasien Troly tindakan 13. Troly rawat luka 14. Instumen 15. Trolley emergency 16. Brancard 17. Pain couter 18. Troly tindakan 19. Troly rawat luka 20. Instumen 21. Trolley emergency 22. Brancard 23. Pain couter 24. Electrosurgical Unit 25. Ambu bag 26. Litotomy penyangga kaki 27. Penyangga tangan 28. Bantal operasi 29. Laparascopy</p> <p>Peralatan Administrasi</p> <p>1. Komputer 2. Printer 3. Jaringan internet 4. Meja kerja 5. Lemari dokumen 6. Lemari Alkes</p> <p>Peralatan Keselamatan</p> <p>1. Google 2. Apron plastik 3. Sepatu boot 4. Masker 5. Sarung tangan 6. Face shield 7. Gown 8. Hair cap</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis 2. Perawat D3 Kompetensi pelatihan Kamar Bedah 3. Perawat D4 4. Bidan VK
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis : <ol style="list-style-type: none"> a. Dokter Bedah Umum 3 orang b. Dokter Obgyn 2 orang c. Dokter Mata 1 orang d. Dokter Urologi 1 orang e. Dokter Orthopedi 1 orang f. Dokter THT 1 orang 2. Dokter Bedah Mulut 1 orang 3. Perawat Anestesi 2 orang 4. Perawat bedah 11 orang 5. Administrasi 1 orang 6. CSSD 2 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
15.	Indukator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>J. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>K. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif

		<p>3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert</p> <p>4. Kepatuhan site Marking</p> <p>5. Kepatuhan Cuci Tangan*</p> <p>6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh</p> <p>L. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidaktepatan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p> <p>INDIKATOR MUTU UNIT</p> <p>Profil indikator mutu instalasi kamar operasi mencakup lima indikator utama yaitu:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) waktu tunggu operasi elektif (2) kejadian kematian di meja operasi, (3) tidak adanya kejadian operasi salah sisi, (4) kecocokan identitas pasien, dan (5) penandaan lokasi operasi.
--	--	--

STANDAR PELAYANAN DIALISIS

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dengan indikasi medis yang dinyatakan oleh DPJP untuk dilakukan dialisis. 2. Surat pengantar atau perintah tindakan dialisis dari KGH. 3. Informed consent dari pasien atau keluarga untuk dilakukan tindakan dialisis. 4. Persyaratan penjaminan tindakan dialisis dari penjamin. 5. Melakukan finger print bagi peserta BPJS dan pembuatan SEP.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN HD</p>  <pre> graph TD A(Instalasi Dialisis) --> B[HEMODALISA] A --> C[CAPD] B --> B1[RAWAT JALAN] B --> B2[RAWAT INAP] C --> C1[SKRINING CAPD] B1 --> B1_1[PASIE MENDAFTAR] B1_1 --> B1_2[KE RUANG HD] B1_2 --> B1_3[EDUKASI & PEMERIKSAAN PETUGAS HD] B1_3 --> B1_4[TINDAKAN HD] B1_4 --> B1_5[PULANG] B2 --> B2_1[PERAWAT BANGSAL MENDAFTARKAN KE UNIT HD] B2_1 --> B2_2[PASIE DIANTAR KE RUANG HD] B2_2 --> B2_3[EDUKASI & PEMERIKSAAN OLEH PETUGAS HD] B2_3 --> B2_4[TINDAKAN HD] B2_4 --> B2_5[KEMBALI KE RUANG RAWAT INAP] C1 --> C1_1[PASIE RAWAT INAP] C1_1 --> C1_2[EDUKASI & PEMERIKSAAN OLEH PETUGAS HD] C1_2 --> C1_3[KAMAR OPERASI] C1_3 --> C1_4[RAWAT INAP] C1_4 --> C1_5[PULANG] </pre> <p>A. Pelayanan Dialisis Rawat Jalan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mendaftarkan ke ruang Dialisis untuk melaksanakan proses dialisis dengan membawa dokumen pengantar/rujukan dan melakukan finger print bagi peserta BPJS.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 2. Petugas administrasi dialisis mengurus penjaminan tindakan dialisis sesuai dengan jenis penjaminan dan melakukan billing tariff tindakan dialisis 3. Petugas HD akan memberikan edukasi sebelum dilakukan tindakan dialisis dan pasien diminta untuk mengisi formulir inform consent, timbang berat badan, ukur tekanan darah, suhu tubuh dan tanda vital lain, kemudian melaporkan ke dokter pelaksana. 4. Petugas dialisis melakukan tindakan dialisis sesuai peresepan tindakan dialisis. 5. Dokter pelaksana ruang HD melakukan pemeriksaan pada pasien. 6. Petugas dialisis melakukan observasi tiap jam selama tindakan dialisis. 7. Pasien setelah menjalani tindakan Dialisis akan diberikan informasi jadwal HD selanjutnya dan diminta untuk menjalani tindakan dengan teratur agar hasil maksimal, control rutin ke dokter spesialis, control ketat penyakit lain. <p>B. Pelayanan Dialisis Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas rawat inap melakukan pendaftaran tindakan dialisis yang diterima petugas dialisis. 2. Petugas rawat inap mengantar pasien ke ruang dialisis. 3. Petugas ruang dialisis melakukan tindakan dialisis sesuai peresepan tindakan dialisis dan memberikan asuhan keperawatan selama tindakan dialisis berlangsung. 4. Petugas administrasi ruang dialisis melakukan pencatatan pemakaian alat habis pakai dan melakukan billing tarif tindakan dialisis. 5. Petugas dialisis mengakhiri tindakan dialisis. 6. Pasien kembali ke ruang rawat inap. <p>C. Pelayanan CAPD</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Screening calon pasien CAPD. 2. Pasien dirawat inap. 3. Pemasangan Catheter dilaksanakan dikamar Operasi oleh Ahlinya. 4. Pasien kembali ke ruang rawat inap dilakukan observasi skaligus dilakukan uji coba pertukaran cairan. 5. Evaluasi lancar diteruskan rawat jalan. 6. Kontrol dilakukan di Poli CAPD.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan Dialisis Pagi jam : 07.00 – 12.00 wib 2. Pelayanan Dialisis Siang jam : 12.00 – 17.00 wib 3. Pelayanan pada hari Senin – Sabtu.

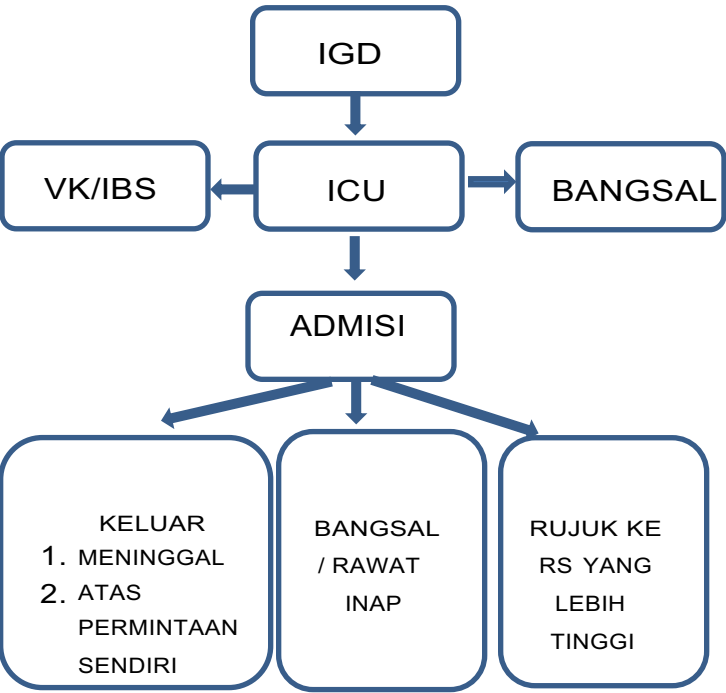
NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien BPJS di tanggung sesuai kelas pelayanan 2. Pasien Umum di berlakukan Tarif pasien umum
5.	Produk Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dialisis 2. CAPD
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humarsrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2022 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 12. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedung 2. Mesin Dialisis 3. Tangki Air RO dan Tandon Suplai Air 4. Listrik yg memadai 5. Oksigen sentral 6. Mesin HD berjumlah 9 unit 7. Reguler terinstal 8 unit 8. Iso Hbs Ag terinstal 1 unit 9. Back Up 1 unit 10. Ruang tindakan dengan 9 bed
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal dan Hipertensi 2. Dokter Spesialis Penyakit Dalam 3. Dokter Umum 4. Perawat terlatih Dialisis 5. Administrasi 6. Cleaning Servis
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Ruang dan Kepala Instalasi. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan Medik dan Keperawatan dan Seksi Pelayanan Medik dalam pelaksanaan pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite K3RS. 5. Komite PPI Rumah Sakit. 6. Satuan Pengawas Internal.
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis penyakit dalam 2. Dokter umum Terlatih HD 3. Karu HD 4. Perawat 5. Admisnistrasi 6. Cleaning Servise 7. Tekhnisi HD
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
12.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
13.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien
14.	Indukator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit)

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	--

STANDAR PELAYANAN PERAWATAN
INTENSIF CARE UNIT (ICU)

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>Pasien dari IGD/rawat jalan/rawat inap/ kamar operasi.</p> <p>Pasien dengan indikasi masuk ICU sesuai dengan kriteria yang ditentukan.</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>(Berdasarkan SPO Alur Masuk <i>Intensive Care Unit (ICU)</i> Nomor YAN/04/10/KEP/XII/2021)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP menetapkan pasien memenuhi indikasi masuk ICU dengan mengisi formulir indikasi masuk ICU. 2. Sebelum pasien dimasukkan ke ICU, pasien dan atau keluarganya harus mendapatkan penjelasan secara lengkap mengenai dasar pertimbangan mengapa pasien harus mendapatkan perawatan di ICU, serta tindakan kedokteran yang mungkin akan dilakukan selama pasien dirawat di ICU. Penjelasan tersebut diberikan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP). Atas penjelasan tersebut pasien dan atau keluarganya dapat menerima atau menolak untuk dirawat di ICU. Persetujuan atau penolakan dinyatakan dengan menandatangani formulir informed consent. 3. Perawat/Bidan ruangan berkoordinasi dengan pihak admisi terkait ketersediaan bed di ruang ICU. 4. Dokter jaga IGD/dokter bangsal melaporkan kondisi pasien, ketersediaan bed ICU dan meminta persetujuan dokter penanggung jawab ICU dengan mengisi formulir prioritas masuk ICU (Apabila bed ICU penuh dan pasien yang akan masuk merupakan prioritas 1 maka dokter bangsal melaporkan kondisi pasien di ICU kepada dokter penanggung jawab ICU yang memungkinkan pasien bisa dipindahkan dari ICU, atas hasil tersebut dokter bangsal akan melaporkan kondisi tersebut kepada dokter penanggung jawab pasien dengan mengisi formulir prioritas keluar ICU). 5. Setelah bed tersedia maka pasien dapat dipindahkan ke ICU.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>6. Jika kondisi memungkinkan pasien untuk pulang / rawat inap di bangsal / rujuk ke RS yang lebih tinggi , maka keluarga pasien segera mengurus administrasi dengan perawat / petugas administrasi di ICU.</p> <p>Pengurusan administrasi pasien meliputi :</p> <p>a. Pasien Pulang Pasien yang dapat keluar dari ICU hanya pasien :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien Meninggal atau - Pulang atas permintaan sendiri <p>b. Pasien Rawat Inap di Bangsal Setelah pasien memenuhi syarat untuk perawatan di bangsal yaitu :</p> <p>c. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi dengan pertimbangan akan mendapatkan terapi lebih lanjut dan terapi serta alat yang lebih tinggi tingkat kemampuannya.</p> <p>ALUR MASUK KELUAR <i>INTENSIVE CARE UNIT</i></p>  <pre> graph TD IGD[IGD] --> ICU[ICU] ICU --> VK[VK/IBS] ICU --> BANGSAL[BANGSAL] ICU --> ADMISI[ADMISI] ADMISI --> KELUAR["KELUAR 1. MENINGGAL 2. ATAS PERMINTAAN SENDIRI"] ADMISI --> BANGSAL_RAWAT["BANGSAL / RAWAT INAP"] ADMISI --> RUJUK["RUJUK KE RS YANG LEBIH TINGGI"] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap Hari (24 jam)

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS. 2. Tidak membayar bagi pasien Jamkesda, klaim ke Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo. 3. Pasien Umum membayar sesuai TARIF.
5.	Produk Pelayanan	<p>Kemampuan Pelayanan ICU Sekunder RS Tipe B:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resusitasi jantung paru. 2. Pengelolaan jalan napas, termasuk intubasi trakeal dan ventilasi mekanik. 3. Terapi oksigen. 4. Pemasangan kateter vena sentral dan arteri. 5. Pemantauan EKG, pulse oksimetri, tekanan darah non invasive dan invasive. 6. Pelaksanaan terapi secara titrasi. 7. Pemberian nutrisi enteral dan parental. 8. Pemeriksaan laboratorium khusus dengan cepat dan menyeluruh. 9. Memberikan tunjangan fungsi vital dengan alat-alat portable selama transportasi pasien gawat. 10. Melakukan fisioterapi dada. 11. Melakukan prosedur isolasi. 12. Melakukan hemodialisis intermiten dan kontinyu.
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.</p> <p>3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.</p> <p>4. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.</p> <p>5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah.</p> <p>6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.</p> <p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778 / Menkes / SK / XII / 2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Intensive Care Unit Rumah Sakit.</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519 / Menkes / Per / III / 2011 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Anesthesiologi dan Terapi Intensif di Rumah Sakit.</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Anestesi.</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2022 tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.</p> <p>13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>14. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p> <p>15. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 779/Menkes/SK/VIII/2008 tentang Standar Pelayanan Anestesi di Rumah Sakit.</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>Berdasarkan Pedoman Teknis Ruang Perawatan Intensif Rumah Sakit Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan (Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan) Kementerian Kesehatan 2012. Kebutuhan Ruang:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Administrasi 2. Ruang untuk tempat tidur pasien 3. Ruang isolasi pasien 4. Pos sentral perawat / ruang stasi perawat 5. (Nurse central station) 6. Ruang dokter jaga 7. Ruang istirahat petugas 8. Pantri 9. Ruang penyimpanan alat medik 10. Ruang utilitas bersih 11. Ruang utilitas kotor 12. Ruang kepala ruangan ICU 13. Parkir troli 14. Ruang ganti penunggu pasien dan ruang ganti petugas (pisah pria wanita, termasuk di dalamnya loker) 15. Ruang tunggu keluarga pasien (berada di luar wilayah ICU) 16. Koridor untuk kebutuhan pelayanan 17. Janitor / ruang cleaning service 18. Toilet petugas medik 19. Ruang penyimpanan silinder gas medik 20. Toilet pengunjung / penunggu pasien 21. Ruang diskusi medis <p>Peralatan berdasarkan klasifikasi pelayanan ICU RS Tipe B adalah ICU sekunder (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Intensive Care Unit Rumah Sakit) meliputi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ventilasi Mekanik Canggih 2. Alat hisap 3. Alat ventilasi manual dan alat penunjang pernafasan 4. Peralatan akses vaskuler 5. Peralatan Monitor : <ol style="list-style-type: none"> a. Invasif : <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tekanan darah invasif - Tekanan vena sentral b. Non Invasif : <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah - EKG dan laju jantung - Saturasi oksigen (pulse oxymeter) - Kapnograf

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>6. Suhu</p> <p>7. EEG</p> <p>8. Defibrilator dan alat pacu jantung</p> <p>9. Alat pengatur suhu pasien</p> <p>10. Peralatan drain toraks</p> <p>11. Pompa infus dan pompa syringe</p> <p>12. Bronchoscopy</p> <p>13. Echokardiografi</p> <p>14. Peralatan portable untuk transportasi</p> <p>15. Tempat tidur khusus</p> <p>16. Lampu untuk tindakan</p> <p>17. Hemodialisis</p> <p>18. CRRT</p> <p>ALAT KEPERAWATAN DI RUANG ICU</p> <p>1. Kasur Degubitus</p> <p>2. Kasur</p> <p>3. Sentral Monitor</p> <p>4. Alat Ukur Kelembaban Udara di ruangan</p> <p>5. Trolley emergency</p> <p>6. Junction res</p> <p>7. Standar infus</p> <p>8. Suction portable</p> <p>9. Set Luka</p> <p>10. Bag Valve Mask dewasa</p> <p>11. Bag Valve Mask anak</p> <p>12. Laringoscope</p> <p>13. Trolley tindakan</p> <p>14. Stetoscope dewasa</p> <p>15. Stetoscope anak</p> <p>16. Pen light</p> <p>17. Tensimeter Portable</p> <p>18. Suction central</p> <p>19. Nebulizer mobile</p> <p>20. EKG 12 lead</p> <p>21. Tabung Oksigen kecil</p> <p>22. Meja kabinet</p> <p>LINEN BIDANG KEPERAWATAN DI RUANG ICU</p> <p>1. Sprei</p> <p>2. Sarung bantal</p> <p>3. Selimut</p> <p>4. Baju Pasien</p> <p>5. Perlak</p> <p>6. Stik laken</p> <p>ALAT RUMAH TANGGA DI RUANG ICU</p> <p>1. Almari dengan rak</p> <p>2. Gelas</p>

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>3. Sendok</p> <p>4. Piring</p> <p>5. Rak piring</p> <p>6. Kichen Set</p> <p>7. Galon air mineral</p> <p>8. Dispenser</p> <p>9. Rak jemuran</p> <p>10. Ember / Bak</p> <p>11. Gayung</p> <p>12. Bascom</p> <p>13. Kaset</p> <p>14. Kapstok / hanger</p> <p>PERALATAN RUMAH TANGGA</p> <p>1. 1 Set Komputer : CPU, keyboard, mouse</p> <p>2. Kalkulator</p> <p>3. Meja komputer</p> <p>4. Pesawat Telepon</p> <p>5. Meja kerja</p> <p>6. Kursi</p> <p>7. ATK</p> <p>8. Lemari Instrumen</p> <p>9. Lemari kaca</p> <p>10. Almari Etalase</p> <p>11. Rak kayu</p> <p>12. Nurse station set</p> <p>13. Kipas angin</p> <p>14. Printer</p> <p>15. AC ruangan</p> <p>16. Kursi kantor</p> <p>17. Kursi pasien</p> <p>18. Lokker pegawai</p> <p>ALAT PENCATATAN DAN PELAPORAN</p> <p>1. Worksheet Register</p> <p>2. Worksheet Inventaris Alkes</p> <p>3. Worksheet Indikator Mutu</p> <p>4. Worksheet pelaporan hasil kritis</p> <p>5. Buku Peminjaman alkes</p> <p>6. Worksheet risk register</p> <p>7. Form flow chart ICU</p> <p>8. Form Konsultasi</p> <p>9. Form sesuai dengan ketentuan dari Rekam Medik</p> <p>PERALATAN KESELAMATAN</p> <p>1. Gogle</p> <p>2. Apron plastik</p> <p>3. Sepatu boot</p> <p>4. Masker</p>

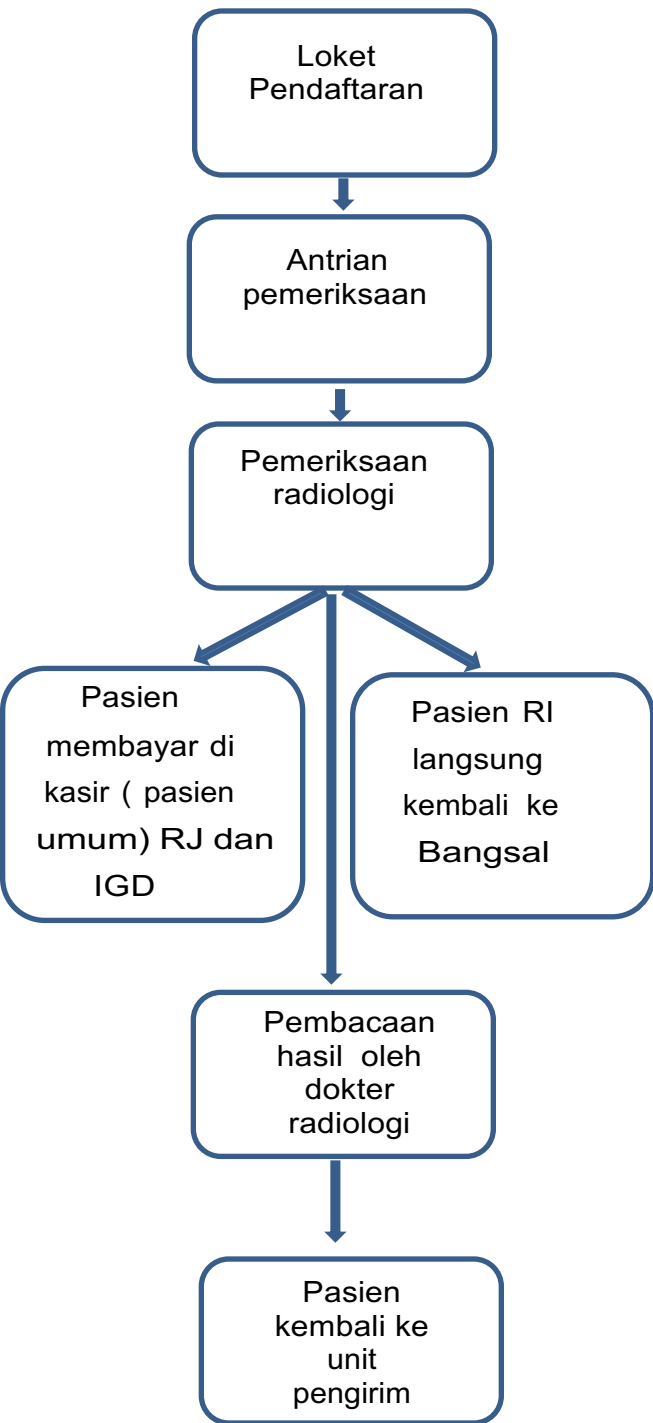
NO	KOMPONEN	URAIAN
		5. Sarung tangan 6. Face shield
9.	Kompetensi Pelaksanaan	(Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1778/Menkes/SK/XII/2010 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Intensive Care Unit Rumah Sakit) Tipe RS C yaitu Tipe Sekunder meliputi: 1. Kepala ICU : Dokter intensivis / dokter spesialis anesthesiologi (jika belum ada dokter intensivis). 2. Tim Medis : dokter spesialis (yang dapat memberikan pelayanan setiap diperlukan), dokter jaga 24 jam dengan kemampuan ALS / ACLS, dan FCCS. 3. Perawat : 100% perawat minimal D3 dengan sertifikat perawat mahir ICU setara (D4)/perawat terlatih dan bersertifikat ICU. 4. Tenaga Non Kesehatan: tenaga administrasi di ICU harus mempunyai kemampuan mengoperasikan komputer yang berhubungan dengan masalah administrasi, tenaga pekaya dan tenaga kebersihan.
10.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi dan Kepala Ruang Care Unit. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS.) 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
11.	Jumlah Pelaksana	1. Ka Instalasi ICU : 1 2. Kepala Ruang ICU : 1 3. Perawat Pelaksana : 28 4. Cleaning Service : 1
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket).
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.

15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Laporan Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
-----	---	--

STANDAR PELAYANAN RADIOLOGI

No	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN LAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>A. Persyaratan Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien Peserta JKN/BPJS <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien b. SEP 2. Pasien Umum <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien 3. Pasien Jaminan lain (Jampersal/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja/Jasa Raharja) <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien b. SEP
2.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>A. RAWAT JALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang di Instalasi Radiologi dan Petugas mengidentifikasi pasien melalui data di E-RM. 2. Pasien menunggu di ruang tunggu 3. Petugas administrasi Radiologi memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan input pada <i>billing system</i>. 4. Petugas administrasi radiologi mencetak label identitas pasien dan menyerahkan berkas pemeriksaan pasien serta label identitas pasien ke petugas radiografer yang akan melakukan pemeriksaan. 5. Petugas radiografer menyiapkan peralatan untuk pemeriksaan, kemudian memanggil pasien ke ruang pemeriksaan. 6. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melakukan identifikasi pasien dengan menanyakan minimal 2 (dua) identitas (nama dan tanggal lahir). 7. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melaksanakan pemeriksaan radiologi. 8. Dokter Sp. Rad melakukan pembacaan hasil. 9. Hasil pemeriksaan radiologi akan tampil di Komputer Poliklinik Rawat Jalan melalui E- RM.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p>10. Petugas memberikan penjelasan kepada Pasien tentang hasil pemeriksaan Radiologi yang dapat diakses melalui barcode di Lembar Hasil Pemeriksaan</p> <p>B. RAWAT INAP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP menulis jenis pemeriksaan radiologi pada formulir permintaan pemeriksaan (FPP) radiologi. 2. Petugas PU atau perawat mengantarkan pasien ke ruang radiologi. 3. Petugas administrasi Radiologi memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan input pada <i>billing system</i>. 4. Petugas radiografer menyiapkan peralatan untuk pemeriksaan, kemudian memanggil pasien ke ruang pemeriksaan. 5. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melakukan identifikasi pasien dengan menayakan minimal 2 (dua) identitas (nama dan tanggal lahir). 6. Petugas radiografer atau dokter Sp.Rad melaksanakan pemeriksaan radiologi. 7. Dokter Sp. Rad melakukan pembacaan hasil. 8. Pasien yang selesai diperiksa kembali ke ruang rawat inap. 9. Hasil pemeriksaan radiologi akan tampil di Komputer Rawat Inap melalui E-RM. 10. Apabila hasil segera dibutuhkan, perawat atau Pu mengambil di bagian radiologi.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p data-bbox="625 236 982 274">C. ALUR PELAYANAN</p>  <pre data-bbox="617 299 1266 1719"> graph TD A[Loket Pendaftaran] --> B[Antrian pemeriksaan] B --> C[Pemeriksaan radiologi] C --> D[Pasien membayar di kasir (pasien umum) RJ dan IGD] C --> E[Pasien RI langsung kembali ke Bangsal] D --> F[Pembacaan hasil oleh dokter radiologi] E --> F F --> G[Pasien kembali ke unit pengirim] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p data-bbox="625 1739 1331 1781">1. Pelayanan Radiologi : Buka 24 Jam</p> <p data-bbox="625 1781 1331 1831">2. Waktu selesai hasil pemeriksaan radiologi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="673 1831 1315 1881">a. Pasien IGD/ Cito : Maksimal 1 Jam <li data-bbox="673 1881 1274 1931">b. Pasien RJ : Maksimal 3 Jam <li data-bbox="673 1931 1339 1993">c. Pasien RI : di ambil oleh perawat ruangan
4.	Biaya Tarif Pelayanan	<p data-bbox="625 2006 1412 2155">A. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku.</p> <p data-bbox="625 2155 1315 2205">B. Pasien Umum membayar biaya sesuai tarif</p>
5.	Produk Pelayanan	<p data-bbox="625 2230 1120 2372">Pelayanan Radiologi konvensional USG Ct Scan MRI</p>

No	KOMPONEN	URAIAN
6.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan/Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humarskh.tpr@gmail.com 8. Nomor Hp Radiologi : 082352636078
PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2020 tentang Pelayanan Radiologi Klinis.
2.	Sarana Dan Prasarana Dan/Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Pemeriksaan Radiologi 2. Ruang Pemeriksaan CT Scan dan MRI 3. Ruang Tunggu pasien 4. Ruang Administrasi 5. Ruang Baca dokter ahli Radiologi 6. Ruang Jaga petugas 7. Ruang Rapat 8. Ruang Perbekalan film dan bahan habis pakai 9. Ruang ganti pasien 10. WC 11. Alat pemeriksaan radiologi : CT-scan, USG, X-ray Mobile dan MRI, PACS 12. Komputer dan printer 13. Pesawat Telepon 14. Jaringan internet 15. Almari Penyimpanan B3 16. Almari Penyimpanan berkas 17. Almari Penyimpanan linen
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Spesialis Radiologi 2. Radiografer 3. Fisikawan Medis 4. Perawat 5. Petugas Proteksi radiasi 6. Tenaga administrasi yang mampu mengoperasikan komputer. 7. Atem

No	KOMPONEN	URAIAN
4.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring dan evaluasi oleh kepala instalasi dibantu koordinator dalam pelaksanaan pelayanan. 2. Supervisi oleh Bidang Pelayanan Penunjang. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite PPI Rumah Sakit. 5. Komite K3. 6. Satuan Pengawas Internal.
5.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Radiografer :11(sebelas) orang 2. Sp. Rad : 1 (satu) orang 3. Petugas administrasi : 2 (dua) orang 4. Fisikawan medis : 1 (satu) orang 5. Perawat : 1 (satu) orang 6. PPR : 1 (satu) orang 7. Atem : 1 (satu) orang
6.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif serta berfokus pada upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien.
7.	Jaminan Keamanan Dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan proteksi radiasi oleh Petugas Proteksi Radiasi. 4. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Satpam) RSUD.
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN LABORATORIUM

No	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>A. Pasien Peserta JKN/BPJS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas Pasien 2. SEP 3. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui E-RM <p>B. Pasien Umum</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas Pasien 2. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui E-RM <p>C. Pasien Jaminan lain (Jampersal/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas Pasien 2. SEP 3. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui E-RM <p>Catatan: Pasien umum dapat melakukan pemeriksaan laboratorium secara mandiri (atas permintaan sendiri), pasien tidak atau dengan membawa FPP.</p>
2.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>A. RAWAT JALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien menyerahkan kelengkapan berkas ke pendaftaran laboratorium. 2. Petugas administrasi Laboratorium memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan input data. Pada pasien umum diberikan struk pembayaran untuk selanjutnya melakukan pelunasan di bagian kasir setelah dilakukan pengambilan sampel. 3. Petugas administrasi laboratorium mencetak label identitas pasien dan menyerahkan FPP serta label identitas pasien ke bagian sampling. <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Patologi Klinik: <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas sampling menyiapkan peralatan dan bahan untuk melakukan sampling, kemudian memanggil pasien ke ruang sampling untuk dilakukan pengambilan sampel sesuai FPP.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p>2) Petugas sampling melakukan identifikasi pasien.</p> <p>3) Petugas sampling melakukan pengambilan sampel sesuai dengan kebutuhan pemeriksaan yang diminta.</p> <p>4) Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan pada sampel yang sudah diterima.</p> <p>5) Petugas laboratorium di masing-masing bagian melakukan <i>release</i> hasil pemeriksaan yang sudah selesai di LIS.</p> <p>6) Dokter spesialis patologi klinik / petugas laboratorium senior melakukan <i>authorized</i> hasil, dan hasil akan tercetak secara otomatis.</p> <p>7) Petugas administrasi laboratorium mencocokkan hasil dengan nomor Rekam Medis pada kartu berobat pasien sebelum menyerahkan hasil pada pasien.</p> <p>b. Pasien Patologi Anatomi</p> <p>1) Sampel PA dan Blanko Permintaan diserahkan ke Unit Laboratorium.</p> <p>2) Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan pada sampel yang sudah diterima.</p> <p>3) Petugas laboratorium melakukan Reagistarsi/ pencatatan sampel di laboratorium.</p> <p>4) Sampel dikirim/ dirujuk ke Laboratorium Patologi Anatomi yang sudah bekerja sama dengan pihak Rumah Sakit.</p> <p>5) Hasil yang telah selesai akan dikirimkan melalui Via WA/ Email kepada petugas laboratorium.</p> <p>B. RAWAT INAP</p> <p>a. Pasien Patologi Klinik</p> <p>1) DPJP menginput permintaan pemeriksaan pasien sesuai dengan indikasi pada SIMRS.</p> <p>2) Petugas Ruang menginformasikan ada permintaan laboratorium kepada petugas laboratorium</p> <p>3) Petugas laboratorium melakukan pengambilan sampel sesuai dengan data permintaan pemeriksaan pasien tersebut.</p> <p>4) Sampel diambil petugas laboratorium pada jam tertentu atau diantar ke laboratorium oleh perawat apabila pemeriksaan Cito.</p>

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN LABORATORIUM</p> <pre> graph TD A[DAFTAR DI LOKET REKAM MEDIS] --> B[RAWAT JALAN (POLI DAN IGD)] A --> C[RAWAT INAP] B --> D[FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN DARI DOKTER] C --> D D --> E[PASIEN UMUM] D --> F[PASIEN BPJS DAN DINAS] E --> G[KASIR] F --> H[Pengambilan sampel darah] G --> H H --> I[Proses pemeriksaan Lab] I --> J[Hasil] J --> K[Dokter Konsulen] </pre>

No	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Patologi Klinik <ul style="list-style-type: none"> c. Rawat Jalan dan Rawat Inap Reguler : ≤ 140 menit (jika tidak perlu konfirmasi ulang sampling dan Kecuali pemeriksaan GD2JPP, Kultur dan Hapusan Darah Tepi) d. IGD / Pasien Cito : ≤ 60 menit 2. Patologi Anatomi : ≤ 7 hari
4.	Biaya/ Tarif	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien umum di kenakan biaya sesuai tarif
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Laboratorium Terpadu
7.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan/ Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humarsrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
8.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/MENKES/PER/III/2010 Tahun 2010 tentang Laboratorium Klinik. 6. Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Nomor : Hk.02.02/III/2976/2022 tentang Standar Minimal Izin Usaha Laboratorium Medis. 7. Peraturan Direktur Nomor 5 Tahun 2021 tentang Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Direktur Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada Nomor 7 Tahun 2023 tentang Perubahan Atas Peraturan Direktur Nomor 5 Tahun 2021 tentang Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo.
9.	Sarana Dan Prasarana Dan/ Atau Fasilitas	1. Ruang Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi, Kimia Klinik, Immunologi, Mikrobiologi, Urinalisa). 2. Ruang Tunggu pasien

No	KOMPONEN	URAIAN
		3. Ruang Administrasi 4. Ruang Dokter 5. Ruang Jaga petugas 6. Ruang Pengambilan Sampel 7. Ruang Proses/ Pemeriksaan Sampel 8. Ruang Pengecatan 9. Kamar Mandi petugas 10. Kamar Mandi pasien 11. Alat pemeriksaan pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> a. Hematologi Analyzer b. Kimia Klinik Analyzer c. Immunologi Serologi Analyzer (IChroma dan Mindray) d. Urinalisa Analyzer e. LED Automatic f. Elektrolit Analyzer g. Coagulation Analyzer h. PCR i. Kulkas Penyimpanan Reagen j. Kulkas Penyimpanan Sampel 12. Komputer dan printer 13. Pesawat Telepon 14. Jaringan internet 15. Almari Penyimpanan B3 16. Almari Penyimpanan Dokumen
10.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) 3. Tenaga administrasi yang mampu mengoperasikan komputer
11.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Penanggung Jawab Laboratorium dan Kepala Unit Laboratorium. 2. Supervisi oleh Kepala Instalasi Penunjang Diagnostik 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi(PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja RumahSakit (K3 RS.) 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
12.	Jumlah Pelaksana	1. Ka Instalasi Jangdiag : 1 2. Dokter Spesialis Patologi Klinik : 2 3. Kepala Ruang Lab : 1(D-IV) 4. Pranata Laboratorium : 12 (D-IV 2 Orang, DIII 10 Orang) 5. Petugas Admin: 1 6. Cleaning Service : 1
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.


14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket).
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab (< 30 Menit) 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 4. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p>

		<p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p> <p>INDIKATOR UNIT</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pelaksana Ekspertisi2. Tidak Adanya Kesalahan Pemberian Hasil Pemeriksaan Laboratorium3. Waktu Tunggu Hasil Pemeriksaan Laboratorium
--	--	---

STANDAR PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>A. Pasien Peserta JKN/BPJS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. NIK pada Kartu identitas (KTP / SIM / Pasport) atau Kartu BPJS 2. Rujukan dari FKTP atau FKTRL atau 3. Surat kontrol. <p>B. Pasien Umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu identitas (KTP/SIM/Pasport) 2. Surat Kontrol bagi pasien yang kontrol <p>C. Pasien Jaminan lain (Jampersal/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kartu Identitas (KTP/ SIM / Pasport) 2. Surat Rujukan FKTP/FKTRL bila Jaminan Jampersal 3. Surat Rujukan FKTP atau Surat Pengantar Dinas Sosial bila Jaminan Jamkesda 4. Surat Rujukan/Pengantar dari klinik Perusahaan/dokter perusahaan bila Jaminan BPJS Tenaga Kerja.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. RAWAT JALAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien berasal dari rujukan IGD, IRJA, IRNA dan pasien datang langsung tanpa jaminan kesehatan, pasien rujukan dari Institusi kesehatan lain, dokter praktek swasta atau mandiri tanpa maupun dengan jaminan kesehatan mendaftar ke loket pendaftaran RS. 2. Petugas pendaftaran Instalasi Rehabilitasi Medik menerima berkas pasien, mendaftar pasien, dan menyerahkan berkas ke dokter Sp. KFR. 3. Dokter Sp. KFR melakukan assesment untuk menentukan diagnosis medik dan fungsional. 4. Tidak ditemukan indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik (tindakan dokter Sp. KFR, keterampilan fisik, keteknisan medis (ortotik prostetik), intervensi psikologi) pasien akan dikembalikan ke Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) perujuk.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>5. Ditemukan indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik maka dilakukan proses tindakan dokter Sp. KFR, keterampilan fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik), maupun intervensi psikologi, sesuai indikasi.</p> <p>6. Setelah pasien menjalani proses rehabilitasi dan menyelesaikan administrasi, penjadwalan kunjungan ulang, maka pasien boleh pulang.</p> <p>7. Petugas pendaftaran rehabilitasi medik memasukkan tindakan pelayanan keterampilan fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik), maupun psikologi ke Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).</p> <p>ALUR PASIEN RAWAT JALAN</p> <pre> graph TD PASIEN --> PENDAFTARAN PENDAFTARAN --> IGD_IRJA_IRNA[IGD IRJA IRNA] PENDAFTARAN --> RUKUN[MEMBAWA PENGANTAR RUJUKAN DOKTER PRAKTEK SWASTA/MANDIRI ATAU INSTITUSI KESEHATAN LAIN DENGAN JAMINAN KESEHATAN MAUPUN TANPA JAMINAN KESEHATAN] IGD_IRJA_IRNA --> INSTALASI[INSTALASI REHABILITASI MEDIK] RUKUN --> INSTALASI INSTALASI --> ASSESMEN[ASSESMEN Sp. KFR (DIAGNOSA MEDIK DAN FUNGSIONAL)] ASSESMEN --> INDIKASI[INDIKASI TINDAKAN REHABILITASI MEDIK : - TINDAKAN DOKTER SPESIALIS KEDOKTERAN FISIK DAN REHABILITASI - KETERAPIAN FISIK - KETEKNISAN MEDIS (ORTOTIK PROSTETIK) - INTERVENSI PSIKOLOGI] INDIKASI -- TIDAK --> PENDAFTARAN INDIKASI -- YA --> PROSES[PROSES TINDAKAN REHABILITASI MEDIK SESUAI INDIKASI] PROSES --> ADMIN[ADMINISTRASI & PENJADWALAN] ADMIN --> SELESAI[SELESAI] SELESAI --> PASIEN </pre> <p>B. RAWAT INAP:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) membuat rujukan atau permintaan secara tertulis kepada dokter Sp.KFR. 2. Petugas ruangan rawat inap yang bersangkutan menyampaikan informasi kepada petugas pendaftaran rehabilitasi medik untuk diregistrasi dan disampaikan kepada dokter Sp. KFR.

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>3. Dokter Sp.KFR mendatangi ruangan rawat inap sesuai dengan informasi, mempelajari rekam medik pasien, melakukan assesment untuk menentukan diagnosis medik dan fungsional serta indikasi keterapian fisik.</p> <p>4. Apabila ada indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik (keterapian fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik), maupun psikologi), maka petugas ruangan rawat inap yang bersangkutan menyampaikan informasi kepada petugas pendaftaran rehabilitasi medik untuk disampaikan kepada petugas yang bersangkutan.</p> <p>5. Petugas keterapian fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik) dan atau psikologi melakukan proses intervensi sesuai prosedur, intervensi dan evaluasi terhadap pasien dilakukan secara berkala dan di dokumentasikan dalam lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di rekam medik pasien serta memasukkan tindakan pelayanan keterapian fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik) dan psikologi ke Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS).</p> <p>6. Setelah program keterapian fisik, keteknisian medis (ortotik prostetik), ataupun psikologi selesai, petugas merujuk kembali kepada dokter Sp. KFR dengan disertai catatan klinis fisioterapi, catatan klinis ortotik prostetik, dan catatan psikologi.</p> <p>ALUR PASIEN RAWAT INAP</p>  <pre> graph TD A[DOKTER DPJP] --> B[PETUGAS RUANGAN RAWAT INAP] B --> C[PETUGAS PENDAFTARAN] C --> D[DOKTER Sp. KFR] D --> E["- PETUGAS KETERAPIAN FISIK - PETUGAS KETEKNISIAN MEDIS - PSIKOLOG"] E --> F[ADMINISTRASI] F --> G[SELESAI/PULANG] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Rawat Jalan : 15 menit s/d 1 jam Rawat Inap : 15 menit s/d 1 jam

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya / Tarif	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum membayar sesuai dengan tarif
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Instalasi Rehabilitasi Medik: a. Pelayanan Fisioterapi
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humarskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 290/Menkes /Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran.

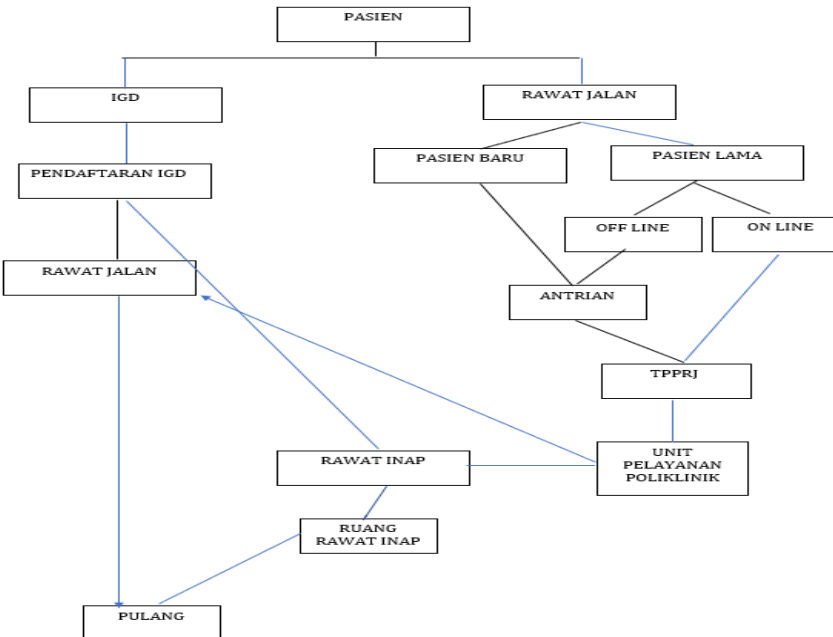
NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 378 Tahun 2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit.</p> <p>8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Okupasi Terapi.</p> <p>9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Ortotik Prostetik.</p> <p>10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisioterapi.</p> <p>11. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.</p> <p>12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2017 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Psikolog Klinis.</p> <p>13. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit.</p> <p>14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana, Dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit.</p> <p>15. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.</p> <p>16. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.</p>
2.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>RUANG :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruang Tunggu • Gudang Alat • Kamar mandi pasien • Lantai bawah terdiri dari 10 buah Bed • Ruang Periksa Dokter • Ruang Administrasi • Ruang Gymnasium • Kamar Mandi petugas • Pantry • Bengkel Ortotik Prostetik <p>Alat Dokter Sp. KFR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laser Terapi

NO	KOMPONEN	URAIAN
		Alat Fisioterapi : 1. Short Wave Diathermy 2. Micro Wave Diathermy 3. TEN'S 4. Faradisasi / Galvanisasi 5. Infra Red 1 Lampu 6. Ultrasound 7. Traksi Lumbal 8. Traksi Cervical 9. Paraffin Bath 10. Coolpack Therapy 11. Hotpack Therapy 12. Miror Terapi
	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter fisiotherapi 2. Fisiotherapis
11.	Pengawasan Internal	1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi dan Kepala Ruang Fisioterapi 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS.) 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
12.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter fisiotherapi 2 orang 2. Fisiotherapis 3 orang
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket).
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indukator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	A. INM 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien

		<p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	--

STANDAR PELAYANAN REKAM MEDIK

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Pasien Umum: Pasien lama c. Kartu berobat d. KTP(kartu identitas pasien)</p> <p>Pasien Baru b. KTP(kartu identitas pasien) .</p> <p>2. Pasien JKN/KIS: c. Pasien lama - Kartu berobat - Kartu jaminan BPJS, surat mondok dari IGD atau IRJA, SEP yang diterbitkan TPPRI, foto copy KTP, KK (untuk pasien dengan rencana menggunakan JKN KIS dalam maksimal 3 x 24 jam), tanda tangan persetujuan kenaikan kelas (jika dikehendaki) bagi peserta BPJS non PBI, kartu/syarat penjaminan lain, misal jasa raharja, JKD.</p> <p>d. Pasien baru - KTP - Kartu BPJS</p> <p>3. Pasien dengan Asuransi lainnya Berlaku administrasi umum.</p>

2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p style="text-align: center;">ALUR PELAYANAN RAWAT INAP</p>  <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien datang melalui IGD langsung ke pendaftaran IGD 2. Pasien Rawat jalan dengan pendaftaran Online langsung ke TPPRJ 3. Pasien Rawat jalan dengan Offline dan pasien baru mengambil nomor antrian dan selanjutnya ke TPPRJ 4. Pasien ke unit pelayanan 5. Pasien yang rawat jalan boleh langsung pulang 6. Pasien yang rawat inap langsung ke ruangan rawat inap sampai di nyatakan boleh pulang
NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Setiap Hari (24 jam)
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak membayar bagi pasien BPJS, klaim ke BPJS 2. Pasien Umum membayar sesuai Tarif Rumah sakit.
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan rawat inap
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 Email : humarskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		

7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Dalam Republik Indonesia Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2022 Tentang Persyaratan Teknis Bangunan, Prasarana dan Peralatan Kesehatan Rumah Sakit. 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. 12. KMK Nomor 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis
----	-------------	--

NO	KOMPONEN	URAIAN
8.	Sarana dan Prasarana dan / atau Fasilitas	<p>Ruang RM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Filing 2. Ruang Pendaftaran rawat jalan 3. Ruang pendaftaran IGD 4. Ruang pendaftaran Rawat inap 5. Ruang Rapat 6. Gudang berkas RM 7. Ruang tunggu 8. WC 9. Ruang Karu 10. APAR <p>Peralatan Administrasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. Jaringan internet 4. Meja kerja 5. Kursi 6. Trolley 7. Lemari dokumen 8. Rak pengambilan rekam medis 9. Kunci pintu finger 10. Mesin antrian 11. Alat cetak kartu 12. Alat cetak barcode gelang pasien 13. Alat scan finger pasien 14. Alat camera frista 15. ATK 16. Form RM
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patugas Rekam Medis 2. Informatika
10.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Rawat Jalan. 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite PPI 5. Komite K3RS 6. SPI
11.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 7. Petugas Rekam Medis : 3 orang 8. Karu : 1 Orang 9. D3 Informatika : 2 orang 10. Administrasi : 11 orang
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan Piket dan Provost.
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan . 3. Evaluasi kepuasan pelanggan dilaksanakan minimal 2 (dua) kali setahun. 4. Tindak lanjut hasil evaluasi yang direkomendasikan dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan mutu dan keselamatan

NO	KOMPONEN	pasien
		URAIAN
15.	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>M. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan (Denum = 200) 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif (Tertunda Lebih dari 1 Jam) 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter (Dokter Visite Pukul (06.00-14.00)) 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>N. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>O. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p> <p>INDIKATOR MUTU UNIT</p> <p>Pengembalian RM rawat inap 24 jam</p>

STANDAR PELAYANAN FARMASI

No	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Rawat Jalan :</p> <p>a. Pasien umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) resep dari dokter 2) Bukti pelayanan pasien sesuai dengan poliklinik tempat pasien diperiksa <p>b. Pasien JKN/ BPJS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) resep dari dokter 2) Surat Elegibilitas Peserta (SEP) 3) Kelengkapan jaminan (fotokopi hasil laboratorium, fotokopi hasil spirometri) <p>c. Pasien asuransi lainnya :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) resep dari dokter 2) Bukti pelayanan pasien sesuai dengan poliklinik tempat pasien diperiksa <p>2. Rawat Inap : Lembar resep dari dokter</p>
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. RAWAT JALAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas penerima resep di depo rawat jalan menerima resep dari pasien <ol style="list-style-type: none"> a. Apabila resep manual : pasien menyerahkan SEP dan resep kepada petugas farmasi rawat jalan b. Apabila elektronik resep : pasien menyerahkan SEP kepada petugas farmasi rawat jalan 2. Apoteker melakukan telaah resep terhadap kelengkapan administrasi, farmasetis dan persyaratan klinis 3. Petugas melakukan entry data resep yang telah ditelaah kebenarannya 4. Petugas entri mencetak struk biaya obat untuk resep pasien umum dan menyerahkan kepada pasien untuk membayar obat ke kasir. 5. Petugas entri mencetak etiket obat dan mencocokkan antara resep dan etiket yang tercetak. 6. Tenaga teknis kefarmasian melakukan pengecekan dengan memeriksa kebenaran obat yang telah disiapkan sesuai resep meliputi nama pasien, jenis obat serta aturan pakai obat, serta menuliskan tanggal kadaluwarsa obat pada etiket.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p>6. Apoteker melakukan telaah obat sesuai kaidah 5 (lima) benar yaitu benar obat, benar dosis, benar waktu pemberian, benar rute dan benar pasien.</p> <p>7. Apoteker menyerahkan obat dengan disertai pemberian informasi obat dengan lebih dahulu memastikan kebenaran identitas pasien.</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD A[Pasien Mendapatkan Resep Dari DPJP] --> B[Pasien menuju apotik rawat jalan dan menyerahkan lembar resep/ SEP /menunjukkan kartu] B --> C[Apoteker melakukan telaah resep] C --> D[TTK menyiapkan/ meracik obat] D --> E[Apoteker Melakukan Edukasi Dan Menyerahkan Obat Kepada Pasien] </pre> </div> <p>B. RAWAT INAP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) menulis resep obat di formulir resep rawat inap. 2. Perawat mengantar formulir resep rawat inap ke depo farmasi 3. Apoteker melakukan telaah resep yang sudah diterima dari perawat. 4. Petugas farmasi mengantar obat ke bangsal beserta formulir resep rawat inap. 5. Perawat melakukan pengecekan antara jumlah obat yang diberikan dengan yang tertulis di resep.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<pre> graph TD A[Resep rawat inap diterima petugasfarmasi] --> B[Resep ditelaah oleh apoteker] B --> C[Penginputan obat ke billing RS dan cetak etiket] C --> D[Penyiapan obat obat] D --> E[Pengecekan kesesuaian obat dengan resep dan inputan resep di] E --> F[Obat yg telah siap dikirim sesuai ruangan] F --> G[Petugas farmasi melakukan serahterima obat dengan perawat ruangan] </pre>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>A. Rawat Jalan Senin – Jum’at : 07.00 – 17.00 Waktu tunggu obat racikan maksimal 60 menit Waktu tunggu obat non racikan maksimal 30 menit</p> <p>B. Rawat Inap dan IGD Pelayanan Farmasi 24 jam</p>
4.	Biaya Tarif Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. Pasien Umum Membayar biaya pelayanan sesuai tarif

No	KOMPONEN	URAIAN
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Farmasi
6.	Pengelolaan Pelayanan Aduan Dan Saran	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humarsrskh.tpr@gmail.com 8. No wa :082354970441
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
8.	Sarana Dan Prasarana dan/atau Fasilitas	<p>A. Gudang Obat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruang Penerimaan Obat dan Alkes 2. Ruang Penyimpanan Obat dan Alkes 3. Rak Penyimpanan Obat dan Alkes 4. Ruang Administrasi 5. Ruang apoteker 6. Kulkas penyimpanan Obat dan Vaksin 7. AC 8. Ruang Distribusi/penyerahan Obat ke unit 9. Meja kursi kerja 10. Komputer dan Printer 11. Jaringan internet <p>B. Lemari Sitostatika:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Biological Safety Cabinet (BSC) 2. Loker Penyerahan sediaan steril dan sitostatika 3. Ruang Penyiapan sediaan steril dan sitostatika 4. Ruang administrasi 5. Meja dan Kursi 6. Kulkas Penyimpanan Obat 7. Komputer dan Printer 8. Jaringan Internet
9.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker 2. Tenaga Teknis Kefarmasian 3. Tenaga Administrasi bisa mengoperasikan komputer

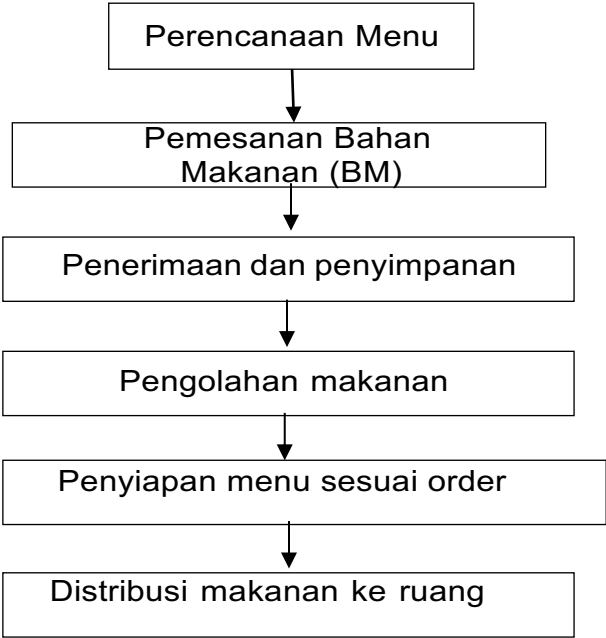
No	KOMPONEN	URAIAN
11.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Farmasi dan Kepala Ruang farmasi 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS.) 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
12.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apoteker : 3 orang 2. Tenaga Teknis Kefarmasian : 12 orang 3. Tenaga Administrasi bisa mengoperasikan komputer : 1 orang
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket). 4. Untuk keamanan double check
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN GIZI

No	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN LAYANAN		
1.	Persyaratan	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien rawat jalan yang mendapat rujukan dari poliklinik spesialis untuk konsultasi gizi di poliklinik gizi. b. Pasien umum (mandiri) yang mendaftar di bagian pendaftaran rawat jalan dan langsung ke poliklinik gizi. <p>2. Konsultasi Gizi Rawat Inap Pasien yang menjalani rawat inap.</p> <p>3. Penyelenggaraan Makan Pasien yang menjalani rawat inap.</p>
2.	Sistem Mekanisme Dan Prosedur	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien dari rujukan dokter di poliklinik spesialis langsung datang ke poliklinik gizi b. Pasien yang bukan merupakan rujukan dari poli spesialis, mendaftar terlebih dahulu di bagian pendaftaran. c. Pasien ke ruang poli gizi d. Ahli Gizi melaksanakan asesmen dan memberikan konsultasi gizi e. Pasien selesai dilayani f. Pasien umum melakukan pembayaran di kasir, sedangkan pasien dengan jaminan BPJS dapat menyerahkan berkas penjaminan kepada petugas <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <pre> graph TD A[PASIEN RUJUKAN] --> B[PENDAFTARAN POLI] A --> C[SPESIALIS PASIEN] B --> D[Asesmen gizi dan konsultasi gizi] C --> D D --> E[Pasien umum membayar di kasir] D --> F[Pasien BPJS menyerahkan berkas penjaminan kepada petugas] </pre> </div>

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p>2. Konsultasi Gizi Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat melakukan skrining gizi pada asesmen awal keperawatan pasien rawat inap b. Ahli gizi ruangan akan melakukan asuhan gizi atau edukasi sesuai hasil skrining. c. Ahli gizi melakukan asuhan gizi jika skor hasil skrining: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien anak (< 1) 2) Pasien dewasa (≥ 2) 3) Pasien dengan kondisi khusus dirawat di ICU, PICU dan NICU d. Ahli gizi memberikan konseling gizi sesuai dengan kondisi pasien e. Ahli gizi menuliskan hasil pengkajian pada formulir CPPT f. Ahli gizi melakukan monitoring dan evaluasi gizi g. Pada pasien yang tidak memenuhi kriteria skor, ahli gizi melakukan edukasi gizi <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <pre> graph TD A[Pasien rawat inap] --> B[Skrining gizi oleh perawat] B --> C[Pasien beresiko gizi] C --> D[Asesmen gizi oleh ahli gizi] D --> E[Konseling gizi] E --> F[Monitoring evaluasi gizi] </pre> </div> <p>3. Penyelenggaraan Makan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ahli gizi menyusun perencanaan menu b. Ahli gizi melaksanakan pemesanan bahan makanan

No	KOMPONEN	URAIAN
		<p>c. Petugas gizi melaksanakan penerimaan dan penyimpanan bahan makanan</p> <p>d. Petugas gizi melaksanakan pengolahan makanan.</p> <p>e. Perawat di ruang rawat inap melaksanakan pemesanan menu diet / non diet pasien berdasarkan advis diet pasien.</p> <p>f. Petugas gizi mendistribusikan makanan ke ruang rawat inap dengan melakukan identifikasi pasien.</p> <div style="text-align: center;">  <pre> graph TD A[Perencanaan Menu] --> B[Pemesanan Bahan Makanan (BM)] B --> C[Penerimaan dan penyimpanan] C --> D[Pengolahan makanan] D --> E[Penyiapan menu sesuai order] E --> F[Distribusi makanan ke ruang] </pre> </div>
3.	Jangka Waktu Pelayanan	<p>1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan</p> <p>a. Senin – Kamis : 07.00 – 11.00</p> <p>b. Jumlat : 07.00 – 10.00</p> <p>c. Sabtu : 07.00 – 11.00</p> <p>d. Hari Minggu/Libur Nasional : tutup</p> <p>e. Durasi : 20 sd 30 menit/pasien</p> <p>2. Asuhan Gizi Rawat Inap</p> <p>a. Senin – Kamis : 07.00 – 14.00</p> <p>b. Jumlat : 07.00 – 11.00</p> <p>c. Sabtu : 07.00 – 13.00</p> <p>d. Senin- Minggu setelah jam kerja sd 17.00 : on call</p> <p>e. Hari Minggu/Libur Nasional : on call</p> <p>f. Durasi : 5 sd 20 menit/ pasien</p>

No	KOMPONEN	URAIAN
		3. Penyelenggaraan Makan a. Makanan Utama 1) Pagi : 06.00 – 07.00 2) Siang : 11.30 - 12.30 3) Malam : 16.30 – 17.30 b. Selingan Snack a. Pagi : 09.00 – 10.00 b. Siang : 14.00 – 15.00
4.	Biaya Tarif Pelayanan	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum membayar sesuai tarif
5.	Produk Pelayanan	1. Konsultasi Gizi Rawat Jalan 2. Asuhan Gizi Pasien Rawat Inap 3. Penyelenggaraan Makan untuk pasien dan karyawan
6.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan/Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.

No	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 5. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2004 tentang Keamanan, Mutu dan Gizi Makanan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 78 Tahun 2013 tentang Pedoman Pelayanan Gizi Rumah Sakit. 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Tenaga Gizi.
2.	Sarana Dan Prasarana Dan/Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gedung instalasi gizi. 2. Ruang penyimpanan bahan makanan basah. 3. Ruang penyimpanan bahan makanan kering. 4. Ruang penerimaan bahan makanan. 5. Ruang persiapan bahan makanan. 6. Ruang produksi makanan. 7. Ruang pemorsian. 8. Tempat pencucian alat makan pasien. 9. Tempat pencucian alat masak. 10. Troly makanan. 11. Komputer dan printer. 12. Ruang administrasi. 13. Freezer makanan. 14. Refrigerator makanan. 15. Set peralatan masak dan kompor. 16. Alat makan pasien. 17. Rak penyimpanan alat dan bahan makanan. 18. Pesawat Telepon. 19. Jaringan internet. 20. Almari penyimpanan B3. 21. Almari penyimpanan berkas 22. Alamari penyimpanan linen 23. Perlengkapan APD
3.	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli Gizi 2. Pengelola Makanan 3. Administrasi
11.	Pengawasan Internal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitoring & evaluasi oleh Kepala Instalasi Gizi dan Kepala Dapur 2. Supervisi oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Seksi Pelayanan. 3. Komite Mutu Rumah Sakit. 4. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). 5. Komite Kesehatan Keselamatan Kerja Rumah Sakit (K3 RS.) 6. Satuan Pengawas Internal (SPI).
12.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ahli Gizi : 2 orang 2. Juru masak : 7 orang 3. Pramusaji : 5 orang
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya.

	Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket). 4. Makanan di berikan selagi hangat dengan menggunakan trolley makanan yang higienis
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p>

		<p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APPLICABLE)</p>
--	--	---

STANDAR PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

No	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identitas Pasien 2. Surat Kematian
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila ada pasien yang meninggal dari IGD/Rawat Inap/ICU, maka perawat jaga segera memberitahu kepada petugas IPJ. 2. Setelah proses di IGD/Rawat Inap/ICU sudah selesai jenazah diantar perawat jaga atau diambil petugas IPJ untuk dibawa keruang Kamboja. 3. Petugas IPJ melakukan serah terima surat kematian kepada perwakilan keluarga, sekaligus mengkonfirmasi ulang kepada keluarga jenazah bahwasanya jenazah mau langsung dibawa kerumah duka atau menghendaki dilakukan pemulasaraan dirumah sakit. 4. Petugas melaksanakan pemulasaraan jenazah. 5. Jenazah diantar kerumah duka dengan ambulance oleh Driver setelah pelayanan selesai. <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <p>Pasien meninggal di ruang rawat inap/IGD/ICU</p> <p>↓</p> <p>Petugas mengantar jenazah ke instalasi pemulasaraan jenazah</p> <p>↓</p> <p>Petugas melaksanakan pemulasaraan jenazah</p> <p>↓</p> <p>Driver mengantar jenazah ke rumah duka dengan ambulance</p> </div>

No	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Pelayanan pemulasaran jenazah 24 (dua puluh empat) jam. Waktu proses pelayanan pemulasaran jenazah selama kurang lebih 60 (enam puluh) menit.
4.	Biaya/ Tarif	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja dan penjaminan lain, sesuai ketentuan yang berlaku. 2. Pasien Umum di berkalkukan pembayaran sesuai tarif
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Instalasi Pemulasaran Jenazah (IPJ)
6.	Penanganan Pengaduan, Saran Dan Masukan/ Apresiasi	1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
7.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang –Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 5. Peraturan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo Nomor 5 Tahun 2021 tentang Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo.
8.	Sarana Dan Prasarana Dan/Atau Fasilitas	1. Ruang pemulasaraan jenazah 2. Mortuary cabinet (lemari pendingin jenazah) 3. Peralatan untuk memandikan jenazah 4. APD 5. Peti jenazah 6. Lemari berkas dan lemari peralatan

12.	Jumlah Pelaksana	1. Rohaniawan 5 orang 2. Pelaksana 3. Pengelola Makanan 4. Administrasi
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket). 4. Makanan di berikan selagi hangat dengan menggunakan trolley makanan yang higienis

15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>3. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan.</p> <p>4. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.</p>
	Indikator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	<p>A. INM</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>

STANDAR PELAYANAN KASIR
Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN PELAYANAN		
1.	Persyaratan	Pasien menunjukkan Kartu berobat Pasien/ KTP/NIK atau menyebutkan nama lengkap pasien.
2.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	<p>A. PASIEN UMUM RAWAT JALAN, RAWAT INAP DAN RAWAT DARURAT (IGD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Setelah mendapatkan pelayanan atau diperbolehkan pulang oleh dokter, pasien datang ke Kasir 2. Petugas kasir melakukan cek kesesuaian inputan billing, memvalidasi dan memproses pembayaran 3. Petugas kasir menyebutkan nominal pembayaran kepada pasien dan memberikan penjelasan tentang metode pembayaran tunai maupun non tunai. 4. Pasien membayar dikasir sesuai metode yang dipilih. 5. Petugas kasir mencetak kuitansi dan diserahkan kepada pasien. 6. Khusus pasien rawat inap, Kasir memberikan form persetujuan pulang pasien untuk diserahkan kepada Perawat rawat inap dan satpam <p>B. PASIEN RAWAT INAP DENGAN PENJAMINAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. DPJP memulangkan pasien 2. Perawat melakukan verifikasi berkas penjaminan 3. Khusus pasien jaminan BPJS Kesehatan naik kelas, Perawat melakukan koordinasi dengan IPP 4. Perawat membuat surat pernyataan pulang dan menelpon Kasir bahwa pasien sudah dipulangkan melalui SIMRS 5. Khusus untuk pasien Jasa Raharja, pasien/keluarga pada saat ke Kasir, Perawat menitipkan berkas Jasa Raharjanya

NO	KOMPONEN	URAIAN
		<ol style="list-style-type: none"> 6. Perawat mempersilakan pasien/keluarga ke Kasir 7. Petugas kasir memverifikasi kesesuaian input billing system dan kesesuaian persyaratan penjaminan pasien. 8. Apabila berkas penjaminan pasien belum lengkap, petugas kasir IGD meminta pasien untuk meninggalkan jaminan berupa uang setara tarif pelayanan sebagai pasien umum atau KTP atau identitas lain yang sah (Asli). 9. Pasien melakukan pembayaran sesuai tagihan dari arwat inap. 10. Apabila persyaratan sudah sesuai dengan hak penjaminannya, maka pasien diijinkan pulang dengan memberikan form persetujuan pulang pasien untuk diserahkan kepada petugas ruang rawat inap dan Provost. 11. Khusus pasien BPJS Kesehatan naik kelas, petugas kasir menginformasikan besaran iur biaya yang harus dibayar pasien dan menjelaskan metode pembayaran tunai maupun non tunai. 12. Pasien membayar dikasir sesuai metode yang dipilih. 13. Petugas kasir mencetak kuitansi dan memberikan form persetujuan pulang pasien untuk diserahkan kepada petugas ruang rawat dan satpam. <p>C. PASIEN IGD DENGAN PENJAMINAN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokter Instalasi Gawat Darurat memulangkan pasien dengan status rawatjalan. 2. Pasien datang ke Kasir. 3. Petugas kasir IGD memverifikasi kesesuaian inputan billing system dan memverifikasi kelengkapan berkas penjaminan pasien. 4. Apabila berkas penjaminan pasien IGD sudah lengkap, maka pasien diperbolehkan pulang. 5. Apabila berkas penjaminan pasien belum lengkap, petugas kasir IGD meminta pasien untuk meninggalkan jaminan berupa uang setara tarif pelayanan sebagai pasien umum atau KTP atau identitas lain yang sah (Asli). 6. Kasir membuatkan bukti penitipan sementara dan mengedukasi pasien untuk segera kembali guna mengurus kelengkapan syarat penjaminannya. 7. Setelah pasien kembali dengan membawa persyaratan lengkap, petugas kasir meminta dokumen bukti penitipan sementara dan mengembalikan titipan tersebut kembali kepada pasien.
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Rawat Inap : 20 menit IGD : 5 - 10 menit

NO	KOMPONEN	URAIAN
4.	Biaya / Tarif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak ada biaya bagi Pasien JKN/ jaminanlain bila sesuai prosedur yang berlaku. 2. Pasien Umum membayar sesuai Tarif RS
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Kasir
6.	Penanganan Pengaduan, Sarandan Masukkan / Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor Republik Indonesia 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. 2. Undang–Undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
8.	Sarana Dan Prasarana Dan/Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. Brankas 4. Papan scan QRIS 5. Loker Pembayaran 6. Printer laser jet 7. Alat hitung uang 8. Blue ray untuk uang palsu
10	Kompetensi Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Akutansi 2. Ekonomi 3. Manajemen
12.	Jumlah Pelaksana	Kepala Ruangan : 1 orang Akutansi : 2 orang Ekonomi : 1 orang Manajemen : 1 orang Petugas Shift : 3 orang Perbankan : 1 orang
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket). 4. Makanan di berikan selagi hangat dengan menggunakan trolley makanan yang higienis
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 5. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 6. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indukator mutu Nasional, SKP, Prioritas dan IMU	A. INM <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>B. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>C. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 2. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	--	--

STANDAR PELAYANAN ADUAN DAN KELUHAN
Rumah Sakit TK II 12.05.01 Kartika Husada

NO	KOMPONEN	URAIAN
PENYAMPAIAN LAYANAN		
1.	Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengaduan secara lisan maupun tertulis. ▪ Identitas resmi pengadu.
2.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	
NO	KOMPONEN	URAIAN
		<p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelanggan menyampaikan pengaduan, bisa melalui: <ol style="list-style-type: none"> a. Unit Terkait: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelanggan menyampaikan aduan/ keluhan ke unit terkait. 2) Petugas mengkonfirmasi dan menyelesaikan aduan/keluhan sesuai sebab masalah, kemudian mengarsipkan di laporan aduan. 3) Jika pelanggan tidak puas, unit melaporkan ke Bidang/Bagian Terkait untuk membuat tanggapan/tindak lanjut. 4) Jika pelanggan masih belum puas maka aduan/keluhan akan disampaikan ke direksi untuk mendapat tanggapan akhir. 5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor. b. Petugas Aduan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelanggan menyampaikan keluhan ke petugas pengaduan pelanggan (Customer Care). 2) Petugas mengkonfirmasi dan menyelesaikan aduan/keluhan sesuai sebab masalah. 3) Pengarsipan laporan aduan/ keluhan dan Rencana Tindak Lanjut di Sub Bagian Humas, Publikasi, dan Pemasaran. 4) Pengaduan didistribusikan ke bidang terkait untuk dilakukan penelusuran/ penanganan lebih lanjut. 5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor. c. Lewat Media: <ol style="list-style-type: none"> 1) Pelanggan menyampaikan keluhan lewat media seperti Kotak Aduan, SMS, WhatsApp, Website, Media Sosial, Email, SP4N LAPOR. 2) Sub Bagian Humas, Publikasi dan Pemasaran mengarsip dan meneruskan laporan aduan/ keluhan dengan Bidang Terkait. 3) Bidang terkait melakukan penelusuran/ penanganan lebih lanjut dan membuat tanggapan/ tindak lanjut. 4) Jika pelanggan masih belum puas maka aduan/keluhan akan disampaikan ke direksi untuk mendapat tanggapan akhir. 5) Penyampaian tanggapan akhir terhadap pelapor.

NO	KOMPONEN	URAIAN
3.	Jangka Waktu pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengaduan langsung di unit kerja dan lewat media dilayani dalam 24 jam. 2. Pengaduan di petugas aduan dilayani: Senin-Sabtu sesuai jam pelayanan. 3. Sesuai jenis pengaduan berdasarkan grading: <ol style="list-style-type: none"> a. Grading Merah maksimal dilaksanakan 1x24 (satu kali duapuluh empat) jam. b. Grading kuning maksimal dilaksanakan 3 (tiga) hari kerja. c. Grading hijau maksimal dilaksanakan 7 (tujuh) hari kerja.
4.	Biaya /tarif	Tidak ada biaya/tarif (Rp 0,-)
5.	Produk Pelayanan	Pelayanan Pengaduan Masyarakat
6.	Penanganan Pengaduan. Saran dan Masukan/Apresiasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Email: https://rskhpontianak.com 2. Telp: 0561-721391 - 721392 3. Kotak saran 4. Petugas piket/provost 5. Instagram: Rskhpontianak 6. Humas : 081253343755 7. Email : humasrskh.tpr@gmail.com
PENGELOLAAN PELAYANAN		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Presiden Nomor 76 Tahun 2013 Tentang Pengelolaan Pengaduan Pelayanan Publik. 4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
8.	Sarana Dan Prasarana Dan/Atau Fasilitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Komputer 2. Printer 3. HP humas 4. Kotak saran 5. ATK 6. Meja Kursi 7. Lemari brankas 8. Telepon 9. AC 10. Wifi
12.	Jumlah Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketua Tim Komplain 1 orang 2. Tim Humas 4 orang
13.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan dengan ramah, cermat, teliti, cepat, peduli dan solutif berfokus pada keselamatan pasien dan peningkatan mutu.
14.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data medis pasien dijaga kerahasiaannya. 2. Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien. 3. Pengawasan keamanan di rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Provost dan Piket). 4. Tidak ada Tindakan intimidasi
15.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi Indikator Mutu Nasional (INM), Indikator Mutu Unit (IMUT) dilaksanakan setiap bulan. 2. Evaluasi Standar Pelayanan Minimal (SPM) dilaksanakan setiap 3 (tiga) bulan.
	Indukator mutu	D. INM

	<p>Nasional, SKP, Prioritas dan IMU</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Kebersihan Tangan 2. Kepatuhan Penggunaan APD (Denum = 190) 3. Kepatuhan Identifikasi Pasien 4. Waktu Tanggap Operasi SC (≤ 30 Menit) 5. Waktu Tunggu Rawat Jalan (≤ 60 menit) 6. Penundaan Operasi Elektif 7. Kepatuhan Waktu Visite Dokter 8. Pelaporan hasil Kritis Lab 9. Kepatuhan Penggunaan Fornas 10. Kepatuhan terhadap Alur Klinis (CP) 11. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Pasien Jatuh 12. Kecepatan Waktu Tanggap Komplain 13. Kepuasan Pasien <p>E. INDIKATOR MUTU SKP</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kepatuhan Identifikasi Pasien 2. Komunikasi efektif 3. Kepatuhan Pelabelan Obat High Alert 4. Kepatuhan site Marking 5. Kepatuhan Cuci Tangan* 6. Kepatuhan Upaya Pencegahan Resiko Cedera Akibat Pasien Jatuh <p>F. INDIKATOR MUTU PRIORITAS</p> <p>INDIKATOR MUTU KLINIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelaksana Ekspertisi Hasil Pemeriksaan Radiologi < 3 jam 2. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 3. Waktu Lapor Hasil Tes Kritis Ct Scan 4. Pemanfaatan alat CT-Scan, untuk CT-Scan kepala dalam proses penegakkan diagnose pasien trauma kepala di radiologi 5. Insiden terlepasnya jarum Vena Fistula Intra Dialisis (Venous Needle Dislodgement) 6. Insiden tertukarnya dialiser pakai ulang pada tindakan HD (incorrect dialyzer) 7. Ketidapatuhan pasien tentang jadwal HD 8. Kejadian clotting durante HD <p>INDIKATOR STRATEGI RUMAH SAKIT</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Pemeriksaan CT Scan kepala sebagai penunjang penegakan diagnose pasien stroke Iskemik < 1 jam 4. Pelayanan Kesehatan sesuai akreditasi <p>INDIKATOR PERUBAHAN SYSTEM</p> <p>Pendaftaran pasien dengan Sistem pendaftaran online</p> <p>INDIKATOR MANAJEMEN RISIKO</p> <p>Kepatuhan upaya pencegahan Radiasi Radiologi terhadap Petugas, Pasien dan lingkungan</p> <p>INDIKATOR PENELITIAN KLINIK DAN PENDIDIKAN (NOT APLICABLE)</p>
--	---	--

