



WALI KOTA PROBOLINGGO
PROVINSI JAWA TIMUR

SALINAN

PERATURAN WALIKOTA PROBOLINGGO
NOMOR 96 TAHUN 2024
TENTANG
STANDAR PELAYANAN PADA RSUD DOKTER MOHAMAD SALEH

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

WALI KOTA PROBOLINGGO,

Menimbang : a. bahwa pelayanan kepada masyarakat sangat diperlukan dalam memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan pengguna layanan dan selaras dengan kemampuan penyelenggara;

b. bahwa dalam upaya meningkatkan kualitas dan menjamin perlindungan pelayanan publik bagi masyarakat, maka diperlukan norma hukum yang memberikan pengaturan secara jelas, tegas dan transparan;

c. bahwa untuk melaksanakan ketentuan Pasal 10 Peraturan Wali Kota Probolinggo Nomor 9 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Maklumat Pelayanan di Lingkungan Pemerintah Kota Probolinggo, maka perlu menetapkan Standar Pelayanan pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh dengan Peraturan Wali Kota;

Mengingat : 1. Pasal 18 ayat (6) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945;

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 1950 tentang Pembentukan Daerah-Daerah Kota Kecil dalam Lingkungan Propinsi Jawa Timur, Jawa Tengah dan Jawa Barat (Berita Negara Republik Indonesia tanggal 14 Agustus 1950) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 13 Tahun 1954 tentang Perubahan Undang-Undang Nr 16 Dan 17 Tahun 1950 Tentang Pembentukan Kota-Kota Besar Dan Kota-Kota Kecil Di Jawa (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1954 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 551);

3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112 Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);
4. 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 beberapa kali diubah 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);
5. 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);
6. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2021 tentang Standar Pelayanan di Lingkungan Kementrian Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi;
7. Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Probolinggo Tahun 2016 Nomor 7, Tambahan Lembaran Daerah Kota Probolinggo Nomor 24) sebagaimana telah diubah beberapa kali terakhir dengan Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 7 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Daerah Nomor 7 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah (Lembaran Daerah Kota Probolinggo Tahun 2022 Nomor 7);
8. Peraturan Wali Kota Probolinggo Nomor 9 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Maklumat Pelayanan di Lingkungan Pemerintah Kota Probolinggo (Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2017 Nomor 9);
9. Peraturan Wali Kota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Unit Organisasi Bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo (Berita Daerah Kota Probolinggo Tahun 2022 Nomor 8);

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : PERATURAN WALI KOTA TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA RSUD DOKTER MOHAMAD SALEH.

Pasal 1

Dalam Peraturan Wali Kota ini yang dimaksud dengan:

1. Daerah adalah Kota Probolinggo.
2. Pemerintah Daerah adalah Pemerintah Kota Probolinggo.
3. Wali Kota adalah Wali Kota Probolinggo.
4. RSUD adalah RSUD Dokter Mohamad Saleh
5. Pelayanan Publik adalah kegiatan atau rangkaian kegiatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan bagi setiap warga negara dan penduduk atas barang, jasa, dan/atau pelayanan administratif yang disediakan oleh penyelenggara pelayanan publik.
6. Standar Pelayanan adalah tolok ukur yang dipergunakan sebagai pedoman penyelenggaraan pelayanan dan acuan penilaian kualitas pelayanan sebagai kewajiban dan janji penyelenggara kepada masyarakat dalam rangka pelayanan yang berkualitas, cepat, mudah, terjangkau, dan terukur.
7. Maklumat Pelayanan adalah pernyataan tertulis yang berisi keseluruhan rincian kewajiban dan janji yang terdapat dalam standar pelayanan.

Pasal 2

- (1) Standar pelayanan RSUD Dokter Mohamad Saleh merupakan panduan bagi penyelenggara pelayanan publik maupun pengguna layanan dalam menerapkan pelayanan.
- (2) Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), untuk memberikan kepastian, meningkatkan kualitas dan kinerja pelayanan sesuai dengan kebutuhan pengguna layanan dan selaras dengan kemampuan penyelenggara.

Pasal 3

Ruang lingkup standar pelayanan pada RSUD Dokter Mohamad Saleh meliputi :

- a. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD);
- b. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan (IRJA);
- c. Pelayanan Instalasi Rawat Inap (IRNA);
- d. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral (IBS);
- e. Pelayanan Intensive Care Unit (ICU);
- f. Pelayanan Intensive Cardiologi Care Unit (ICCU);
- g. Pelayanan Neonatus Intensive Care Unit (NICU);
- h. Pelayanan Hemodialisis (HD);
- i. Pelayanan Rehabilitasi Medik;
- j. Pelayanan Radiologi;
- k. Pelayanan Laboratorium;
- l. Pelayanan Farmasi;

- m. Pelayanan Gizi;
- n. Pelayanan Ambulan;
- o. Pelayanan Instalasi Prasarana dan Sarana, Hygine dan Sanitasi (IPS-HS)
- p. Pelayanan Instalasi Rekam Medik;
- q. Instalasi Informasi dan Teknologi (IT)
- r. Pelayanan Unit Endoscopi;
- s. Pelayanan Unit Bank Darah Rumah Sakit (BDRS);
- t. Pelayanan Kateterisasi Jantung (Catheterization Laboratory atau Cathlab);
- u. Pelayanan Central Sterile Supply Departement (CSSD);
- v. Pelayanan Laundry;
- w. Pelayanan Kamar Jenazah;
- x. Pelayanan *Home Care*.

Pasal 4

Standar Pelayanan pada RSUD Dokter Mohamd Saleh secara lengkap tertuang dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Wali Kota ini.

Pasal 5

Peraturan Wali Kota ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Wali Kota ini dengan penempatannya dalam Berita Daerah Kota Probolinggo.

Ditetapkan di Probolinggo
pada tanggal 31 Desember 2024
Pj. WALI KOTA PROBOLINGGO,

Ttd,

MOCHAMAD TAUFIK KURNIAWAN

Diundangkan di Probolinggo
pada tanggal 31 Desember 2024

SEKRETARIS DAERAH KOTA PROBOLINGGO,

Ttd,

NINIK IRA WIBAWATI

BERITA DAERAH KOTA PROBOLINGGO TAHUN 2024 NOMOR 96

Salinan sesuai dengan aslinya
KEPALA BAGIAN HUKUM,


DENNY BAGUS ERWANTO, S.H., M.H.
NIP. 19780608 200903 1 004

SALINAN LAMPIRAN
 PERATURAN WALI KOTA PROBOLINGGO
 NOMOR 96 TAHUN 2024
 TENTANG STANDAR PELAYANAN PADA
 RSUD DOKTER MOHAMAD SALEH

I. STANDAR PELAYANAN RSUD DOKTER MOHAMAD SALEH

1. Standar Pelayanan Instalasi Gawat Darurat (IGD)

No	Komponene	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1	Persyaratan Administrasi	1.1. Persyaratan Pasien Umum : a. Surat Pengantar dari Dokter/Bidan (jika ada) b. Kartu identitas penduduk (KTP/KK/Paspor) c. Kartu nomor rekam medik (khusus pasien lama) 1.2. Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan : a. Kartu Identitas (KTP/KK) b. Surat rujukan dari Rumah Sakit kelas C dan D (bagi pasien rujukan) c. Kartu Peserta Jaminan Kesehatan (Kepesertaan BPJS Kesehatan melalui Mobile JKN maupun Kartu JKN) d. SEP (Surat Eligibilitas Pasien) bagi pasien rujukan dari RS lain 1.3. Persyaratan Pasien Khusus (SKTM) : a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos) b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari) 1.4. Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan : a. Kartu Tanda Penduduk (KTP) b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) c. Surat Pernyataan Perusahaan d. Formulir KK I dan KK II e. Absensi di bulan kecelakaan kerja 1.5. Persyaratan Jasa Raharja : a. KTP atau KK (Asli / fotocopy) b. Laporan Kepolisian (LP)

		<p>c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja</p> <p>a. Jika pasien <u>mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja</p> <p>b. Jika pasien <u>tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit atau dengan pembiayaan umum (ditanggung pasien)</p> <p>1.6. Persyaratan Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit :</p> <p>a. Kartu Identitas Pasien (KTP/KK/Paspor) Surat Pengantar dari Perusahaan</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Pasien datang ke IGD dan langsung dimasukkan ruang <i>Triage</i> untuk skrining nyeri dan <i>fall risk</i>, keluarga mendaftarkan di Loker Pendaftaran Pasien membawa kartu identitas pasien;</p> <p>2.2 Hasil <i>triage</i> awal menentukan pasien termasuk kategori Resusitasi, P1, P2, P3 atau DOA (<i>Death On Arrival</i>);</p> <p>2.3 Jika pasien sudah dinyatakan DOA maka akan diantar/kirim ke Kamar Jenazah setelah observasi 2 jam DOA di IGD;</p> <p>2.4 Untuk pasien kategori Resusitasi, P1, P2, dan P3, dilakukan sebagai berikut :</p> <p>1) Pemeriksaan Dokter;</p> <p>2) Terapi sesuai kondisi <i>emergency</i> pasien;</p> <p>3) Resep awal;</p> <p>4) Tindakan medis <i>emergency</i>.</p> <p>2.5 Resep diserahkan ke Depo Farmasi IGD;</p> <p>2.6 Obat diserahkan oleh Depo Farmasi sesuai resep awal dan diberikan ke pasien sesuai indikasi medis <i>emergency</i>;</p> <p>2.7 Pasien dilakukan pemeriksaan penunjang sesuai dengan indikasi medis;</p> <p>2.8 Pasien observasi ≤ 3 jam;</p> <p>2.9 Hasil observasi indikasi rawat jalan;</p> <p>2.10 Keluarga pasien melengkapi proses administrasi;</p>

		<p>2.11 Pasien KRS (Keluar Rumah Sakit) dan dibawakan hasil pemeriksaan penunjang;</p> <p>2.12 Hasil observasi indikasi rujuk;</p> <p>2.13 Keluarga pasien melengkapi proses administrasi, pasien berangkat ke RS Tujuan;</p> <p>2.14 Jika hasil observasi memerlukan rawat inap;</p> <p>2.15 Pasien dilakukan skrining TB & Gizi sesuai indikasi medis, swab antigen (selama pandemi Covid-19), konsul ke DPJP Utama disertai pemesanan kamar Ranap;</p> <p>2.16 Diberikan resep sesuai indikasi medis;</p> <p>2.17 Resep diberikan ke Depo Farmasi IGD;</p> <p>2.18 Obat diserahkan ke Perawat IGD;</p> <p>2.19 Pemindahan ke ruang rawat inap yang dituju serta membawa hasil pemeriksaan penunjang.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>3.1 Pelayanan IGD 24 jam 7 hari dalam satu minggu</p> <p>3.2 Dalam waktu ≤ 5 menit pasien gawat darurat telah terlayani oleh Perawat dan atau Dokter</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biaya didasarkan Perwali Kota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, Kelas Utama pada RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo • Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja : Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	<p>5.1 Pemeriksaan dan tindakan medis</p> <p>5.2 Asuhan keperawatan</p> <p>5.3 Pemeriksaan penunjang medis Jasa penyediaan ruang rawat inap</p>

6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidaksesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan. h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan. <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo c. Facebook : rsud.mohamadsaleh.7 d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh e. Wa/SMS Hotline Pengaduan : (081) 13037119 f. Telepon : (0335) 433119 / 421118
----	----------------------	--

B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 Tempat Tidur Pasien</p> <p>2.3 Kelambu Penyekat</p> <p>2.4 R. Nurse station</p> <p>2.5 R. Dokter (KIE)</p> <p>2.6 R. Triage</p> <p>2.7 R. Resusitasi dan P1</p>

		<p>2.8 R. P2 dan P3</p> <p>2.9 R. Tindakan</p> <p>2.10 R. Tunggu keluarga pasien</p> <p>2.11 R. Laktasi</p> <p>2.12 Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)</p> <p>2.13 Meja Administrasi + Komputer</p> <p>2.14 Meja Customer Service + Komputer</p> <p>2.15 Kamar mandi umum, AC</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Jaga</p> <p>Dokter Umum : Pelatihan <i>ATLS/ACLS, AIRWAY MANAJEMEN</i></p> <p>3.2 Perawat</p> <p>a. S1 Keperawatan : Pelatihan PPGD/ITCN/ACLS</p> <p>b. DIV Keperawatan : Pelatihan PPGD/BCLS / BTLS /ACLS</p> <p>c. DIII Keperawatan : Pelatihan PPGD /BCLS/ BTLS /ACLS</p> <p>3.3 Bidan</p> <p>a. DIV Kebidanan : Pelatihan PPGD ON, <i>MIDWIFERY UPDATE, RESUSITASI NEONATUS</i></p> <p>b. DIII Kebidanan : Pelatihan PPGD ON, <i>MIDWIFERY UPDATE, RESUSITASI NEONATUS</i></p>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Dokter Umum : 14 orang</p> <p>Tenaga Perawat : 18 orang</p> <p>Tenaga Bidan : 7 orang</p> <p>Administrasi : 5 orang</p> <p>Satpam : 2 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>7.1 Pemenuhan Hak Pasien</p> <p>7.2 Pelaksanaan Pasien Safety</p> <p>7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan</p>
8.	Evaluasi Kinerja	<p>8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali)</p> <p>8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan</p>

	Pelaksana	peningkatan kinerja pelayanan
--	-----------	-------------------------------

2. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN (IRJA)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Persyaratan Pasien Umum :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien Baru : KTP, KK, SIM / Paspor b. Pasien Lama : KTP, Kartu Nomor Rekam Medik c. Surat Kontrol (jika ada) <p>1.2 Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas (KTP, KK, SIM / Paspor) b. Surat rujukan dari Rumah Sakit kelas C dan D c. Kartu Peserta Jaminan Kesehatan (Kepesertaan BPJS Kesehatan melalui Mobile JKN maupun Kartu JKN) d. Surat Kontrol (jika) <p>1.3 Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos) b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari) <p>1.4 Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kartu Tanda Penduduk b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) c. Surat Pernyataan Perusahaan d. Formulir KK I e. Absensi di bulan kecelakaan kerja <p>1.5 Persyaratan Pasien Jasa Raharja :</p> <p>KTP atau KK (Asli / fotocopy) disertai <u>sis</u> surat jaminan dari Jasa Raharja</p>
2	Prosedur, Alur Pelayanan	<p>2.1 Pasien datang ke Rawat Jalan Klinik Rumah Sakit;</p> <p>2.2 Pasien / Keluarga menuju Loker Pendaftaran Rawat Jalan dengan menyerahkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. KK b. Kartu BPJS c. Rujukan dari Faskes 1

		<p>d. Menunjukkan Mobile JKN</p> <p>2.3 Pasien menuju poliklinik yang dituju dan dilakukan pelayanan oleh DPJP dan pemeriksaan penunjang yang diperlukan disertai DPJP menetapkan diagnosa;</p> <p>2.4 Jika dibutuhkan konsultasi dengan DPJP lain dilakukan konsultasi internal ke DPJP 2;</p> <p>2.5 Coder berkoordinasi dan komunikasi dengan DPJP untuk menetapkan ICD X, IX dan Costing;</p> <p>2.6 Jika pasien membutuhkan rawat inap selanjutnya pasien dilakukan pelayanan rawat inap, jika pasien membutuhkan rujukan rumah sakit vertikal maka pasien dirujuk ke rumah sakit rujukan dan dibuatkan surat rujukan ke RS vertikal;</p> <p>2.7 Jika pasien stabil dan tidak membutuhkan rawat inap, maka pasien pulang dan pasien diklaim sebagai pasien rawat jalan;</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Pasien telah diperiksa oleh Dokter Poliklinik ≤ 3 jam sejak mendaftar di Loker TPPRJ
4.	Biaya/Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja : Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	<p>5.1 Pemeriksaan dan tindakan medis</p> <p>5.2 Asuhan Keperawatan</p> <p>5.3 Pemeriksaan penunjang medis</p> <p>5.4 Hasil Medical Check Up (MCU)</p>
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien</p>

		<p>atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidaksesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a. Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c. Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e. Wa/SMS Hotline Pengaduan] : (081) 13037119</p>
--	--	---

		Telepon : (0335) 433119 / 421118
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 R. HCU</p> <p>2.3 R. Interna + R. Jiwa</p> <p>2.4 R. Bedah</p> <p>2.5 R. Unit Stroke</p> <p>2.6 R. Kamar Bersalin</p>

		<p>2.7 R. <i>Obstetri dan gynecologi</i> (R. laktasi)</p> <p>2.8 R. Anak (R. Bermain anak dan R. laktasi)</p> <p>2.9 R. Perinatology</p> <p>2.10 R. VIP (Lemari Pendingin, televisi, AC)</p> <p>2.11 R. Utama (Televisi, Lemari pendingin, AC)</p> <p>2.12 R. Isolasi Khusus</p> <p>2.13 R. Tunggu keluarga pasien</p> <p>2.14 Meja Nurse Station</p> <p>2.15 Meja Administrasi + Komputer</p> <p>2.16 Bed Tempat Tidur pasien</p> <p>2.17 Kamar mandi</p> <p>2.18 Kipas Angin</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Perawat : Pelatihan BLS, komunikasi efektif</p> <p>3.2 Bidan : Pelatihan BLS, Komunikasi efektif, Pelatihan APN, Pelatihan CTU</p> <p>3.3 Administrasi :Komunikasi efektif, mampu mengoperasikan komputer</p>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>5.1 Tenaga Perawat : 104 orang</p> <p>5.2 Tenaga Bidan : 32 orang</p> <p>5.3 Administrasi : 8 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku.
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>7.1 Pemenuhan Hak Pasien</p> <p>7.2 Tidak ada diskriminasi pelayanan</p> <p>7.3 Pelaksanaan Pasien Safety (pasien terhindar dari Resiko jatuh)</p> <p>7.4 Petugas selalu siap memberikan informasi yang dibutuhkan</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali)</p> <p>8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan</p>

3. STANDAR PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP (IRNA)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Pasien membawa surat permintaan masuk Rumah Sakit dari Dokter Poli Rawat Jalan atau IGD Rumah Sakit.</p> <p>1.2 Pasien menunjukkan persyaratan administrasi yang diperlukan sebagai pasien Umum, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Pengantar dari Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit.</p> <p>1.3 Pasien menunjukkan persyaratan yang diperlukan diantaranya :</p> <p>1.3.1 Persyaratan Pasien Umum :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Surat pengantar dari Dokter b. Kartu Identitas Penduduk (KTP, KK, SIM / Paspor) c. Kartu Nomor Rekam Medik <p>1.3.2 Peryaratan Pasien BPJS Kesehatan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK) b. Surat Rujukan FKTP c. Kartu Peserta BPJS Kesehatan d. Jika persyaratan belum lengkap, ditunggu sampai batas waktu pengurusan 3 x 24 jam (hari kerja) e. Kronologi Kejadian + Materai (bila diperlukan) f. Surat Jaminan dari Jasa Raharja disertai Surat Laporan Polisi (bila diperlukan) <p>1.3.3 Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos) b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari) <p>1.3.4 Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kartu Tanda Penduduk

		<p>b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK)</p> <p>c. Surat Pernyataan Perusahaan</p> <p>d. Formulir KK I</p> <p>e. Absensi di bulan kecelakaan kerja</p> <p>1.3.5 Persyaratan Jasa Raharja :</p> <p>a. KTP atau KK (Asli / fotocopy)</p> <p>b. Laporan Kepolisian (LP)</p> <p>c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien <u>mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja • Jika pasien <u>tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit atau dengan pembiayaan umum (ditanggung pasien) <p>1.3.6 Persyaratan Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit :</p> <p>a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK, SIM / Paspor)</p> <p>b. Pengantar dari Perusahaan</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>1. Pasien dari IGD dan IRJA indikasi Rawat Inap, Pasien / Keluarga Pasien mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI) membawa Surat Perintah Rawat Inap (SPRI) beserta persyaratan Administrasi;</p> <p>2. Pasien / Keluarga Pasien tanda tangan di lembar persetujuan & membawa map Rawat Inap;</p> <p>3. Pasien di pindah ke ruang Rawat Inap sesuai indikasi;</p> <p>4. Pelayanan Rawat Inap , Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) memeriksa dan menetapkan : diagnosa awal, diagnosa perkembangan dan diagnosa akhir yang di catat di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi.</p> <p>Selama masa perawatan pasien di RS, petugas koding (koder) dan verifikator Internal RS , melakukan koordinasi dan komunikasi ke DPJP dan menetapkan :</p> <p>a. Diagnosa Awal;</p> <p>b. Diagnosa Perkembangan;</p> <p>c. Diagnosa Akhir;</p>

		<p>d. Costing.</p> <p>5. Kondisi Pasien membaik ?</p> <p>6. Jika pasien membaik maka pasien pulang boleh pulang :</p> <p>a. Petugas koder dan verifikator menetapkan diagnosa Awal, diagnosa akhir, dan memastikan Resume Medik terisi;</p> <p>b. Penyerahan berkas ke tim penjaminan dilakukan 3x24 jam.</p> <p>7. Jika Pasien memburuk</p> <p>8 Pasien dipindah rawat ke Ruang Intensif (R. ICU)</p> <p>9 Jika pasien memerlukan rujukan, maka pasien dirujuk ke RS kelas A untuk penanganan lebih lanjut;</p> <p>10 Pasien meninggal, maka pasien dilakukan pemulasaran jenazah dikamar jenazah Rumah Sakit.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Dalam waktu 30 menit sejak pasien mendaftar pada Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI), pasien dapat berada pada ruangan perawatan yang dikehendaki
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum • Biaya di klaim ke kantor Jasa Raharja <p>4.4 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	<p>5.1 Pemeriksaan dan tindakan medis</p> <p>5.2 Asuhan keperawatan</p>

		<p>5.3 Pemeriksaan penunjang medis</p> <p>5.4 Pasien memperoleh ruang perawatan rawat inap sesuai dengan kelas perawatan hak pasien atau yang dipilih pasien, jika kelas yang menjadi hak tidak ada (penuh) maka pasien bisa ditempatkan di ruang perawatan 1 tingkat di atasnya dalam kurun waktu 3x24 jam (pasien BPJS Kesehatan)</p>
6.	Pengaduan Pasien	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidaksesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan</p>

		<p>penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>a) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>b) Wa/SMS Hotline Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>c) Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.10 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.11 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.12 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.13 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.14 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah;</p> <p>1.15 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.16 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.17 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p>

		1.18 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis - Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	2.19 Alat Kesehatan 2.20 R. HCU 2.21 R. Interna + R. Jiwa 2.22 R. Bedah 2.23 R. Unit Stroke 2.24 R. Kamar Bersalin 2.25 R. <i>Obstetri dan gynecologi</i> (R. laktasi) 2.26 R. Anak (R. Bermain anak dan R. laktasi) 2.27 R. Perinatology 2.28 R. VIP (Lemari Pendingin, televisi, AC) 2.29 R. Utama (Televisi, Lemari pendingin, AC) 2.30 R. Isolasi Khusus 2.31 R. Tunggu keluarga pasien 2.32 Meja Nurse Station 2.33 Meja Administrasi + Komputer 2.34 Bed Tempat Tidur pasien 2.35 Kamar mandi 2.36 Kipas Angin
3.	Kompetensi Pelaksana	3.3 Perawat : Pelatihan BLS, komunikasi efektif 3.4 Bidan : Pelatihan BLS, Komunikasi efektif, Pelatihan APN, Pelatihan CTU 3.3 Administrasi : Komunikasi efektif, mampu mengoperasikan komputer
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Tenaga Perawat : 104 orang 5.2 Tenaga Bidan : 32 orang 5.3 Administrasi : 8 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Maklumat Pelayanan : “Dengan Ini, Kami Menyatakan Sanggup Menyelenggarakan Pelayanan Sesuai Standar Pelayanan Yang Telah Ditetapkan Dan Apabila Tidak Menepati Janji Ini, Kami Siap Menerima Sanksi Sesuai Peraturan Perundang - Undangan Yang Berlaku”

7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.5 Pemenuhan Hak Pasien 7.6 Tidak ada diskriminasi pelayanan 7.7 Pelaksanaan Pasien Safety (pasien terhindar dari Resiko jatuh) 7.8 Petugas selalu siap memberikan informasi yang dibutuhkan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.3 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.4 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

4. STANDAR PELAYANAN IBS, ICU, ICCU dan NICU

4.1 INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1.1 Pasien menandatangani Lembar Persetujuan Tindakan Medik 1.2 Pasien yang dapat dilayani adalah pasien umum, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Jasa Raharja atau pangantar dari Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit 1.3 Setiap pasien akan dilakukan tindakan operasi dinyatakan oleh DPJP Utama dan DPJP Konsulan pada penderita yang memerlukan tindakan operasi
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Alur Pasien Operasi Elektif a. Pasien diputuskan operasi dari Klinik Spesialis dan dilakukan pemeriksaan <i>screening pre</i> operasi (Laboratorium dan pemeriksaan penunjang lain); b. Pasien yang direncanakan operasi dikonsulkan ke Klinik Anestesi dengan membawa hasil pemeriksaan penunjang; c. Dokter Spesialis Anestesi memberikan hasil konsultasi; d. Jika diperlukan konsul ke Klinik Spesialis Lain untuk menunjang penegakan diagnosis maka dilakukan konsul internal; e. Hasil konsul Dokter Spesialis Anestesi Normal , setuju dilakukan Operasi;

- f. Jika hasil konsul internal **Normal**, maka DPJP setuju dilakukan operasi;
- g. Pasien kembali ke Klinik Spesialis utama untuk proses tindakan selanjutnya;
- h. Petugas Klinik memesan ruang rawat inap sesuai hak kelas rawat inap;
- i. Petugas Ruangan mengecek ketersediaan kamar rawat inap;
- j. Kamar rawat inap ada, pasien masuk ruang rawat inap yang dipesan sebelumnya;
- k. Petugas ruangan rawat inap mendaftarkan antrian operasi elektif di IBS;
- l. Pasien dilakukan tindakan operasi;
- m. Ruangan rawat inap tidak tersedia (penuh), maka pasien disarankan pulang dan menunggu antrian panggilan di rumah;
- n. Apabila kamar rawat inap sudah tersedia, Petugas ruangan menghubungi pasien melalui telepon;
- o. Pasien datang dan mendaftarkan di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI) Rumah Sakit;
- p. Pasien menuju ruangan yang dituju dan sudah dipesan sebelumnya;
- q. Pasien dilakukan *screening pre* operasi (pemeriksaan Laborat dan Radiologi) sesuai indikasi medis di ruangan Rawat Inap;
- r. Hasil pemeriksaan penunjang dilaporkan / dikonsulkan ke DPJP dan Dokter Anestesi;
- s. DPJP dan Dokter Anestesi memberi keputusan **Setuju Operasi**;
- t. Petugas ruangan Rawat Inap mendaftarkan operasi di IBS, kemudian pasien dilakukan tindakan operasi.

2.1 Alur Pasien Operasi *Emergency* (Cito)

- a. Pasien dari ruangan Rawat Inap/IGD/ICU direncanakan operasi oleh DPJP, Perawat ruangan konsul pre operasi ke Dokter Anestesi;
- b. Dokter Anestesi melakukan pemeriksaan;
- c. Jika hasil pemeriksaan pasien **Tidak disetujui untuk dilakukan tindakan operasi**, dilaporkan kepada DPJP untuk dilakukan pengobatan sesuai advis, dirujuk atau perbaikan keadaan umum;

- d. Jika hasil pemeriksaan pasien **disetujui untuk dilakukan tindakan Operasi**, maka Dokter langsung menandatangani di lembar persetujuan operasi pasien;
- e. Pasien kembali ke ruangan asal;
- f. Perawat Ruang Rawat Inap/IGD/ICU mendaftarkan operasi *emergency (Cito)* kepada koordinator pelayanan keperawatan IBS;
- g. Pasien segera dilakukan operasi.

2.2 Alur Pasien Operasi One Day Care (ODC)

a) Alur Pasien Operasi ODC Langsung

1. Pasien dari Rawat Jalan dilakukan pemeriksaan dan diputuskan untuk dilakukan Operasi *One Day Care (ODC)* oleh DPJP, pasien dilakukan pemeriksaan penunjang Laboratorium dan Radiologi;
2. Pasien yang direncanakan operasi dikonsulkan ke klinik Anestesi dengan menyertakan hasil pemeriksaan penunjang;
3. Pasien menerima hasil konsul dari Dokter Anestesi;
4. Hasil konsultasi **Tidak disetujui Operasi**, maka pasien dikembalikan ke DPJP yang mengirim atau dikonsultasikan ke DPJP lain sampai pasien dinyatakan setuju operasi;
5. Jika hasil konsultasi **Setuju Operasi**, dilanjutkan pada prosedur selanjutnya;
6. Dokter Anestesi menandatangani lembar persetujuan Tindakan anestesi dan dikembalikan ke Klinik semula;
7. Perawat klinik mendaftarkan pasien ke Koordinator pelayanan Keperawatan IBS dan menginput data pasien ke SIM RS;
8. Pasien datang ke IBS dan akan dilakukan tindakan operasi;
9. Tindakan operasi dilakukan;
10. Tindakan operasi selesai, pasien dipindahkan ke *Recovery Room (RR)* untuk dilakukan observasi, pasien mulai melakukan mobilisasi, duduk, berdiri, berjalan, coba minum dan dinilai berdasarkan *post anestesi discharge scoring system*;

11. Skoring > 8 Pasien boleh dipulangkan;
12. Jika skoring < 8 pasien harus rawat inap.

b) Alur Pasien Operasi ODC Tidak Langsung

1. Pasien dari Rawat Jalan dilakukan pemeriksaan dan diputuskan untuk dilakukan Operasi *One Day Care* (ODC) oleh DPJP, pasien dilakukan pemeriksaan penunjang Laboratorium;
2. Pasien yang direncanakan operasi dikonsulkan ke Poli Anestesi dengan menyertakan hasil pemeriksaan penunjang;
3. Pasien menerima hasil konsul dari Dokter Anestesi;
4. Hasil konsultasi **pasien tidak disetujui untuk operasi** maka pasien akan dikonsultasikan atau dilanjutkan untuk pengobatan selanjutnya sesuai hasil pemeriksaan Dokter Anestesi;
5. Jika hasil konsultasi **pasien disetujui untuk operasi** dilanjutkan pada prosedur selanjutnya;
6. Dokter Anestesi menandatangani lembar persetujuan tindakan anestesi, pasien dikembalikan ke poliklinik semula;
7. Perawat Poliklinik mendaftarkan pasien ke Koordinator pelayanan Keperawatan IBS untuk menentukan waktu jadwal operasi pasien;
8. Pasien meninggalkan no. telepon yang bisa dihubungi untuk pemanggilan operasi, selesai mendaftar dan jadwal operasi sudah ditetapkan, pasien disarankan pulang;
9. Koordinator pelayanan Keperawatan menghubungi pasien melalui telepon untuk memberitahu tanggal dan jam rencana pelaksanaan operasi, Pasien akan dihubungi oleh petugas untuk datang ke kamar operasi sesuai jadwal yang telah ditentukan 1 hari sebelum hari operasi;
10. Pasien datang, mendaftar ke loket rawat jalan, pasien langsung menuju ke Kamar Operasi untuk dilakukan persiapan operasi;
11. Pasien dilakukan tindakan operasi;

		<p>12. Tindakan operasi selesai, pasien dipindahkan ke <i>Recovery Room</i> (RR) untuk dilakukan observasi, pasien mulai melakukan mobilisasi, duduk, berdiri, berjalan, coba minum dan dinilai berdasarkan <i>post anestesi discharge scoring system</i>;</p> <p>13. Skoring > 8 Pasien boleh dipulangkan;</p> <p>14. Jika skoring < 8 pasien harus rawat inap.</p> <p>2.3 Alur Pasien Operasi</p> <p>a. Pasien datang ke Kamar Operasi dan ditempatkan di ruang premedikasi untuk dilakukan timbang terima dan <i>sign in</i> sebelum pasien masuk ke ruang operasi, kemudian pasien masuk ke ruang operasi sesuai urutan yang telah ditentukan dalam jadwal operasi;</p> <p>b. Pasien dilakukan tindakan operasi;</p> <p>c. Selesai dilakukan tindakan operasi, pasien dilakukan observasi pasca operasi di <i>Recovery Room</i> (RR) selama 2 jam sampai dengan pasien stabil dan sesuai dengan perhitungan aldret skor;</p> <p>d. Setelah dari <i>Recovery Room</i> (RR) dan kondisi pasien stabil, pasien kembali ke ruang rawat inap; atau</p> <p>e. Jika kondisi tidak stabil dan memerlukan perawatan intensif, pasien dipindahkan ke ruang <i>Intensif Care Unit</i> (ICU) sesuai advis DPJP dan persetujuan Dokter Anestesi.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Penyelesaian waktu pelayanan tergantung kasus / penyakit pasien dan komplikasinya
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>d. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja :</p>

		<p>a. Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya di klaim ke kantor Jasa Raharja</p> <p>4.4 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	Pasien mendapatkan tindakan operasi dan dirawat di Recovery Room (RR) hingga keadaan memungkinkan untuk dipindahkan ke ruang perawatan pasien
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidaksesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p>

		<p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p> <p>Aplikasi SP4N Lapor, View Probolinggo</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad</p>

		<p>Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis - Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 Instrumen Bedah</p> <p>2.3 Penunjang bedah</p> <p>2.4 Kamar Operasi</p> <p>2.5 R. Persiapan Operasi</p> <p>2.6 R. Tunggu</p> <p>2.7 R. Recovery (RR)</p> <p>2.8 R. Dokter Spesialis</p> <p>2.9 Meja Administrasi + computer</p> <p>2.10 Kamar mandi</p> <p>2.11 AC</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Spesialis :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data, Pelatihan Managerial bagi Struktural Kepala Instalasi dan Kepala Unit, Pelatihan Pembuatan Soal dengan <i>Blue Print</i> Sesuai Pedoman Pembuatan Soal UKMPPD-CBT Nasional untuk Dokter Pendidik Klinis – Rumah Sakit Pendidikan Season 1 & 2, Workshop Manajemen Program Infeksi Laten Tuberkulosis (ILTb) dan Terapi Pencegahan Tuberkulosis (TPT) Tahun 2022.</p> <p>3.2 Dokter SubSpesialis :</p> <p>Pelatihan Kolegium Ilmu Bedah Indonesia & <i>Kolegium Bedah Onkologi Indonesia, Breast Cancer Hormonal Management, Comprehensive Treatment In Breast Cancer, Breakthrough Therapy In Early Triple Negative Breast Cancer</i></p> <p>3.3 Dokter Gigi Spesialis :</p> <p>Pelatihan Kolegium Konservasi Gigi Indonesia</p> <p>3.4 Perawat Bedah :</p> <p>Pelatihan Manajemen Kamar Bedah, Pelatihan MOW, Pelatihan Instrument Urologi, Pelatihan Instrument Bedah Saraf, Pelatihan Instrument <i>Arthroscopy</i>, Pelatihan <i>Laparascopy</i>, Pelatihan <i>Basic Instrument Hipkabi</i>, Resertifikasi Asesor HPMI</p>

		3.5 Penata Anestesi : Pelatihan Clinical Instruktur/CI, Pelatihan ACLS, Pelatihan ATLS, Pelatihan EKG, Pelatihan PPGD, Pelatihan BLS, Pelatihan <i>Code Blue</i> , Pelatihan Management Bangsal, Pelatihan <i>Life Threatening Complication In Anesthesia</i>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Jumlah Dokter Spesialis : 44 orang 5.2 Dokter SubSpesialis : 1 orang 5.3 Dokter Gigi Spesialis : 1 orang 5.4 Perawat Bedah : 10 orang 5.5 Perawat Recovery room : 1 orang 5.6 Penata Anestesi : 6 orang 5.7 Administrasi : 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 7.3 Pengawasan keamanan Rumah Sakit dilakukan oleh petugas keamanan (satpam)
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

4.2. Intensive Care Unit (ICU)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	Pasien masuk ke ICU memenuhi syarat indikasi dari Instalasi Rawat Inap, IGD, OK 1.1. Persyaratan Pasien Umum : a. Membawa surat pengantar rawat inap dari IGD b. Kartu Identitas Penduduk (KTP, SIM / Paspor, KK) c. Kartu nomor rekam medik 1.2. Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan : a. Membawa kartu identitas (KTP, KK, SIM / Paspor) serta kartu BPJS Kesehatan

		<p>b. Surat Rujukan dari FKTP</p> <p>c. Mengurus surat SEP (Surat Eligibilitas Pasien)</p> <p>d. Jika persyaratan belum lengkap, ditunggu sampai batas waktu pengurusan 3 x 24 jam (hari kerja)</p> <p>1.3. Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <p>a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos)</p> <p>b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas</p> <p>c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari)</p> <p>1.4. Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <p>a. Kartu Tanda Penduduk</p> <p>b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK)</p> <p>c. Surat Pernyataan Perusahaan</p> <p>d. Formulir KK I</p> <p>e. Absensi di bulan kecelakaan kerja</p> <p>1.5. Persyaratan Jasa Raharja :</p> <p>a. KTP atau KK (Asli / fotocopy)</p> <p>b. Laporan Kepolisian (LP)</p> <p>c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien <u>mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja • Jika pasien <u>tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit <p>1.6. Persyaratan Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit :</p> <p>a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK, SIM / Paspor)</p> <p>b. Pengantar dari Perusahaan</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pasien Masuk dan Keluar Perawatan dari ICU adalah sebagai berikut :</p> <p>Alur Pasien Masuk ICU sesuai dengan Indikasi masuk ICU :</p>

A. Melalui IGD yang berasal dari IGD sendiri, RS Rujukan Lain atau IRJA :

- 1) RS Perujuk menghubungi IGD sebelum mengirim pasien untuk koordinasi terkait persiapan pasien selama pre transfer, durante transfer pasien serta ketersediaan bed dan fasilitas yang dibutuhkan di ruang ICU
- 2) IGD menghubungi Dokter Penanggung Jawab ICU terkait pasien yang akan masuk ICU
- 3) Dokter penanggung jawab ICU menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. ICU atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk ICU
- 4) IGD Menghubungi R.ICU untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan
- 5) IGD mengkoordinasikan lagi bagi RS Perujuk bahwa pasien bisa dikirim
- 6) Pasien ditransfer ke ruang ICU setelah mendapatkan penanganan di IGD dan telah mendaftar pada TPPRI

B. Tanpa melalui IGD : IRNA, IBS/OK, ICCU, HCU, KABER, HD:

- 1) Ruangan : IRNA, IBS/OK, KABER, HCU, HD, ICCU menghubungi Dokter Penanggung Jawab ICU terkait pasien yang akan di transfer ke ICU
- 2) Dokter penanggung jawab ICU menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. ICU atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk ICU
- 3) Ruangan menghubungi R.ICU untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan

2.2 Alur Pasien Keluar Perawatan dari ICU adalah sebagai berikut :

		<p>A. Kembali ke ruangan rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien yang telah dalam kondisi stabil atas kesepakatan DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICU dapat dipindahkan ke ruang perawatan/IRNA 2) DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICU mengisi form Indikasi Pindah pasien 3) R. ICU menghubungi ruangan yang akan dituju untuk memesan kamar 4) Pasien dikirim keruangan setelah ruangan/kamar tersedia <p>B. Transfer/ Rujuk</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) DPJP dan Dokter penanggung jawab ICU atas kesepakatan sesuai dengan kondisi pasien mengisi Form Rujukan 2) Perawat ICU menghubungi RS yang akan dituju 3) Mengisi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) online setelah RS yang akan dituju menyetujui menerima pasien 4) Menghubungi petugas Ambulance sesuai dengan kriteria pasien 5) Pasien menyelesaikan tanggung jawab administrasi 6) Perawat pengirim adalah perawat yang sesuai dengan SKOR pasien 7) Mendokumentasikan selama proses Rujuk/durante transfer 8) Dokumen jawaban/ Rujukan balik dibawa pulang kemudian diletakkan dalam status pasien <p>C. Pulang (Sembuh dan Pulang Paksa)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien yang telah dinyatakan sembuh dan tidak memerlukan perawatan lanjutan direncanakan pulang oleh DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICU
--	--	---

		<p>2) Mengisi form Pulang Paksa bagi pasien yang pulang paksa</p> <p>3) Pasien menyelesaikan kewajiban administrasi</p> <p>4) Pasien diberi Surat Kontrol ke Poliklinik Rawat Jalan</p> <p>D. Meninggal</p> <p>1) Mengisi form Surat Kematian yang akan diserahkan kepada keluarga pasien</p> <p>2) Memesan mobil jenazah sesuai alamat yang akan dituju keluarga jenazah</p> <p>3) Menghubungi petugas Kamar jenazah</p> <p>4) Mengirim pasien ke Kamar jenazah</p> <p>5) Keluarga pasien menyelesaikan kewajiban administrasi</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Dalam waktu \leq 5 menit sejak masuk ICU pasien telah mendapatkan tindakan intensif
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>b. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 Jasa Raharja :</p> <p>a. Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya di Klaim ke Kantor Jasa Raharja</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	5.1 Pasien mendapat tindakan intensif sampai pasien stabil untuk dipindahkan ke ruang rawat inap;

		a. Pasien mendapat tindakan intensif sampai sembuh dan dinyatakan boleh pulang.
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan</p>

		<p>keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram: rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>f) Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>g) Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum ;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum</p>

		Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo; 1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	2.1 Alat Kesehatan 2.2 Tempat Tidur Pasien Isolasi dan Non Isolasi 2.3 Meja Nurse Station 2.4 Meja Administrasi + Komputer 2.5 Kamar mandi 2.6 R. Tunggu Keluarga Pasien 2.7 AC
3.	Kompetensi Pelaksana	Perawat : Pelatihan ICU Dasar
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Dokter Spesialis Anestesi : 2 orang Perawat : 17 orang Administrasi : 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Pemenuhan Hak Pasien 7.2 Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien 7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

4.3. Intensive Cardiology Care Unit (ICCU)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	Pasien memenuhi syarat indikasi masuk ICCU dari Instalasi Rawat Inap, IGD 1.1. Persyaratan Pasien Umum :

		<p>a. Membawa surat pengantar rawat inap dari IGD</p> <p>b. Kartu Identitas Penduduk (KTP, SIM / Paspor, KK)</p> <p>c. Kartu nomor rekam medik</p> <p>1.2. Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan :</p> <p>a. Membawa kartu identitas (KTP, KK, SIM / Paspor) serta kartu BPJS Kesehatan</p> <p>b. Surat Rujukan dari FKTP</p> <p>c. Mengurus surat SEP (Surat Eligibilitas Pasien)</p> <p>d. Jika persyaratan belum lengkap, ditunggu sampai batas waktu pengurusan 3 x 24 jam (hari kerja)</p> <p>1.3. Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <p>a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos)</p> <p>b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas</p> <p>c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari)</p> <p>1.4. Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <p>a. Kartu Tanda Penduduk</p> <p>b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK)</p> <p>c. Surat Pernyataan Perusahaan</p> <p>f. Formulir KK I</p> <p>g. Absensi di bulan kecelakaan kerja</p> <p>1.5. Persyaratan Jasa Raharja :</p> <p>a. KTP atau KK (Asli / fotocopy)</p> <p>b. Laporan Kepolisian (LP)</p> <p>c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien <u>mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja • Jika pasien <u>tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit
--	--	--

2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pasien Masuk Perawatan ICCU</p> <p>Alur Pasien Masuk ICCU sesuai dengan Indikasi masuk ICCU :</p> <p>a. Melalui IGD yang berasal dari IGD sendiri, RS Rujukan Lain atau IRJA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RS Perujuk menghubungi IGD sebelum mengirim pasien untuk koordinasi terkait persiapan pasien selama pre transfer, durante transfer pasien serta ketersediaan bed dan fasilitas yang dibutuhkan di ruang ICCU; 2. IGD menghubungi Dokter Penanggung Jawab ICCU terkait pasien yang akan masuk ICCU; 3. Dokter penanggung jawab ICCU menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. ICCU atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk ICCU; 4. IGD Menghubungi R. ICCU untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan; 5. IGD mengkoordinasikan lagi bagi RS Perujuk bahwa pasien bisa dikirim; 6. Pasien ditransfer ke ruang ICCU setelah mendapatkan penanganan di IGD dan telah mendaftar pada TPPRI 7. Sebelum pasien dilakukan transfer ke ruang ICCU maka petugas administrasi harus memastikan jenis administrasi pembiayaan pasien. Untuk pasien non asuransi/ pasien yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan maka petugas administrasi melakukan reedukasi pembiayaan. <p>b. Tanpa melalui IGD : IRNA, IBS/OK, HCU, KABER, HD, R. CATHLAB :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan : IRNA, IBS/OK, KABER, HCU, HD, R. CATHLAB menghubungi Dokter Penanggung Jawab ICCU terkait pasien yang akan di transfer ke ICCU;
----	-------------------------	---

		<p>2. Dokter penanggung jawab ICCU menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. ICCU atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk ICCU;</p> <p>3. Ruangan menghubungi R. ICCU untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan;</p> <p>4. Sebelum pasien dilakukan transfer ke ruang ICCU maka petugas administrasi harus memastikan jenis administrasi pembiayaan pasien. Untuk pasien non asuransi/ pasien yang tidak memiliki jaminan pembiayaan kesehatan maka petugas administrasi melakukan reedukasi pembiayaan.</p> <p>2.2 Alur Pasien Keluar Perawatan dari ICCU</p> <p>a. Pasien keluar ICCU dengan status kembali/pindah ke rawat inap, meninggal, pulang :</p> <p>A. Kembali / pindah ke ruangan rawat Inap</p> <p>a. Pasien yang telah dalam kondisi stabil atas kesepakatan DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICCU dapat dipindahkan ke ruang perawatan/IRNA;</p> <p>b. DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICCU mengisi form Indikasi Pindah pasien;</p> <p>c. R. ICCU menghubungi ruangan yang akan dituju untuk memesan kamar;</p> <p>d. Pasien dikirim keruangan setelah ruangan/ kamar tersedia;</p> <p>B. Pulang (Sembuh dan Pulang Paksa)</p> <p>a. Pasien yang telah dinyatakan sembuh dan tidak memerlukan perawatan lanjutan direncanakan pulang oleh DPJP dan Dokter Penanggung Jawab ICCU</p> <p>b. Mengisi form Pulang Paksa bagi pasien yang pulang paksa</p> <p>c. Pasien menyelesaikan kewajiban administrasi</p>
--	--	---

		<p>d. Pasien diberi Surat Kontrol ke Poliklinik Rawat Jalan.</p> <p>C. Meninggal</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Mengisi form Surat Kematian yang akan diserahkan kepada keluarga pasien; b. Memesan mobil jenazah sesuai alamat yang akan dituju keluarga jenazah; c. Menghubungi petugas Kamar jenazah; d. Mengirim pasien ke Kamar jenazah; e. Keluarga pasien menyelesaikan kewajiban administrasi. <p>b. Pasien yang keluar dari ICCU yang memerlukan asesmen ulang :</p> <p>A. Transfer / Rujuk</p> <ol style="list-style-type: none"> a. DPJP dan Dokter penanggung jawab ICCU atas kesepakatan sesuai dengan kondisi pasien mengisi Form Rujukan; b. Perawat ICCU menghubungi RS yang akan dituju; c. Mengisi Sistem Rujukan Terintegrasi (SISRUTE) online setelah RS yang akan dituju menyetujui menerima pasien; d. Menghubungi petugas Ambulance sesuai dengan kriteria pasien; e. Pasien menyelesaikan tanggung jawab administrasi; f. Perawat pengirim adalah perawat yang sesuai dengan SKOR pasien; g. Mendokumentasikan selama proses Rujuk/ durante transfer; h. Dokumen jawaban/Rujukan balik dibawa pulang kemudian diletakkan dalam status pasien. <p>B. Memerlukan intervensi dan atau perawatan lanjut di ICU</p> <ol style="list-style-type: none"> a. DPJP dan atau Dokter penanggung jawab ICCU melakukan komunikasi tentang kondisi pasien yang memerlukan perawatan ICU ke dokter penanggung jawab ICU;
--	--	---

		<p>b. Setelah dokter penanggung jawab ICU memberikan persetujuan pindah ke ruang ICU maka dpjp ICCU mengisi form pindah ruangan;</p> <p>c. Perawat ICCU menghubungi ruang ICU untuk memesan kamar dan memberikan informasi tentang obat dan alat yang dibutuhkan pasien selama di ICU sesuai dengan advis dokter penanggung jawab ICU</p> <p>d. Setelah perawat ICU telah siap dengan peralatan dan obat obatan yang dibutuhkan, maka perawat ICU menghubungi ruang ICCU untuk mentransfer pasien ke ICU.</p> <p>e. Pasien dikirim ke ICU</p> <p>C. Pelayanan Hemodialisa</p> <p>a. DPJP dan atau Dokter penanggung jawab ICCU melakukan komunikasi tentang kondisi pasien yang memerlukan tindakan hemodialisa ke dokter penanggung jawab hemodialisa;</p> <p>b. Setelah dokter penanggung jawab hemodialisa memberikan persetujuan pindah ke ruang hemodialisa maka dpjp ICCU mengisi form pindah ruangan;</p> <p>c. Perawat ICCU menghubungi ruang hemodialisa untuk memesan kamar dan memberikan informasi tentang obat dan alat yang dibutuhkan pasien selama di ruang hemodialisa sesuai dengan advis dokter penanggung jawab ICCU dan atau dokter penanggung jawab ruang hemodialisa;</p> <p>d. Setelah perawat ruang hemodialisa telah siap dengan peralatan dan obat obatan yang dibutuhkan, maka perawat ruang hemodialisa menghubungi ruang ICCU untuk mentransfer pasien ke ruang hemodialisa;</p> <p>e. Pasien dikirim ke ruang hemodialisa ;</p> <p>f. Setelah pasien dilakukan tindakan di ruang hemodialisa, maka pasien kembali ke ruang ICCU untuk dilakukan observasi sesuai advis DPJP.</p>
--	--	---

		<p>D.Memerlukan intervensi atau diagnostic kardiologi/ ruang Cathlab</p> <ol style="list-style-type: none"> a. DPJP dan atau Dokter penanggung jawab ICCU melakukan komunikasi tentang kondisi pasien yang memerlukan tindakan dan atau intervensi kardiologi ke dokter penanggung jawab ruang Cathlab; b. Setelah dokter penanggung jawab ruang Cathlab memberikan persetujuan untuk dilakukan intervensi dan atau diagnostic kardiologi, maka dpjp ICCU mengisi form pindah ruangan; c. Perawat ICCU menghubungi ruang cathlab untuk memesan kamar dan memberikan informasi tentang obat dan alat yang dibutuhkan pasien selama di ruang cathlab sesuai dengan advis dokter penanggung jawab ICCU dan atau dokter penanggung jawab ruang cathlab; d. Setelah perawat ruang cathlab telah siap dengan peralatan dan obat obatan yang dibutuhkan, maka perawat ruang cathlab menghubungi ruang ICCU untuk mentransfer pasien ke ruang cathlab; e. Pasien dikirim ke ruang cathlab; f. Setelah pasien dilakukan tindakan di ruang cathlab, maka pasien kembali ke ruang ICCU untuk dilakukan observasi sesuai advis.
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Dalam waktu ≤ 5 menit sejak masuk ICCU pasien telah mendapat Pelayanan Intensif
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo b.Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang

		<p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum.</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	<p>5.1 Pasien mendapat pelayanan intensif jantung sehingga keadaan pasien stabil untuk dipindahkan ke ruang perawatan pasien;</p> <p>5.2 Pasien mendapat tindakan intensif jantung sampai sembuh dan dinyatakan boleh pulang.</p>
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan

		<p>cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website :rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh Wa/SMS Hotline</p> <p>e) Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>f) Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan</p>

		<p>Kesehatan dan Retribusi Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 Tempat Tidur Pasien Isolasi dan Non Isolasi</p> <p>2.3 Meja Nurse Station</p> <p>2.4 Meja Administrasi + computer</p> <p>2.5 R. Tunggu Keluarga Pasien</p> <p>2.6 Kamar mandi</p> <p>2.7 AC</p> <p>2.8 Lemari es</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	Perawat : Pelatihan Kardiologi Dasar / ICCU, ACLS, EKG
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>5.1 Dokter Spesialis Jantung : 2 orang</p> <p>5.2 Perawat : 20 orang</p> <p>5.3 Administrasi : 2 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku

7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Pemenuhan Hak Pasien 7.2 Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien 7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

4.4. Neonatal Intensive Care Unit (NICU)

NO	Jenis Pelayanan	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Pasien memenuhi syarat indikasi masuk ruang NICU dari R. Perinatology, IGD, IBS, Kamar Bersalin.</p> <p>1.2 Pasien yang dirawat di NICU adalah bayi berumur 0 - 28 hari.</p> <p>1.3 Keluarga pasien mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI)</p> <p>1.4 Pasien atau keluarga mengisi form. Persetujuan perawatan di ruang intensif</p> <p>1.5 Pasien yang dirawat di Ruang NICU dengan menggunakan identitas :</p> <p>a. Nama Bayi</p> <p>b. Nama Ibu Bayi (by ny.....)</p> <p>1.6 Keluarga pasien menunjukkan persyaratan yang diperlukan diantaranya :</p> <p>1.6.1 Persyaratan Pasien Umum :</p> <p>a. Membawa surat pengantar rawat inap dari IGD</p> <p>b. Kartu Identitas (KIA/Akta Kelahiran/KK)</p> <p>c. Kartu Nomor Rekam Medik</p> <p>1.6.2 Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan :</p> <p>a. Membawa kartu identitas (KIA, Akta Kelahiran, KK) serta kartu BPJS Kesehatan</p> <p>b. Surat Rujukan dari Rumah Sakit kelas C dan D</p>

		<p>c. Mengurus SEP (Surat Eligibilitas Pasien)</p> <p>d. Jika persyaratan belum lengkap, ditunggu sampai batas waktu pengurusan 3 x 24 jam (hari kerja)</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>Alur Pasien Masuk dan Keluar Perawatan dari Ruang Neonatologi adalah sebagai berikut :</p> <p>Alur Pasien Masuk Ruang Neonatologi sesuai dengan Indikasi masuk :</p> <p>A. Melalui IGD yang berasal dari IGD sendiri, RS Rujukan Lain:</p> <p>a. RS Perujuk menghubungi IGD sebelum mengirim pasien untuk koordinasi terkait persiapan pasien selama pre transfer, durante transfer pasien serta ketersediaan bed dan fasilitas yang dibutuhkan di ruang Neonatologi.</p> <p>b. IGD menghubungi Dokter Penanggung Jawab Neonatologi terkait pasien yang akan masuk ruang Neonatologi.</p> <p>c. Dokter penanggung jawab Neonatologi menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. Neonatologi atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk dan di bagian mana pasien akan dirawat (NICU, HCU, atau Transisi).</p> <p>d. IGD Menghubungi R.Neonatologi untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan.</p> <p>e. IGD mengkoordinasikan lagi bagi RS Perujuk bahwa pasien bisa dikirim.</p> <p>f. Pasien ditransfer ke ruang Neonatologi setelah mendapatkan penanganan di IGD sesuai dengan prioritas masuk pasien (NICU, HCU, Transisi).</p> <p>B. Tanpa melalui IGD : IRNA, IBS/OK dan KABER :</p> <p>a. Ruangan : IRNA, IBS/OK atau KABER menghubungi Dokter Penanggung Jawab</p>

		<p>Ruang Neonatologi terkait pasien yang akan di transfer ke ruang Neonatologi.</p> <p>b. Dokter penanggung jawab Neonatologi menentukan apakah pasien dapat dirawat di R. Neonatologi atau tidak sesuai dengan prioritas pasien masuk Neonatologi dan di bagian mana pasien akan dirawat (NICU, HCU atau Transisi).</p> <p>c. Ruangan menghubungi R. Neonatologi untuk koordinasi pasien yang akan masuk serta fasilitas yang dibutuhkan oleh pasien untuk dipersiapkan.</p> <p>Alur Pasien Keluar Perawatan dari Ruang Neonatologi adalah sebagai berikut :</p> <p>A. Transfer/ Rujuk</p> <p>a. DPJP dan Dokter penanggung jawab Ruang Neonatologi atas kesepakatan sesuai dengan kondisi pasien mengisi Form Rujukan</p> <p>b. Perawat Neonatologi menghubungi RS yang akan dituju</p> <p>c. Mengisi sistem rujukan online (SISRUTE) setelah RS yang akan dituju menyetujui menerima pasien</p> <p>d. Menghubungi petugas Ambulance sesuai dengan kriteria pasien</p> <p>e. Pasien menyelesaikan tanggung jawab administrasi</p> <p>f. Perawat pengirim adalah perawat yang sesuai dengan SKOR pasien</p> <p>g. Mendokumentasikan selama proses Rujuk/ durante transfer</p> <p>h. Dokumen jawaban/ Rujukan balik dibawa pulang kemudian diletakkan dalam status pasien</p> <p>B. Pulang (Sembuh dan Pulang Paksa)</p> <p>a. Pasien yang telah dinyatakan sembuh dan tidak memerlukan perawatan lanjutan di</p>
--	--	--

		<p>rencanakan pulang oleh DPJP dan Dokter Penanggung Jawab Neonatologi</p> <p>b. Mengisi form Pulang Paksa bagi pasien yang pulang paksa</p> <p>c. Pasien menyelesaikan kewajiban administrasi</p> <p>d. Pasien diberi Surat Kontrol ke Poliklinik rawat jalan</p> <p>C. Meninggal</p> <p>a. Mengisi form Surat Kematian yang akan diserahkan kepada keluarga pasien</p> <p>b. Memesan mobil jenazah sesuai alamat yang akan dituju</p> <p>c. Menghubungi petugas Kamar jenazah</p> <p>d. Mengirim pasien ke Kamar jenazah</p> <p>e. Keluarga pasien menyelesaikan kewajiban administrasi</p>
3.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>3.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>b. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>3.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>3.3 Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
4.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Dalam waktu \leq 5 menit sejak masuk Ruang NICU pasien telah mendapat tindakan intensif
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	5.1 Pasien mendapat tindakan kegawatan neonatus sampai keadaan pasien stabil untuk dipindahkan ke ruang perawatan pasien

		5.2 Pasien mendapat tindakan intensif sampai sembuh dan dinyatakan boleh pulang.
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p>

		<p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website :rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
<p>B. Komponen Manufacturing</p>		
<p>1.</p>	<p>Dasar Hukum</p>	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p>

		5.3 Bidan : 4 orang 5.4 Administrasi : 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang berlaku
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Pelayanan mengutamakan mutu dan keselamatan pasien 7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

5. STANDAR PELAYANAN PENUNJANG

5.1. HEMODIALISIS (HD)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Pelayanan Pasien Baru</p> <p>a. Rawat Jalan : membawa surat traveling dialisis beserta hasil pemeriksaan laborat terakhir dari Rumah Sakit asal (jika pasien sudah pernah melakukan HD).</p> <p>b. Rawat Inap : membawa surat pengantar dari Dokter (jika ada) dan surat pengantar rawat inap dari IGD.</p> <p>c. Jika membutuhkan pelayanan Hemodialisis dari Ruang Rawat Inap maka perawat Rawat Inap yang mendaftar ke Ruang Hemodialisis. Persyaratan administrasi selambat-lambatnya dilengkapi dalam waktu 3 x 24 jam.</p> <p>1.2 Pelayanan Pasien Kunjungan II dan seterusnya : membawa surat rujukan layanan HD, pasien mendaftar ke Administrasi HD kemudian menuju ke ruang Hemodialisis.</p> <p>1.3 Persyaratan administrasi diantaranya Pasien Umum, BPJS Kesehatan, pangantar dari Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit.</p>
2.	Prosedur Alur	2.1 Persiapan Mesin Hd

<p>Pelayanan</p>	<p>Melakukan pengecekan mesin HD, antara lain Rinsing, Watering, dan testing sampai dengan mesin siap digunakan</p> <p>2.2 Persiapan Alat dan Bahan HD (HD Set)</p> <p>Menyiapkan alat dan bahan dalam melakukan prosedur HD, terdiri dari menyiapkan Blood line, tabung Dialisat, AV Fistula, heparin, infus set, Sduit 20cc</p> <p>2.3 Priming HD</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan persiapan tabung dialiser sesuai dengan nama dan register pasien b. Melakukan priming heparin, sirkulasi dialiser sampai tabung dialiser siap digunakan <p>2.4 Persiapan Pasien</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Menyiapkan tempat tidur pasien (bed/sofa) b. Memanggil pasien sesuai dengan urutan pasien c. Menimbang BB pasien sebelum dilakukan HD d. Memeriksa tekanan darah, nadi, suhu dan keluhan pasien <p>2.5 Memulai Hemodialisis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melakukan insersi untuk memulai proses HD b. Memberikan peresepan HD (menghitung UF goal dan lama HD) <p>2.6 Monitoring Dialisis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Melaksanakan monitoring kondisi pasien, keluhan, sirkuit dialisat dan sirkuit darah selama proses HD berlangsung b. Melakukan monitoring dan observasi pasien HD setiap jam dan mencatat di status pasien <p>2.7 Mengakhiri Dialisis</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat mengakhiri proses HD setelah waktu dialysis telah selesai b. Perawat dapat mengakhiri proses HD apabila ada kondisi-kondisi tertentu yang dialami oleh pasien <p>2.8 Evaluasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perawat melakukan observasi setelah pasien
------------------	---

		<p>melakukan HD</p> <p>b. Apabila tidak ada keluhan setelah HD selesai pasien dapat dipulangkan, apabila pasien ada keluhan setelah proses HD maka akan dilakukan observasi lanjutan dari perawat sebelum dipulangkan</p> <p>c. Apabila setelah dilakukan observasi lanjutan pasien sudah membaik maka pasien di ijin untuk pulang, jika masih belum membaik maka akan ditangani lebih lanjut (MRS)</p> <p>d. Pasien yang dipulangkan harus menimbang BB terlebih dahulu sebelum meninggalkan ruangan HD.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Satu kali dialisis membutuhkan waktu 4 s/d 5 jam
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	Pelayanan dialisis (cuci darah)
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p>

		<p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website: rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>b) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p>
--	--	---

		<p>c) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 812 Tahun 2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Dialisis Pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan;</p> <p>1.5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko Sektor Kesehatan;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko;</p> <p>1.8 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.9 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.10 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.11 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8</p>

		7.5 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

5.3 REHABILITASI MEDIK

NO	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Pasien Rujukan Internal Rumah Sakit dan dari Luar Rumah Sakit (dengan atau tanpa rujukan) mendaftar di Loker Rehab Medik;</p> <p>1.2 Pasien Rawat Inap Rumah Sakit yang membutuhkan pelayanan rehabilitasi medik dikonsulkan oleh DPJP ke Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik, petugas Administrasi Rawat Inap mengentry permintaan konsul Rehabilitasi Medik di SIM-RS;</p> <p>1.3 Pasien lama menunjukkan protokol terapi serta persyaratan administasi yang diperlukan;</p> <p>1.4 Pasien menunjukkan persyaratan yang diperlukan diantaranya :</p> <p>1.4.1 Persyaratan Pasien Umum :</p> <p>a. Menunjukkan kartu identitas pasien (KTP, KK/KIA)</p> <p>b. Membawa Rujukan (jika ada)</p> <p>1.4.2 Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan</p> <p>a. Rujukan Internal dari Poli Umum dan Spesialis</p> <p>b. SEP (Surat Eligibilitas Pasien)</p> <p>1.4.3 Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <p>a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos)</p> <p>b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas</p> <p>c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari)</p>

		<p>1.5 Persyaratan Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit :</p> <p>a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK, SIM / Paspor)</p> <p>b. Pengantar dari Perusahaan</p> <p>1.5.1 Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <p>a. Kartu Tanda Penduduk</p> <p>b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK)</p> <p>c. Surat Pernyataan Perusahaan</p> <p>d. Formulir KK I</p> <p>e. Absensi di bulan kecelakaan kerja</p> <p>1.5.2 Persyaratan Jasa Raharja :</p> <p>a. KTP atau KK (Asli / fotocopy)</p> <p>b. Laporan Kepolisian (LP)</p> <p>c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja • Jika pasien tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Pasien rehabilitasi medik dapat berasal dari internal Rumah sakit (IRJA, IRNA, IGD) atau dari luar rumah sakit (rujukan rumah sakit lain) dan institusi lain</p> <p>2.2 Pasien baru atau lama dikirim ke instalai rehabilitasi medic, pelayanan dilakukan :</p> <p>a. Pemeriksaan dokter spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi, bagi :</p> <p>1) Pasien baru, untuk mendapatkan program rehabilitasi medik yang diperlukan;</p> <p>2) Pasien lama, berupa evaluasi atas program rehabilitasi yang sudah dilakukan dengan kesimpulan : program dihentikan karena sudah selesai, dilanjutkan dengan program yang sama atau dilanjutkan dengan perubahan program rehabilitasi.</p>

		<p>b. Pelayanan oleh tim rehabilitasi medik yang lain berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Assessment, untuk menyesuaikan program dokter dengan program terapi yang harus dilaksanakan 2) Pelaksanaan tindakan terapi yang sudah ditetapkan 3) Evaluasi tindakan / program terapi yang sudah dilaksanakan. <p>c. Pelayanan administrasi, berupa :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pendaftaran pasien 2) Administrasi keuangan
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Pasien dilayani < 3 jam sejak mendaftar di Loker Rehabilitasi Medik
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja : Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan yang diterima	Pasien memperoleh tindakan Rehabilitasi Medik yang sesuai dengan program Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi Medik (protokol terapi)
6.	Penanganan	6.1 Pengaduan Langsung :

<p>Pengaduan</p>	<p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada diberikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p>
------------------	---

		<p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>f) Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>g) Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 378/Menkes/Per/VII/2008 tentang Pedoman Pelayanan Rehabilitasi Medik di Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.5 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.6 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas</p>

7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Pemenuhan Hak Pasien dalam pelayanan Rehabilitasi Medik 7.2 Pelaksanaan Pasien Safety (Pasien terhindar dari Resiko Jatuh) 7.3 Kalibrasi alat sesuai jadwal
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala (3 bulan sekali) 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

5.3 RADIOLOGI

No	Komponen	Uraian
A.Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1.1 Pasien membawa surat pengantar foto rontgen dari Poli umum dan spesialis yang sudah di entry permintaan foto di SIM-RS dan dibawa ke Ruang Radiologi; 1.2 Pasien dari Rawat Inap dan IGD, pengantar foto rontgen yang sudah di entry di SIM-RS langsung dibawa oleh perawat beserta pasien; 1.3 Pasien dari RS Lain atau Dokter Praktek langsung mendaftar di Loker Radiologi dengan menunjukkan persyaratan Pasien Umum atau Perusahaan yang sudah Bekerjasama dengan Rumah Sakit yakni : a) Surat pengantar permintaan foto rontgen dari Dokter Praktek atau RS lain b) Kartu Identitas Penduduk (KTP/KK/SIM) c) Pembayaran dan kelengkapan administrasi di Loker Pembayaran
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Pasien yang ingin melakukan pemeriksaan foto rontgen bisa berasal dari Rawat Inap, IGD, IRJA, dan atau RS Lain / Dokter Praktek Swasta; 2.2 Pasien dari Rawat Inap atau IGD, sebelum pasien diantar ke Radiologi petugas administrasi ruangan atau IGD sudah mengentry dulu permintaan foto di SIM-RS ke Radiologi; 2.3 Perawat mendaftar permintaan foto rontgen beserta dengan pasiennya ke Radiologi;

		<p>2.4 Pasien dilakukan foto rontgen sesuai indikasi medis;</p> <p>2.5 Hasil foto diambil oleh Petugas Rawat Inap atau IGD yang melakukan permintaan foto;</p> <p>2.6 Pasien dari Rawat Jalan, sebelum pasien ke Radiologi petugas administrasi sudah mengentry dulu permintaan foto di SIM-RS ke Radiologi;</p> <p>2.7 Pasien membawa pengantar foto rontgen dari Poliklinik ke Radiologi;</p> <p>2.8 Pasien dilakukan foto rontgen sesuai indikasi medis;</p> <p>2.9 Hasil foto rontgen diambil oleh pasien / keluarga pasien;</p> <p>2.10 Pasien dari RS Lain / Dokter Praktek langsung mendaftar di Loker Radiologi dan melengkapi persyaratan administrasi di Loker Pembayaran;</p> <p>2.11 Pasien membayar di Loker Pembayaran (Kasir) dan memberikan kwitansi pembayaran serta membubuhkan tanda lunas yang diberi paraf dan stempel Rumah Sakit;</p> <p>2.12 Pasien dilakukan foto rontgen sesuai dengan permintaan di surat rujukan;</p> <p>2.13 Pasien / Keluarga pasien mengambil hasil foto rontgen dan tanda tangan di buku serah terima pengambilan foto.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>3.1 Pasien dilayani di Radiologi ≤ 30 menit sejak mendaftar di Loker Radiologi.</p> <p>3.2 Pemeriksaan < jam 12.00 WIB hasil diserahkan < jam 14.00 WIB</p> <p>3.3 Pemeriksaan > jam 12.00 WIB hasil diserahkan keesokan harinya sebelum jam 09.00 WIB</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas</p>

		<p>Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pelayanan kecuali pasien IGD dan Rawat Inap</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 Jasa Raharja :</p> <p>a. Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya di Klaim ke Kantor Jasa Raharja</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Hasil pemeriksaan foto rontgen / USG / CT-Scan sesuai dengan diagnosa
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di</p>

		<p>rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a. Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c. Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e. Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3</p>

		<p>Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 R. Rontgen</p> <p>2.3 R. USG</p> <p>2.4 R. CT-Scan</p> <p>2.5 R. Dokter Spesialis</p> <p>2.6 R. Ganti Pasien</p> <p>2.7 Baju Pasien</p> <p>2.8 Meja Administrasi + Komputer</p> <p>2.9 Kamar Mandi</p> <p>2.10 AC</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Spesialis Radiologi : Sertifikat Pelatihan Manajemen Kepemimpinan</p> <p>3.2 Radiografer : Sertifikat Pelatihan Quality Control</p> <p>3.3 Fisikawan Medis : Pelatihan Clinical Training</p>

		3.4 Petugas Proteksi Radiasi : Sertifikat SIB
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Dokter Spesialis Radiologi : 2 orang 5.2 Radiografer : 7 orang 5.3 Fisikawan Medis : 1 orang 5.4 Petugas Proteksi Radiasi : 1 orang 5.5 Administrasi : 2 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala 8.2 Pelaksanaan survey IKM

5.4. LABORATORIUM

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1.1 Pasien dari Rawat Inap dan IGD, permintaan pemeriksaan Laborat di entry di SIM-RS dan sampel darah di bawa oleh Petugas Plebotomy; 1.2 Pasien dari Poli Umum dan Spesialis membawa surat pengantar dari Dokter dan menuju ke Laboratorium; 1.3 Pasien membawa surat rujukan dari RS Lain / Dokter Praktek ke Laboratorium bila hanya pemeriksaan Laborat; 1.4 Pasien dari RS Lain atau Dokter Praktek langsung mendaftar di Laboratorium dengan menunjukkan persyaratan Pasien Umum atau Perusahaan yang sudah Bekerjasama dengan Rumah Sakit yakni : b. Surat rujukan permintaan pemeriksaan Laborat dari RS Lain atau Dokter Praktek c. Kartu Identitas Penduduk (KTP/KK/SIM) d. Pembayaran dan kelengkapan administrasi di Loker Pembayaran

2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>21.1 Pasien dari Instalasi Rawat Jalan (IRJA) atau Atas Permintaan Sendiri (APS) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien yang akan periksa laborat mengambil no. antrian untuk pendaftaran, kemudian keluarga pasien mendaftar di loket / Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ); b. Pasien periksa ke poli umum atau spesialis yang dituju; c. Apabila pasien membutuhkan periksa darah maka pasien akan diberikan pengantar ke Laborat; d. Jika pasien dengan permintaan sendiri maka bisa langsung menuju ke Laboratorium; e. Pasien dengan pembayaran umum (pasien atas permintaan sendiri) menyelesaikan pembayaran terlebih dahulu di Loket Pembayaran. <p>2.2 Alur dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan Instalasi Rawat Inap (IRNA) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ruangan IGD atau IRNA membutuhkan pemeriksaan darah / urin; b. Sampel darah / urin diambil oleh Perawat dan konfirmasi ke Petugas Laborat untuk cek pemeriksaan darah; c. Petugas Administrasi Ruangan atau IGD mengentry permintaan darah di SIM-RS; d. Selanjutnya sampel darah atau urin dikirim ke Laboratorium melalui <i>Phenimatic tube</i>; e. Petugas Laborat / Flebotomi setelah menerima sampel dari <i>Phenimatic tube</i>/ruangan mencatat di buku penerimaan sampel; f. ATLM memproses sampel pemeriksaan sesuai permintaan; g. ATLM menyerahkan hasil pemeriksaan ke Admin laborat untuk mengentri hasil di SIM-RS; h. Petugas Admin Laborat mengantarkan hasil pemeriksaan darah ke Rawat Inap dan IGD.
----	-------------------------	--

3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Pasien telah dilayani ≤ 30 menit sejak mendaftar di Laboratorium
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang kecuali pasien IGD dan Rawat Inap <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 Jasa Raharja :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya di Klaim ke Kantor Jasa Raharja
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Hasil pemeriksaan Laboratorium
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan

		<p>penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a. Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c. Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e. Wa/SMS Hotline</p> <p>f. Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>g. Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
5.	Hasil Pelayanan	Hasil pemeriksaan Laboratorium

	Yang Diterima	
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 R. Hematologi</p> <p>2.3 R. Kimia Klinik</p>

		<p>2.4 R. Serologi / Imunologi</p> <p>2.5 R. Kimia Rutin</p> <p>2.6 R. Biomolekuler</p> <p>2.7 R. Patologi Anatomi</p> <p>2.8 R. Lab cito</p> <p>2.9 R. Pengambilan Bahan</p> <p>2.10 R. Penyimpanan / Gudang</p> <p>2.11 R. Tunggu</p> <p>2.12 R. Penyimpanan dingin</p> <p>2.13 R. Penyimpanan bahan berbahaya / mudah terbakar</p> <p>2.14 Tempat pembuangan sampah medis</p> <p>2.15 Tempat pembuangan sampah non medis</p> <p>2.16 Wastafel</p> <p>2.17 Meja kerja laborat</p> <p>2.18 Meja tulis</p> <p>2.19 Lemari bahan kimia</p> <p>2.20 Lemari arsip</p> <p>2.21 Meja administrasi + Komputer</p> <p>2.22 AC</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Spesialis Patologi Klinik :</p> <p>Pelatihan BLS, Sosialiasi Kemampuan Pelayanan Darah di UDD, Paparan Pemeriksaan IMLTD Metode NAT terhadap Produk dan Tatalaksana <i>Hemovigilance</i>, Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data.</p> <p>3.2 Dokter Spesialis Patologi Anatomi :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan <i>Service Excellent Training</i>, Pelatihan <i>Cervical Cytology and Endometrial Pathology Update</i>, Pelatihan <i>Update on The New WHO Classification of Tumors of the Breast 2019</i>, Pelatihan <i>As a Participant in ISHMO Semarang's Lymphoma Week Series</i>, Pelatihan <i>Role of Chemotherapy in Metastatic Breast Cancer</i>, Seminar <i>Online Hodgkin Lymphoma</i>, Pelatihan <i>Annual Scientific Meeting of Indonesian Association of Pathologists The Indonesian Division International Academy of Pathology 2022</i>.</p>

		3.3 Analis Kesehatan/ATLM : Pelatihan Pemeriksaan HIV/AIDS, Pelatihan Pelaporan Hasil Pemeriksaan HIV/AIDS, Pelatihan Pemeriksaan HIV/AIDS & Klinik VCT, Pelatihan Penatalaksanaan <i>Specimen Rapid Test</i> , Bimtek Strategi Eliminasi <i>Tuberculosis</i> melalui Peningkatan Peran serta Multisektor.
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Dokter Spesialis Patologi Klinik : 2 orang 5.2 Dokter Spesialis Patologi Anatomi : 1 orang 5.3 DIII Analis Kesehatan/ATLM : 5 orang 5.4 DIV Analis Kesehatan/ATLM : 2 orang 5.5 Administrasi : 6 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala 8.2 Pelaksanaan survey IKM

5.5 FARMASI

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Pelayanan Administrasi	1.1 Pelayanan farmasi meliputi pelayanan di kamar obat dan floor stock 1.2 Pelayanan melalui Farmasi (Depo Rawat Jalan dan Rawat Inap) semua permintaan obat dan alkes habis pakai menggunakan resep Dokter 1.3 Pelayanan melalui depo <i>floor stock</i> (pelayanan untuk ruangan) menggunakan lembar permintaan obat / alkes yang ditandatangani kepala ruangan dan farmasi serta mengetahui Kepala Instalasi Farmasi 1.4 Pelayanan di depo kamar operasi menggunakan

		<p>lembar permintaan Bahan Medis Alat Kesehatan Habis Pakai (BMAKHP), permintaan obat dan alat kesehatan habis pakai di luar paket dengan menggunakan resep</p> <p>1.5 Khusus resep yang mengandung narkotika jenis <i>morphine</i> dan <i>pethidin</i> disertai dengan fotocopy KTP untuk keperluan laporan</p> <p>1.6 Pasien menunjukkan persyaratan administrasi yang diperlukan :</p> <p>a. Pasien umum, BPJS Ketenagakerjaan dan Perusahaan yang ada Perjanjian Kerjasama (PKS) dengan Rumah Sakit melampirkan surat pengantar dari Perusahaan dan fotocopy kartu peserta menggunakan resep umum;</p> <p>b. Pasien BPJS Kesehatan menggunakan resep BPJS Kesehatan (untuk obat kronis rangkap 2);</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan Resep Instalasi Rawat Jalan (IRJA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Loker penerimaan resep menerima resep dari poliklinik kemudian mengecek kelengkapan berkas administrasi (khusus untuk pasien BPJS dan pasien tagihan lain) serta memberikan nomor resep pada resep pasien; 2. Petugas loket penerimaan resep menginput identitas dan obat pasien untuk mengetahui ketersediaan dan harga obat; 3. Petugas memilah resep pasien umum atau BPJS atau tagihan lain; 4. Pasien dengan resep umum, pembayaran sesuai nilai atau harga obat; 5. Resep BPJS atau Tagihan lain serta pembayaran umum, penyerahan nomor resep diserahkan ke pasien atau keluarga pasien; 6. Petugas Farmasi mengambilkan obat sesuai dengan resep, mencatat pengeluaran obat di kartu stok manual, meracik obat (khusus obat racikan); 7. Petugas Farmasi melakukan pengecekan 1 meliputi :

		<p>a. Pengkajian resep : administrasi, farmasetik dan farmasi klinis</p>
		<p>b. Cek hasil input di Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)</p> <p>c. Penulisan etiket dan menyatukan dengan masing – masing obat</p> <p>8. Pengemasan akhir (pengecekan 2 / <i>double check</i>), mencatat atau merekap nomor resep yang sudah selesai;</p> <p>9. Petugas Farmasi menyerahkan obat kepada pasien atau keluarga pasien dengan mencocokkan nomor resep yang dibawa pasien atau keluarga dengan nomor resep yang tertera di resep pasien, mengecek identitas pasien, memberikan informasi obat / edukasi serta mencatat alamat pasien.</p> <p>2.2 Pelayanan Resep Instalasi Rawat Inap (IRNA)</p> <p>1. Loker penerimaan resep menerima resep dari ruangan kemudian mengecek kelengkapan berkas administrasi (khusus untuk pasien BPJS dan pasien tagihan lain) serta memberikan nomor resep pada resep pasien;</p> <p>2. Petugas loket penerimaan resep menginput identitas dan obat pasien untuk mengetahui ketersediaan dan harga obat;</p> <p>3. Petugas memilah kategori obat <i>One Daily Dose</i> (ODD) atau <i>Intraperitonal</i> (IP);</p> <p>4. <i>One Daily Dose</i> (ODD) harus dilakukan pengkajian resep, pengisian KCO, penulisan etiket, cek hasil input di SIM-RS;</p> <p>5. <i>Intraperitonal</i> (IP) dilakukan pengkajian resep, penulisan etiket, dan cek hasil input di SIM-RS;</p> <p>6. Lakukan pengecekan 1 yakni menyatukan obat dengan etiket masing – masing;</p> <p>7. Pengemasan akhir (pengecekan 2 atau <i>double check</i>) dan mencatat atau merekap nama dan asal ruangan pasien;</p>

		<p>8. Petugas Farmasi menyerahkan obat kepada :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Keluarga pasien dengan mengecek identitas pasien, memberikan informasi obat atau edukasi, mencatat nama penerima obat; b. Ruang Rawat Inap dengan mengecek identitas pasien, cek item obat dan tandatangan serah terima obat d KCO.
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan Resep Instalasi Rawat Jalan (IRJA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Loker penerimaan resep menerima resep dari poliklinik kemudian mengecek kelengkapan berkas administrasi (khusus untuk pasien BPJS dan pasien tagihan lain) serta memberikan nomor resep pada resep pasien; 2) Petugas loket penerimaan resep menginput identitas dan obat pasien untuk mengetahui ketersediaan dan harga obat; 3) Petugas memilah resep pasien umum atau BPJS atau tagihan lain; 4) Pasien dengan resep umum, pembayaran sesuai nilai atau harga obat; 5) Resep BPJS atau Tagihan lain serta pembayaran umum, penyerahan nomor resep diserahkan ke pasien atau keluarga pasien; 6) Petugas Farmasi mengambilkan obat sesuai dengan resep, <p>2.2 Alur Pelayanan Depo Farmasi Instalasi Gawat Darurat (IGD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Loker penerimaan resep menerima resep dari IGD dan memberian nomor pada resep pasien; 2) Petugas loket penerimaan resep menginput identitas dan obat pasien untuk mengetahui ketersediaan dan harga obat; 3) Petugas Farmasi mengambil obat sesuai dengan resep, mencatat pengeluaran obat di kartu stok manual, meracik obat (khusus obat racikan), menulis di etiket dan menyatukan dengan masing – masing obat; 4) Petugas Farmasi menyerahkan obat ke pasien atau

keluarga pasien dengan mengecek kembali identitas pasien, memberikan informasi tentang obat atau edukasi, mencatat nama penerima obat;

- 5) Petugas Farmasi menyerahkan obat ke Perawat IGD dengan mengecek identitas pasien dan item obat sesuai resep.

2.3 Alur Pelayanan Depo Farmasi Instalasi Bedah Sentral (IBS)

- 1) Pasien yang direncanakan operasi membutuhkan obat dan alat kesehatan sesuai dengan paket atau di luar paket operasi;
- 2) Obat atau alat kesehatan sesuai dengan paket operasi :
 - a) Resep masuk di Depo Farmasi IBS;
 - b) Petugas Farmasi mengambil obat, alat kesehatan sesuai form. Permintaan dan memberikan label nama dan jenis operasi;
 - c) Petugas Farmasi menyerahkan obat atau alat kesehatan sesuai resep ke Perawat Kamar Operasi;
 - d) Operasi berlangsung membutuhkan obat atau alat kesehatan tambahan, Petugas Farmasi mencatat obat atau alat kesehatan di Form. Permintaan obat pasien;
 - e) Operasi selesai, jika ada sisa obat atau alat kesehatan yang tidak digunakan maka dikembalikan ke Depo Farmasi IBS dan dicatat di Form. Permintaan obat dan alat kesehatan;
 - f) Petugas Farmasi meminta tanda tangan Form. Permintaan obat dan alat kesehatan kepada Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) dan mengentri pemakaian obat dan alat kesehatan di Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)
- 3) Obat atau alat kesehatan di luar paket operasi :
 - a) Resep masuk di Depo Farmasi Rawat Inap pasien;
 - b) Petugas Farmasi mengambil obat atau alat

		<p>kesehatan dan mengentri di Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS);</p> <p>c) Petugas Farmasi menyerahkan obat atau alat kesehatan sesuai resep kepada Petugas Rawat Inap.</p>
3.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>3.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>3.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>3.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS), Jasa Raharja sesuai Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
4.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>Jam <u>buka pelayanan</u> di Instalasi Farmasi :</p> <p>a. Gudang Kamar Obat Senin – Sabtu jam 08:00 WIB – 14:00 WIB (di luar jam kerja oncall)</p> <p>b. Gudang <i>Floor Stock</i> Senin – Sabtu jam 08:00 WIB – 14:00 WIB</p> <p>c. Depo Kamar Operasi Senin – Sabtu jam 08:00 WIB – 14:00 WIB (di luar jam kerja oncall)</p> <p>d. Apotek Rawat Jalan Senin – Kamis jam 08:00 WIB – 17:00 WIB Jum'at – Sabtu jam 08:00 WIB – 14:00 WIB</p> <p>e. Apotek Rawat Inap 24 jam Standar pelayanan minimal Farmasi (<i>response time</i>) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pelayanan di gudang Farmasi (kamar obat dan <i>floor stock</i> ≤ 60 menit) 2. Pelayanan resep obat jadi ≤ 30 menit

		3. Pelayanan resep obat racikan ≤ 60 menit
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pasien mendapatkan obat sesuai dengan resep Dokter dan informasi tentang penggunaan obat oleh Apoteker
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.

		<p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a. Website : rsud.probolinggota.go.id/beranda</p> <p>b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c. Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e. Wa/SMS Hotline</p> <p style="padding-left: 40px;">Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>f. Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2021 tentang Penggunaan Antibiotik;</p> <p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.6 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/200/2020 tentang Pedoman Penyusunan Formularium RS;</p> <p>1.7 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.8 Peraturan BPOM Nomor 24 Tahun 2021 tentang Pengawasan Pengelolaan Obat, Bahan Obat, Narkotika, Psikotropika, dan Prekursor Farmasi di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian;</p> <p>1.9 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3</p>

		<p>Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.10 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.11 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.12 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.13 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan</p> <p>2.2 Lemari Obat</p> <p>2.3 Lemari pendingin penyimpanan obat</p> <p>2.4 Lemari Arsip</p> <p>2.5 R. Penyimpanan / Gudang</p> <p>2.6 R. Tunggu</p> <p>2.7 AC</p> <p>2.8 Meja kerja</p> <p>2.9 Meja racikan</p> <p>2.10 Meja administrasi + Komputer</p> <p>2.11 <i>Pallet</i></p> <p>2.12 <i>Exhaust Fan</i></p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Apoteker :</p> <p>Pelatihan Pengelolaan Obat, Pelatihan <i>Medication error</i>, Pelatihan <i>Dispensing</i> obat, Pelatihan HIV dan TB, Pelatihan <i>education</i> efektif,</p>

		<p>Pelatihan Farmasi Klinik, Pelatihan pengelolaan Obat Narkotika, Psikotropika dan Obat Adiktif (NAPZA)</p> <p>3.2 Tenaga Teknis Kefarmasiaan :</p> <p>Pelatihan Pelatihan Pengelolaan Obat, Pelatihan <i>Medication error</i>, Pelatihan <i>Dispensing</i> obat, Pelatihan HIV dan TB, Pelatihan <i>education</i> efektif, Psikotropika dan Obat Adiktif (NAPZA)</p>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>5.1 Apoteker : 8 orang</p> <p>5.2 Tenaga Teknis Kefarmasiaan : 18 orang</p> <p>5.3 Administrasi : 20 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya</p> <p>7.2 Pelayanan obat tepat dan sesuai resep</p> <p>7.3 Tidak ada diskriminasi pelayanan</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	<p>8.1 Dilakukan monev berkala</p> <p>8.2 Pelaksanaan survey IKM</p>

5.5 GIZI

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Pelayanan Administrasi	<p>1.1 Pasien membawa surat permintaan masuk Rumah Sakit dari dokter poli rawat jalan atau IGD Rumah Sakit.</p> <p>1.2 Pasien menunjukkan persyaratan administrasi yang diperlukan sebagai pasien Umum, BPJS Kesehatan, BPJS Ketenagakerjaan, Pengantar dari Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit.</p> <p>1.3 Pasien menunjukkan persyaratan yang diperlukan diantaranya :</p> <p>1.3.1 Persyaratan Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Surat pengantar dari Dokter b. Kartu Identitas Penduduk (KTP, KK, SIM) c. Kartu Nomor Rekam Medik <p>1.3.2 Persyaratan Pasien BPJS Kesehatan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK) b. Surat Rujukan FKTP c. Kartu Peserta BPJS Kesehatan d. Jika persyaratan belum lengkap, ditunggu sampai batas waktu pengurusan 3 x 24 jam (hari kerja) e. Kronologi Kejadian + Materai (bila diperlukan) f. Surat Jaminan dari Jasa Raharja disertai Surat Laporan Polisi (bila diperlukan) <p>1.3.3 Persyaratan Pasien Miskin (SKTM) :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien tanpa identitas (Mr. X) menggunakan rekom Dinas Sosial (Dinsos) b. Warga binaan Lapas menggunakan rekom Ka. Lapas c. Masyarakat miskin di luar BPJS (dengan persyaratan KK, KTP, Kartu Pendalungan/ Bestari)

		<p>1.3.4 Persyaratan Pasien BPJS Ketenagakerjaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Tanda Penduduk b. Kartu BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) c. Surat Pernyataan Perusahaan d. Formulir KK I e. Absensi di bulan kecelakaan kerja <p>1.3.5 Persyaratan Jasa Raharja :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. KTP atau KK (Asli / fotocopy) b. Laporan Kepolisian (LP) c. Surat Jaminan dari Jasa Raharja <ul style="list-style-type: none"> • Jika pasien <u>mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh Jasa Raharja • Jika pasien <u>tidak mendapatkan surat keterangan dijamin atau ditanggung</u> maka pembiayaan ditanggung oleh BPJS Kesehatan atau Perusahaan yang ada Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit atau dengan pembiayaan umum (ditanggung pasien) <p>1.4 Persyaratan Perusahaan yang memiliki Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan Rumah Sakit :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Kartu Identitas Pasien (KTP, KK, SIM / Paspor) b. Pengantar dari Perusahaan
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p><u>2.1 Rawat Inap</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien masuk dari IGD (Rawat Inap); b. Pasien dilakukan skrining gizi (beresiko dan tidak beresiko malnutrisi); c. Pasien yang beresiko dilakukan assesmen gizi, diagnosa gizi dan intervensi gizi serta di monev; d. Pasien yang tidak beresiko malnutrisi dilakukan skrining gizi ulang secara periodik, apabila menjadi beresiko maka dilakukan assesmen gizi kemudian dilakukan penentuan diagnosa gizi lalu di intervensi gizi dan di monev, kemudian dilakukan permintaan makan (yang meliputi perencanaan menu, pengaduhan bahan

		<p>makanan, penerimaan dan penyimpanan, persiapan dan pengolahan, distribusi dan penyajian makanan di ruang rawat).</p> <p><u>2.2 Rawat Jalan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien masuk di Rawat Jalan; b. Dilakukan skrining atau rujukan gizi; c. Dilakukan assesmen dan diagnosa gizi; d. Dilakukan intervensi gizi berupa konseling gizi; e. Pada saat pasien kontrol dilakukan monitoring evaluasi bila diperlukan tindak lanjut maka dilakukan assesmen dan diagnosa gizi serta intervensi gizi lagi.
3.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>3.1 Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang <p>3.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>3.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>3.4 Jasa Raharja :</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b) Biaya di Klaim ke Kantor Jasa Raharja
4.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>4.1 Produksi dan Pendistribusian Pelayanan Gizi</p> <p>1) Jadwal Pemorsian dan Pengemasan Makan Pasien dilaksanakan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makan Pagi : Jam 06:15 WIB - 07:00 WIB • Makan Siang : Jam 11:30 WIB – 12:30 WIB • Makan Sore : Jam 16:15 WIB – 17:15 WIB

		<p>2)Jadwal Distribusi Makanan dilaksanakan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Makan Pagi : Jam 06:30 WIB – 07:30 WIB • Makan Siang : Jam 12:00 WIB – 13:00 WIB • Makan Sore : Jam 16:30 WIB -17:30 WIB <p>4.2 Pelayanan Asuhan Gizi RAWAT INAP dilaksanakan:</p> <p>Hari Senin – Sabtu : Jam 07:00 WIB – 14:00 WIB</p> <p>4.3 Pelayanan Asuhan Gizi RAWAT JALAN dilaksanakan :</p> <p>Hari Senin – Kamis : Jam 08:00 WIB – 14:00 WIB</p> <p>Hari Jum'at : Jam 08:00 WIB – 12:00 WIB</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pasien mendapatkan Asuhan Gizi, konseling gizi, diet yang sesuai dengan Diagnosa Gizi
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite</p>

		<p>Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dr Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufaktur		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2. Undang – Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen;</p> <p>1.3 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktek Tenaga Giz;</p> <p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur</p>

		<p>Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.10 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.11 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Trolley Makan</p> <p>2.2 Trolley Kaca</p> <p>2.3 Lemari arsip</p> <p>2.4 Lemari pendingin penyimpan stok bahan makanan</p> <p>2.5 R. Penyimpanan / Gudang</p> <p>2.6 Meja Stainless</p> <p>2.7 Meja administrasi + Komputer</p> <p>2.8 Dapur + Alat memasak</p> <p>2.9 Kompor + Gas Elpiji</p> <p>2.10 Filling Kabinet</p> <p>2.11 Container</p>

		2.12 APAR 2.13 AC + Kipas Angin 2.14 Bahan Habis Pakai Alat Makan
3.	Kompetensi Pelaksana	3.1 S1 Nutrisionist Pelatihan Fungsi : NCP, HACCP, Food Service, Hygiene Sanitasi, Penjamah Makanan, Pelatihan Asesor, BLS. 3.2 D4 Gizi Pelatihan Fungsi : NCP, HACCP, Food Service, Hygiene Sanitasi, Penjamah Makanan, BLS. 3.3 D3 Gizi Pelatihan Fungsi : NCP, HACCP, Food Service, Hygiene Sanitasi, Penjamah Makanan, BLS. 3.4 Tenaga Tata Boga (Pemasak) : Hygiene Sanitasi, Penjamah Makanan, Pelatihan BLS. 3.5 Tenaga Administasi : Pelatihan BLS. 3.6 SMA (Pramusaji) : Hygiene Sanitasi, Penjamah Makanan, Pelatihan BLS.
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 S1 Teknik Pangan dan Gizi : 1 orang 5.2 S1 Gizi Klinik : 3 orang 5.3 DIV Gizi : 1 orang 5.4 D3 Gizi : 5 orang 5.5 SMKK / SMU : 20 orang 5.6 SMP : 2 orang 5.7 SD : 2 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Mendapatkan Asuhan Gizi, konseling gizi, diet sesuai dengan indikasi 7.3 Pelayanan Gizi sesuai standar hygiene dan sanitasi 7.4 Tidak ada diskriminasi pelayanan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1. Dilakukan monev berkala 8.2 Pelaksanaan survey IKM

5.7 AMBULAN

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administasi	<p>1.1 Semua pasien dapat menggunakan jasa ambulan baik untuk menjemput pasien dari rumah, mengantarkan pasien pulang, rujukan parsial, rujukan vertikal dan mengantar jenazah ke rumah duka atau ke tempat pemakaman :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rujukan parsial untuk keperluan diagnostik yang tidak bisa dilakukan di Rumah Sakit; 2. Rujukan vertikal untuk penanganan pasien lebih lanjut ke Rumah Sakit kelas A yang dianggap lebih kompeten menangani pasien; 3. Pemakaian ambulan dari Luar Rumah Sakit ke dalam Rumah Sakit dan mengantar pasien dari Rumah Sakit ke rumah pasien; 4. Pemakaian ambulan jenazah dari Luar Rumah Sakit ke kamar jenazah, dari Rumah Sakit ke rumah duka dan dari Luar Rumah Sakit ke rumah duka. <p>1.2 Pasien mengajukan permintaan pemakaian ambulan dan ambulan jenazah ke Rumah Sakit (Loket Pembayaran)</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Ambulan Rujukan</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Rujukan Parsial <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas Ruangan menghubungi loket pembayaran untuk pemesanan ambulan rujukan; 2. Loket pembayaran menginformasikan ke Driver ambulan; 3. Loket memberikan surat tugas, uang transport dan lain – lain ke Driver; 4. Driver mengantarkan pasien ke Rumah Sakit tujuan dengan didampingi perawat ruangan perujuk. b. Rujukan Vertikal <ol style="list-style-type: none"> 1. Ruangan menghubungi loket

		<p>pembayaran untuk pemesanan ambulan;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Loker pembayaran menginformasikan ke Driver ambulan; 3. Loker memberikan surat tugas, uang transport dan lain – lain ke Driver; 4. Driver mengantarkan pasien ke Rumah Sakit tujuan dengan didampingi perawat ruangan perujuk hingga sampai di Rumah Sakit tujuan; 5. (<i>Kondisional</i>) Dalam perjalanan kondisi pasien menurun maka bisa dialihkan dulu ke Rumah Sakit terdekat hingga kondisi pasien stabil dan bisa melanjutkan ke Rumah Sakit tujuan perujuk; 6. Jika kondisi pasien semakin memburuk dan meninggal maka jenazah kembali ke Rumah Sakit M. Saleh dan diantar ke kamar jenazah; 7. Jenazah diantar ke Luar Rumah Sakit sesuai dengan tujuan keluarga. <p>2.2 Ambulan Biasa</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pasien Pulang Atau Keluar Rumah Sakit (KRS) <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien membutuhkan ambulan Rumah sakit (pasien pulang atau KRS), pasien atau keluarga pasien meminta penyewaan ambulan kepada Perawat Ruangan atau petugas administrasi; 2. Petugas Ruangan konfirmasi ke loket pembayaran; 3. Pasien atau keluarga pasien mengisi formulir permintaan ambulan dan menyelesaikan administrasi lain di Loker pembayaran; 4. Loker pembayaran menghubungi Driver ambulan; 5. Loker memberikan surat tugas, uang
--	--	--

		<p>transport dan lain – lain ke Driver;</p> <p>6. Driver mengantarkan pasien ke tujuan.</p> <p>b. Pasien Luar Rumah Sakit ke Rumah Sakit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menghubungi atau konfirmasi langsung ke Customer Service Rumah Sakit; 2. Customer Service mencatat nama lengkap, alamat dan nomor handphone keluarga pasien; 3. Customer Service konfirmasi kepada Perawat IGD; 4. Customer Service mengarahkan keluarga pasien ke Loker pembayaran untuk menyelesaikan administrasi; 5. Loker pembayaran menghubungi Driver ambulans; 6. Loker memberikan surat tugas, uang transport dan lain – lain ke Driver; 7. Driver dan perawat berangkat ke tujuan. <p>2.3 Ambulan Jenazah</p> <p>a. Rumah Sakit Ke Rumah Duka</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga meminta penyewaan ambulans ke Perawat Ruangan atau petugas administrasi; 2. Petugas Rumah Sakit konfirmasi kepada Loker Pembayaran; 3. Keluarga mengisi formulir permintaan ambulans dan menyelesaikan administrasi lain di Loker Pembayaran; 4. Loker pembayaran menghubungi Driver ambulans; 5. Loker memberikan surat tugas, uang transport dan lain – lain ke Driver; 6. Driver beserta jenazah berangkat ke rumah duka. <p>b. Luar Rumah Sakit ke Kamar Jenazah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pihak Kepolisian atau masyarakat menghubungi petugas Customer Service
--	--	--

		<p>Rumah Sakit;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.Customer Service mencatat alamat lengkap TKP; 3.Customer Service menghubungi ke Loker Pembayaran dan Kamar Jenazah; 4.Loker pembayaran menghubungi Driver ambulans; 5.Driver dan petugas kamar jenazah berangkat ke tujuan; 6.Jenazah dibawa ke kamar jenazah rumah sakit. <p>c. Rumah Duka ke Pemakaman</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Keluarga konfirmasi langsung ke Petugas Customer Service Rumah Sakit; 2.Customer Service mencatat nama lengkap, alamat rumah serta pemakaman yang dituju; 3.Customer Service mengarahkan Keluarga ke loket pembayaran untuk menyelesaikan administrasi; 4.Loker pembayaran menghubungi Driver ambulans; 5.Loker memberikan surat tugas, uang transport dan lain – lain ke Driver; 6.Driver berangkat ke tujuan.
3.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>3.1 Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya Rujukan Parsial dibayarkan dengan biaya Rumah Sakit c. Biaya Rujukan Vertikal dibayarkan sebelum pasien Ke Luar Rumah Sakit d. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien atau jenazah ke Luar Rumah Sakit <p>3.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p> <p>3.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda Nomor 3 Tahun</p>

		<p>2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>3.4 Jasa Raharja :</p> <p>Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
4.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Dalam waktu < 30 menit sejak pemesanan jasa ambulan, kendaraan telah siap
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pasien mendapatkan pelayanan ambulan
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada</p>

		<p>pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : rsud.mohamadsaleh.7</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>f) Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>g) Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun</p>

	Administrasi	Prasarana dan Peralatan; 1.2 Mengentry permintaan barang ke Aplikasi Sigarang; 1.3 Pemeliharaan AC dilakukan secara terjadwal.
2.	Prosedur Alur Pelayanan	Alur IPS-HS (Perbaikan dan Pemeliharaan) A. Perbaikan 1. Petugas Ruangan menghubungi ke Petugas IPS-HS terkait kerusakan alat yang ada di ruangan dan Petugas teknisi mengecek ke Ruangan; 2. Petugas teknisi konfirmasi ke Ruangan tentang kerusakan alat; 3. Petugas IPS-HS mengecek distok atau Depo persediaan PNM; 4. Distok atau depo ada persediaan maka Petugas Ruangan menginput pemakaian barang di Sigarang; 5. Petugas Ruangan menulis atau mengisi formulir perbaikan alat; 6. Jika distok atau depo tidak ada persediaan maka Petugas IPS-HS mengajukan pengadaan ulang. B. Pemeliharaan 1. Petugas IPS melakukan pemeliharaan rutin secara terjadwal; 2. Petugas IPS melakukan perawatan ke ruangan terkait sesuai jadwal; 3. Jika ada barang atau alat yang rusak maka Petugas IPS mengkonfirmasi ke Ruangan terkait kerusakan alat; 4. Petugas IPS menceklist Ruangan yang telah dilakukan pemeliharaan.
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	3.1 Pemeliharaan Alat : kurang dari 1 jam, khusus narik jaringan listrik membutuhkan waktu +/- 3 jam 3.2 Perbaikan Alat : antara 1 – 2 jam (sesuai kerusakan) dan Stok / Depo persediaan ada di PNM
4.	Biaya / Tarif	Jika memanggil Pihak ketiga, biaya berdasarkan

	Pelayanan	kerjasama dengan pihak ketiga
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pemeliharaan atau perbaikan Sarana Prasarana, dan Peralatan
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. 2. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. 3. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. 4. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. 5. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. 6. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. 7. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.

		<p>8. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Website : rsud.probolinggota.go.id/beranda 2. nstagram : rsudmohamadsalehprobolinggo 3. Facebook : Rsud Mohamad Saleh 4. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh 5. Wa/SMS Hotline 6. Pengaduan : (081) 13037119 7. Telepon : (0335) 433119 / 421118
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; 1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 363 Tahun 1998 tentang Pengujian dan Kalibrasi Alat Kesehatan; 1.5 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo; 1.7 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Peralatan kerja (<i>Tool Kit</i>)</p> <p>2.2 Peralatan kantor</p> <p>2.3 Peralatan kalibrasi</p> <p>2.4 Blanko laporan kerusakan (SPK)</p> <p>2.5 Blanko Kartu Persediaan Barang</p> <p>2.6 Meja kerja</p> <p>2.7 Perangkat komputer, printer dan internet</p> <p>2.8 Lemari Arsip</p> <p>2.9 Lemari Spare part</p> <p>2.10 Gudang Alat</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Sanitarian :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Pelatihan PPI, Workshop Pengelolaan Fasilitas dan Kesehatan Lingkungan RS, Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data</p> <p>3.2 Teknisi Elektromedis :</p> <p>Sosialisasi Ventilator Dalam Negeri, Pelatihan Pembimbing Klinik dengan Model Preceptorship bagi Nakes Profesional, Pelatihan Komunikasi Efektif, Pelatihan PPI, Seminar Nasional Peran Elektromedis dalam Mendukung Alkes Dalam Negeri</p> <p>3.3 Teknisi Sanitasi :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan Komunikasi Efektif, Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan</p> <p>3.4 Teknisi Non Medis dan Teknisi Rumah Tangga :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Pelatihan Komunikasi Efektif</p> <p>3.5 Teknisi Listrik dan Sarana Prasarana :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan Komunikasi Efektif, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan</p> <p>3.6 Administrasi :</p>

		Pelatihan BLS, Pelatihan Komunikasi Efektif, Pelatihan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Workshop Kewajiban Produk Dalam Negeri pada PBJ Pemerintah Problem dan Solusinya, Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Tenaga elektromedis : 2 orang 5.2 Teknisi listrik : 5 orang 5.3 Teknisi non medis : 4 orang 5.4 Teknisi Rumah Tangga dan Bangunan : 5 orang 5.5 Teknisi Air Bersih dan Limbah : 3 orang 5.6 Sanitarian : 2 orang 5.7 Administrasi : 2 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) 7.2 Melakukan dengan baik dan tepat <i>preventive maintenance</i> untuk alat
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala 8.2 Pelaksanaan survey IKM

5.9 INSTALASI REKAM MEDIK

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1.1 Permintaan Visum Et Repertum a) Surat permohonan Visum Et Repertum b) Surat pemeriksaan korban 1.2 Permintaan Resume Medis Formulir pengklaiman asuransi 1.3 Penyerahan status pasien ke Rekam Medik maksimal 3x24 jam setelah pasien pulang baik dari IGD, Rawat Jalan maupun Rawat Inap
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Alur Dokumen Rekam Medis Instalasi Gawat Darurat (IGD)

		<ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien atau keluarga pasien datang kemudian mendaftar di tempat pendaftaran pasien; 2) Petugas pendaftaran mengentri di Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) 3) Bila pasien pernah periksa ke Rumah Sakit, petugas langsung memasukkan nomor rekam medis pasien di SIMRS; 4) Jika pasien belum pernah periksa ke Rumah Sakit maka petugas membuat nomor rekam medis baru dan mengentri identitas pasien di SIMRS; 5) Petugas pendaftaran pasien mengentri data kunjungan pasien; 6) Petugas membuat dokumen rekam medis baru; 7) Pasien dilayani di IGD sesuai dengan indikasi medis; 8) Pasien dinyatakan pulang atau pulang paksa atau meninggal, petugas administrasi ruangan melengkapi data rekam medis pasien untuk diserahkan dan diantar ke Ruang Rekam Medik; 9) Jika pasien disarankan rawat inap maka data rekam medis pasien IGD disatukan dengan data rekam medis rawat inap; 10) Data rekam medis diantar ke ruangan rawat inap pasien; 11) Pasien dinyatakan boleh pulang, data rekam medis diantar ke Ruang Rekam Medik. 12) Petugas Rekam Medik mencatat dibuku register penyimpanan data rekam medis IGD; 13) Data rekam medis pasien dimasukkan ke Rak <i>Filling</i> rekam medis; <p>2.2 Alur Dokumen Rekam Medis Instalasi Rawat Jalan (IRJA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien mendaftar baik secara online (Mobile JKN) maupun offline; 2) Pasien yang mendaftar secara online (Mobile JKN) datang dan langsung menuju ke loket untuk
--	--	--

		<p><i>check in;</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Pendaftaran secara online, petugas loket pendaftaran mengentri data kunjungan serta memasukkan nomor rekam medis pasien di SIMRS (khusus pasien yang pernah periksa ke Rumah Sakit); 4) Pasien yang belum pernah periksa ke Rumah Sakit maka petugas loket pendaftaran mengentri identitas dan kunjungan pasien serta membuat data rekam medis baru; 5) Petugas loket pendaftaran mengentri pendistribusian data rekam medis; 6) Dokumen diantarkan ke poli tujuan pasien; 7) Pasien dilakukan pemeriksaan sesuai indikasi medis sampai selesai dan dinyatakan : <ol style="list-style-type: none"> a. Dirujuk <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dibuatkan pengantar ke Rumah Sakit rujukan; 2. Data rekam medis dikembalikan ke <i>Filling</i> Rawat Jalan; 3. Petugas loket mengentri pengembalian data rekam medis dan memasukkan data ke rak <i>Filling</i> sesuai nomor rekam medis. b. Pulang Sembuh <ol style="list-style-type: none"> 1. Data rekam medis dikembalikan ke <i>Filling</i> Rawat Jalan; 2. Petugas loket mengentri pengembalian data rekam medis; 3. Petugas memasukkan data rekam medis ke rak <i>Filling</i> sesuai nomor rekam medis c. Rawat Inap <ol style="list-style-type: none"> 1. Data rekam medis diantar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI); 2. Pasien selesai pengobatan dan dinyatakan boleh pulang, data rekam medis diantar ke Ruang Rekam Medik; 3. Petugas Rekam Medik mencatat dibuku register penyimpanan data rekam medis;
--	--	--

		<p>4. Data rekam medis pasien dimasukkan ke Rak <i>Filling</i> rekam medis;</p> <p>2.3 Alur Dokumen Rekam Medis Instalasi Rawat Inap (IRNA)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien disarankan Rawat Inap dari Instalasi Rawat Jalan atau Instalasi Gawat Darurat; 2) Pasien atau keluarga pasien mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI); 3) Petugas TPPRI mengentri data pasien pernah periksa ke Rumah Sakit atau belum; 4) Jika pernah periksa, Petugas TPPRI langsung mengentri dengan nomor rekam medis lama, namun jika belum pernah periksa maka Petugas TPPRI mengentri identitas pasien dan membuat nomor rekam medis baru; 5) Petugas TPPRI membuat dokumen rekam medis pasien dan diantar ke ruangan rawat inap yang dituju; 6) Pasien selesai pengobatan dan dinyatakan keluar Rumah Sakit dengan : <ol style="list-style-type: none"> a. KRS / Sembuh b. Pulang paksa c. Dirujuk d. Meninggal 7) Pasien dengan kategori point (6), keluarga pasien terlebih dulu mengurus administrasi; 8) Dokumen data rekam medis dikembalikan ke Ruang Rekam Medik; 9) Data Rekam Medis di <i>assembling</i>; 10) Data Rekam Medis di entri pada menu status pasien setor; 11) Data Rekam Medis di koding dan dimasukkan ke Rak <i>Filling</i> sesuai nomor rekam medis. <p>2.4 Alur Permintaan Visum et Repertum (VeR) Dalam</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien dan Pihak Kepolisian datang ke IGD meminta pemeriksaan Visum dalam dengan membawa pengantar visum dari Pihak Kepolisian;
--	--	--

- 2) Visum dilakukan oleh Dokter Jaga atau Spesialis;
- 3) Status atau dokumen pasien diisi oleh Dokter Jaga atau Spesialis;
- 4) Status atau dokumen hasil Visum diserahkan ke Ruangan Rekam Medik;
- 5) Petugas Rekam Medik mengentri hasil visum di komputer dan memberikan hasil visum ke Pihak Polisi;
- 6) Pihak Polisi menyelesaikan biaya administrasi di Loker Pembayaran;
- 7) Pihak Polisi menerima hasil visum yang sudah ditandatangani oleh Dokter yang memeriksa pasien atau korban.

2.5 Alur Permintaan Visum et Repertum (VeR) Jenazah

- 1) Petugas Rekam Medik menerima dokumen rekam medik dari petugas IGD;
- 2) Petugas Rekam Medik mencari dokumen rekam medis sesuai dengan permintaan klien;
- 3) Petugas Rekam Medik mencatat permintaan visum di buku permintaan dokumen rekam medis;
- 4) Petugas Rekam Medik menyerahkan dokumen rekam medis ke Petugas Forensik dengan menggunakan buku ekspedisi rekam medis;
- 5) Petugas Rekam Medik membuat *traser bon* peminjaman rekam medis untuk visum dan menyerahkan ke petugas penyimpanan dokumen rekam medis;
- 6) Petugas Rekam Medik menerima dokumen rekam medis dengan menandatangani buku serah terima pengembalian rekam medis;
- 7) Petugas Rekam Medik mencatat pengembalian dokumen rekam medis ke dalam buku ekspedisi;
- 8) Petugas Rekam Medik menyerahkan dokumen ke petugas penyimpanan dokumen rekam medis.

		<p>2.6 Alur Permintaan Resume Medis</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pasien atau keluarga pasien ke Ruangan Rekam Medik untuk meminta resume medis sebagai syarat pengklaiman asuransi (pada saat pasien sudah keluar rumah sakit atau pulang); 2) Petugas Rekam Medik mencari status pasien yang telah diisi lengkap oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP); 3) Petugas Rekam Medik mengisi formulir permintaan asuransi dari pasien dan resume medis; 4) Pasien atau keluarga pasien menyelesaikan biaya administrasi di Loker Pembayaran; 5) Petugas Rekam Medik menyerahkan formulir asuransi dan resume medis pasien tersebut.
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>Visum : 1-2 hari kerja setelah berkas persyaratan dinyatakan lengkap dan benar oleh Petugas Rekam Medik</p> <p>Resume medis : 2-3 hari kerja setelah berkas dinyatakan lengkap dan sudah ditandatangani oleh DPJP</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	Menyesuaikan Tarif Kesehatan di RSUD Dokter Mohamad Saleh
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	<p>5.1 Hasil Pemeriksaan Visum Et Repertum</p> <p>5.2 Resume Medis pasien</p>
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. 2) Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. 3) Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang

		<p>Pengaduan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. 5) Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. 6) Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. 7) Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan. 8) Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan. <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda 2) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo 3) Facebook : Rsud Mohamad Saleh 4) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh 5) Wa/SMS Hotline 6) Pengaduan : (081) 13037119 7) Telepon : (0335) 433119 / 421118
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang

		<p>Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medik;</p> <p>1.5 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.6 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.10 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Ruang Rekam Medis</p> <p>2.2 Meja, Komputer + Printer</p> <p>2.3 Rak Arsip Data Rekam Medis</p> <p>2.4 Kamar Mandi</p> <p>2.5 AC</p>

3.	Kompetensi Pelaksana	3.1 Perekam Medis : Pelatihan BLS, Bimtek Pengelolaan dan Analisis Data, Pelatihan Clinical Instructur, Pelatihan SIMRS dan Penanganan Down Time, Pelatihan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS 3.2 Administrasi : Pelatihan BLS, Pelatihan Koding, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan (MFK)
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Perekam Medik : 3 orang Administrasi : 5 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiannya 7.2 Data Rekam Medis tersimpan secara aman dan terlindungi dari kerusakan serta mudah ditemukan pada saat dibutuhkan.
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

5.10 Instalasi Informasi dan Teknologi (IT)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	Formulir permintaan Pembuatan, Pengembangan, Perbaikan Server / Jaringan / Aplikasi;
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Alur Pembuatan / Pengembangan / Perbaikan Aplikasi, Data dan Jaringan A. Pembuatan atau Pengembangan Aplikasi, Data atau Jaringan 1. Bidang / Bagian / Unit / Instalasi mengisi dan menandatangani surat permohonan dan ditujukan kepada Direktur dan menelaah usulan tersebut; 2. Jika usulan tidak diterima, maka surat dikembalikan ke Bidang / Bagian / Unit / Instalasi yang bersangkutan;

		<p>3. Bila Usulan diterima, programmer membuat rancangan pembuatan atau pengembangan aplikasi;</p> <p>4. Pembuatan atau pengembangan aplikasi selesai dan dilakukan uji coba aplikasi;</p> <p>5. Uji coba berhasil, Kepala Information Technology (IT) menandatangani pembuatan atau pengembangan aplikasi yang diusulkan.</p> <p>B. Perbaikan Aplikasi, Data atau Jaringan</p> <p>1. Bidang / Bagian / Unit / Instalasi mengisi dan menandatangani surat permohonan dan ditujukan ke Kepala Information Technology (IT);</p> <p>2. Jika permohonan tidak diterima, maka surat dikembalikan ke Bidang / Bagian / Unit / Instalasi yang bersangkutan;</p> <p>3. Bila permohonan diterima, programmer melakukan perbaikan aplikasi atau data atau jaringan dan dilakukan uji coba aplikasi;</p> <p>4. Uji coba berhasil, Kepala Information Technology (IT) menandatangani formulir permintaan perbaikan aplikasi atau data atau jaringan.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>3.1 Pembuatan Aplikasi : 3 bulan</p> <p>3.2 Pengembangan Aplikasi : 1 bulan</p> <p>3.3 Perbaikan Aplikasi : 7 hari</p> <p>3.4 Perbaikan Komputer : 3 hari</p> <p>3.5 Perbaikan Data : 1 hari</p> <p>3.6 Perbaikan Jaringan Komputer : 1 hari</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	Jika memanggil Pihak ketiga, biaya berdasarkan kerjasama dengan pihak ketiga
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pembuatan, Pengembangan, Perbaikan Data / Jaringan / Aplikasi
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas</p>

		<p>pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram: rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p>
--	--	---

		f) Pengaduan : (081) 13037119 g) Telepon : (0335) 433119 / 421118
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.3 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.4 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Transaksi Elektronik;</p> <p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/VI/2011 tentang Sistem Informasi Rumah Sakit;</p> <p>1.7 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 92 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Komunikasi Data dalam Sistem Informasi Kesehatan Terintegrasi;</p> <p>1.8 Peraturan Menteri Komunikasi dan Informatika Nomor 92 Tahun 2014 tentang Pemberlakuan Standar Kompetensi Kerja Nasional Indonesia Bidang Komunikasi dan Informatika;</p> <p>1.9 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.10 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.11 SK Direktur Nomor</p>

		100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Ruang IT</p> <p>2.2 Ruang Server</p> <p>2.3 Perangkat Keras/<i>Hardware</i> (Server, UPS Server, UPS <i>Client</i>, Komputer <i>Client</i>, Komputer IT, Komputer <i>Client</i>, Printer)</p> <p>2.4 Perangkat Lunak/<i>Software</i> (Spesifikasi <i>Software</i> Server, <i>Software Client</i>, <i>Software</i> Instalasi IT, Web Programming, Pertukaran data antar aplikasi)</p> <p>2.5 Jaringan/<i>Network</i></p> <p>2.6 Lemari arsip</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 S1 Teknik Informatika :</p> <p>Pelatihan SIMRS dan penanganan Down time, Pelatihan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS, Pelatihan BLS, Bimtek Pengelolaan dan Analisis Data, Uji kompetensi Statistisi dan Pranata Komputer, Pelatihan Android tanpa Koding membangun Aplikasi E-DMS berbasis mobile, Pelatihan IT Governance with COBIT 5, Pelatihan ICD 9 dan ICD 10, Pelatihan Implementasi Rekam Medis Elektronik di RS</p> <p>3.2 S1 Teknik Elektro :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan <i>Microtik Central Network Associate</i></p> <p>3.3 D3 Teknologi Informasi</p> <p>D3 Manajemen Informatika :</p> <p>Pelatihan BLS, Workshop <i>Biz Continuity and DRC Solution Powered By NetApp</i></p>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Tim IT : 5 orang</p> <p>Administrasi : 1 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan	7.1 Data medis pasien terjaga kerahasiaannya

	Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.2 Pelaksanaan sesuai prosedur yang berlaku 7.3 Diwujudkan pelayanan prima yaitu pelayanan yang diberikan oleh petugas cepat serta berkompeten dalam bidangnya
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	8.1 Dilakukan monev berkala 8.2 Pelaksanaan survey IKM untuk perbaikan dan peningkatan kinerja pelayanan

5.11 UNIT ENDOSKOPI

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Rawat Jalan :</p> <p>Pasien BPJS Kesehatan => mendaftar dari Poli Penyakit Dalam ke Endoskopi membawa surat pengantar dari Poli yang sudah ditanda tangani oleh DPJP;</p> <p>Pasien Umum => mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan langsung menuju ke Endoskopi dengan membawa surat pengantar dari Dokter Penyakit Dalam.</p> <p>1.2 Rawat Inap :</p> <p>Petugas ruangan Rawat Inap mendaftarkan pasien ke Endoskopi membawa surat permintaan yg ditanda tangani oleh DPJP.</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan Endoskopi Rawat Jalan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas Rawat Jalan mendaftarkan pasien ke Ruang Endoskopi melalui airphone dengan menjelaskan kondisi klinis dan penunjang medis pasien yang telah dilakukan; 2) Petugas Ruang Endoskopi membuat jadwal tindakan endoskopi dan menginformasikan persiapan yang akan dilakukan; 3) Petugas Ruang Endoskopi meminta <i>Inform Consent</i> kepada pasien atau keluarga pasien; 4) Petugas Rawat Jalan membuat atau mengentri permintaan endoskopi di SIMRS; 5) Pasien menuju ke Ruang Endoskopi 30 menit sebelum tindakan dilaksanakan.

		<p>2.2 Alur Pelayanan Endoskopi Rawat Inap</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Petugas Rawat Inap mendaftarkan pasien ke Ruang Endoskopi melalui airphone dengan menjelaskan kondisi klinis dan penunjang medis pasien yang telah dilakukan; 2) Petugas Ruang Endoskopi membuat jadwal tindakan endoskopi dan menginformasikan persiapan yang akan dilakukan; 3) Petugas Rawat Inap meminta <i>Inform Consent</i> kepada pasien atau keluarga pasien; 4) Petugas Rawat Inap membuat atau mengentri permintaan endoskopi di SIMRS; 5) Pasien diantar ke Ruang Endoskopi 30 menit sebelum tindakan dilaksanakan.
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>3.1 Pelayanan Endoskopi : Kurang lebih 1 jam</p> <p>3.2 Pelayanan Kolonoskopi : Kurang lebih 2 jam</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo c. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan : Tarif INA-CBG's</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	<p>5.1 Pelayanan Endoskopi</p> <p>5.2 Pelayanan Kolonoskopi</p>
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas

		<p>pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p>
--	--	--

		Pengaduan : (081) 13037119 Telepon : (0335) 433119 / 421118
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit; 1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan; 1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit; 1.4 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan; 1.5 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum; 1.6 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo; 1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo; 1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo; 1.9 SK Direktur Nomor : 100.3 / 28 / KEP / 425.102.8 / 2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	2.1 Alat Kesehatan (Alat Endoskopi, USG Set, dll) 2.2 R. Penerimaan pasien 2.3 R. Tunggu pasien

		<p>2.4 R. Pencucian alat endoskopi</p> <p>2.5 R. Tindakan endoskopi</p> <p>2.6 R. Administrasi + Meja dan Komputer</p> <p>2.7 Meja periksa</p> <p>2.8 TV monitor</p> <p>2.9 AC</p> <p>2.10 Lemari arsip</p> <p>2.11 Tempat sampah</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Spesialis Penyakit Dalam : Sertifikat pelatihan Endoskopi</p> <p>3.2 Perawat : Sertifikat Pelatihan Endoscopy Gastrointestinal</p>
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	<p>Dokter Spesialis Penyakit Dalam : 1 orang</p> <p>Perawat : 2 orang</p>
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	<p>7.1 Tidak ada diskriminasi pelayanan</p> <p>7.2 Pelaksanaan Pasien Safety (pasien terhindar dari Resiko jatuh)</p> <p>7.3 Petugas selalu siap memberikan informasi yang dibutuhkan</p>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

5.12 UNIT BANK DARAH RUMAH SAKIT (BDRS)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) melayani permintaan darah dari seluruh ruangan baik IGD maupun Rawat Inap di Rumah Sakit dengan melampirkan formulir permintaan darah yang di tandatangani oleh Dokter/Perawat dan sampel darah pasien;</p> <p>1.2 BDRS menyimpan persediaan darah pada Blood Bank yang tersedia di Ruang BDRS;</p>

		<p>1.3 A. BDRS melakukan Uji Cocok Serasi (<i>Cross Match</i>) dengan Metode Gell menggunakan <i>Reagensia Grifolls dan Across</i>;</p> <p>a) Pemeriksaan Serologi golongan darah dengan menggunakan Reagensia;</p> <p>b) Darah yang sudah di distribusikan ke BDRS adalah darah yang sudah di screening dan melalui pemeriksaan empat parameter HIV, HbsAg, HCV, dan Syphilis yang dilakukan Uji Saring dari UTD PMI Cabang Probolinggo dengan menggunakan metode Elisa.</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan BDRS</p> <p>a. Permintaan kantong darah dari Ruang Gawat Darurat (IGD) atau Rawat Inap dengan menyertakan Surat Permintaan Komponen Darah (SPKD) dan sampel darah pasien;</p> <p>b. Surat Permintaan Komponen Darah (SPKD) tidak lengkap, permintaan darah ditolak dan dikembalikan ke ruangan yang meminta;</p> <p>c. Surat Permintaan Komponen Darah (SPKD) lengkap, darah diproses oleh Petugas Bank Darah Rumah Sakit (BDRS);</p> <p>d. Petugas BDRS mengecek stok darah yang ada di ruang BDRS;</p> <p>e. Stok darah ada, petugas BDRS melakukan <i>Crossmatch</i> jika hasil <i>compatible</i> konfirmasi ke ruangan yang meminta;</p> <p>f. Darah segera dipakai, kantong darah diserahkan ke Ruangan;</p> <p>g. Jika kondisi pasien tidak memungkinkan di transfusi, maka darah dititipkan ke Bank Darah Rumah Sakit (BDRS).</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Sampel darah diterima oleh petugas BDRS dan dilakukan pemeriksaan golongan darah, uji cocok serasi oleh petugas teknis > 45 menit
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011</p>

		<p>tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Biaya didasarkan Perwali Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan untuk Kelas II, Kelas I dan Kelas Utama pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo</p> <p>4.2 Pasien BPJS Kesehatan :</p> <p>Tarif INA-CBG's</p> <p>4.3 Jasa Raharja :</p> <p>Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.4 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pelayanan penyediaan produk kantong darah
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di</p>

		<p>register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2011 tentang Pelayanan Darah;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.5 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.6 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun</p>

		<p>2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 31 Tahun 2011 tentang Pedoman Teknis Retribusi Pelayanan Kesehatan dan Retribusi Pelayanan Kesehatan Untuk Kelas II, Kelas I, dan Kelas Utama Pada RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.10 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat Kesehatan (<i>Centrifugese</i>, mikropipet, <i>yellow tip</i>, <i>blue tip</i>, pipet pasteur, tabung kaca)</p> <p>2.2 R. Pemeriksaan</p> <p>2.3 R. Administrasi + Meja dan komputer</p> <p>2.4 Wastafel cuci tangan</p> <p>2.5 <i>Blood Bank</i></p> <p>2.6 Lemari pendingin</p> <p>2.7 AC</p> <p>2.8 Bahan Medis Habis Pakai (BMHP)</p> <p>2.9 Tempat sampah medis dan non medis</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 Dokter Spesialis Patologi Klinik : Pelatihan BLS, Sosialisasi Kemampuan Pelayanan Darah di UDD, Paparan Pemeriksaan IMLTD Metode NAT terhadap Produk dan Tatalaksana <i>Hemovigilance</i>, Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data.</p> <p>3.2 D3 Perawat : Pelatihan Pelayanan Darah, Pelatihan BLS,</p>

		Pelatihan Komunikasi Efektif, Pelatihan Apheresis, Pelatihan BCLS, Workshop Update Tatalaksana Kegawatdaruratan Asfixia Neonatus
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	5.1 Dokter : 1 orang 5.2 Perawat : 3 orang 5.3 Administrasi : 2 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Data medis pasien dijaga kerahasiaannya 7.2 Pelayanan mengutamakan keselamatan pasien 7.3 Pemenuhan kantong darah sesuai dengan hasil <i>Cross Match</i>
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan moneyv berkala

5.13 KATETERISASI JANTUNG (CATHETERIZATION LABORATORY ATAU CATHLAB)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1. Kartu Identitas (KTP) 2. Kartu BPJS / pasien dengan jaminan kesehatan lain 3. Surat pengantar Rawat Inap (rencana tindakan Kateterisasi Jantung) 4. Surat persetujuan tindakan (<i>Inform Consent</i>)
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Alur Pra Tindakan Kateterisasi Jantung (KIE) 1. Pasien menuju Poli Jantung setelah mendaftar di Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Jalan (TPPRJ); 2. Apabila direncanakan tindakan Kateterisasi Jantung, pasien diarahkan ke Ruang Kateterisasi Jantung untuk pendaftaran dan penjadwalan, mendapatkan edukasi tindakan Kateterisasi Jantung dan administrasi yang harus dipersiapkan;

		<p>3. Pasien diperbolehkan pulang (menunggu pemanggilan sesuai jadwal).</p> <p>2.2 Alur Pelayanan Pasien Tindakan Kateterisasi Jantung</p> <p>1. Pasien Rawat Inap dan atau pasien IGD setelah dilakukan EKG didapatkan hasil :</p> <p>a. EKG STEMI \leq 3 jam dilakukan tindakan <i>Cyto</i> Kateterisasi Jantung.</p> <p>b. EKG STEMI \geq 3 jam, UA dan EKG NSTEMI masuk ke ruang ICCU untuk dilakukan penatalaksanaan.</p> <p>2. Pasien elektif mendaftar ke Tempat Pendaftaran Pasien Rawat Inap (TPPRI) membawa surat pengantar rawat inap, MRS ke ruang ICCU.</p> <p>3. Di ruang ICCU :</p> <p>a. Pasien elektif dilakukan persiapan Kateterisasi Jantung</p> <p>b. Pasien ICCU yang tidak atau belum stabil setelah dilakukan penatalaksanaan, bila ada indikasi dan tidak ada kontra indikasi dapat dilakukan tindakan Kateterisasi Jantung (<i>Rescue PCI</i>).</p> <p>4. Setelah tindakan Kateterisasi Jantung pasien dimonitoring di Ruang ICCU sampai stabil bila tidak ada indikasi Rawat Inap pasien boleh KRS.</p> <p>5. Pasien yang telah dilakukan penatalaksanaan di Ruang ICCU dan pasien post tindakan Kateterisasi Jantung yang stabil ada indikasi Rawat Inap, Pasien dipindahkan ke Ruangan.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Sesuai dengan jenis kasus dan tindakan (1-5 jam)
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	Sesuai dengan Tarif yang berlaku di Rumah Sakit
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	<p>5.1 Hasil dari pemeriksaan diagnostic dan intervensi yang dilakukan</p> <p>5.2 Proses tindakan dalam bentuk CD</p>
6.	Penanganan	6.1 Pengaduan Langsung :

<p>Pengaduan</p>	<ol style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan. h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.
------------------	---

		<p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram: rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p> <p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 382/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta</p>

		<p>lanjut</p> <p>3.3 Perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelatihan kardiologi dasar - Pelatihan kateterisasi jantung - Pelatihan Resusitasi jantung paru dasar dan lanjut - Pelatihan proteksi dan keselamatan radiasi <p>3.4 Radiografer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pelatatihan Kardiovaskular kekhususan kateterisasi jantung - Pelatihan resusitasi jantung paru dasar
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Dokter Spesialis Jantung Intervensi : 1 orang Dokter Anastesi : 1 orang Perawat : 4 orang Radiografer : 1 orang Fisikawan medik : 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Melaksanakan layanan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang telah ditetapkan 7.2 Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

5.14 Central Sterile Supply Departement (CSSD)

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	1.1 Semua Alat / Instrumen / Linen inventaris milik RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo 1.2 Buku serah terima Alat / Instrumen / Linen
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Alur Pelayanan <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alat, instrumen atau linen kotor dari Ruangan dikirim ke Ruang <i>Central Sterile Supply Departement (CSSD)</i>;

		<p>2. Petugas CSSD mengecek dan mencatat data alat, instrumen atau linen yang dikirim;</p> <p>3. Petugas CSSD melakukan pembersihan dan desinfeksi;</p> <p>4. Pembersihan selesai selanjutnya dilakukan proses pengemasan dan labeling;</p> <p>5. Petugas CSSD melakukan pendistribusian ke ruangan terkait.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>Dekontaminasi : 60 menit</p> <p>Pengemasan/<i>Packing</i> : 15 menit</p> <p>Proses Sterilisasi : 90 menit</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	Tidak dikenakan biaya
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pelayanan Penyediaan Alat / Instrumen / Linen steril
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat</p>

		<p>Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a. Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b. Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c. Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d. Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e. Wa/SMS Hotline Pengaduan : (081) 13037119 Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B.Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan</p>

		<p>Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p> <p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 382/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Alat CSSD (mesin <i>washer desinfektor</i>, mesin <i>low temperature formaldehyde</i>, mesin sterilisasi, mesin <i>sealer</i>, mesin pemotong <i>pouches</i>, mesin indikator biologi)</p> <p>2.2 Ruang Kerja CSSD</p> <p>2.3 AC</p> <p>2.4 kamar Mandi</p> <p>2.5 Meja Administrasi + Komputer</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	<p>3.1 DIII Elektromedik :</p> <p>Pelatihan BLS, Pelatihan PPI, Pelatihan Binatu RumahSakit, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Bimbingan Teknis Pengelolaan dan Analisis Data</p>

		3.2 SMA : Pelatihan BLS, Pelatihan Komunikasi Efektif, Bimbingan Teknis Motivasi Kinerja Pegawai Menuju Pelayanan Prima, Pelatihan Dasar CSSD sesuai Starkes
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Tenaga elektromedik : 1 orang Tenaga pelaksana CSSD : 9 orang Administrasi : 1 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.2 Melaksanakan layanan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang telah ditetapkan 7.3 Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

5.15 LAUNDRY

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	Lembar serah terima linen kotor
2.	Prosedur Alur Pelayanan	2.1 Linen Kotor yang sudah diambil dari unit pelayanan (IRNA, IRJA, IGD, IBS, CSSD, Kamar Jenazah) dilakukan penimbangan terlebih dahulu untuk memastikan volume linen yang akan masuk ke dalam mesin cuci; 2.2 Pemilihan linen ke dalam mesin cuci berdasarkan kategori infeksius dan non infeksius; 2.3 Proses pencucian, desinfeksi dan treatment noda yang tidak bisa hilang; 2.4 Setelah dicuci linen tersebut dimasukkan di dalam mesin pengering; 2.5 Setelah itu proses menyetrika, melipat,

		<p>mengemas dan pemberian label linen bersih sesuai kebutuhan unit – unit pelayanan;</p> <p>2.6 Linen bersih siap distribusikan ke unit – unit pelayanan, jika tidak didistribusikan linen bersih tersebut ditata dan disimpan ke tempat penyimpanan dengan metode FIFO (First In First Out);</p> <p>2.7 Trolley kotor dibersihkan di ruang dekontaminasi setelah mengambil linen kotor.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	<p>3.1 Penimbangan dan Pemilahan : 25 menit</p> <p>3.2 Pencucian : 30 menit</p> <p>3.3 Pengeringan : 45 menit</p> <p>3.4 Setrika dan Pengemasan/<i>Packing</i> : 20 menit</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	Tanpa biaya
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Linen bersih sesuai kebutuhan ruangan
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan</p>

		<p>mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 tentang Pedoman dan Pencegahan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan;</p>

		<p>1.5 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Ruang penyetrikaan</p> <p>2.2 Ruang penimbangan dan pemilahan linen kotor</p> <p>2.3 Area pencucian</p> <p>2.4 Area pengeringan</p> <p>2.5 Kamar Mandi</p> <p>2.6 Mesin cuci</p> <p>2.7 Mesin setrika roller</p> <p>2.8 Setrika manual</p> <p>2.9 Mesin pengering</p> <p>2.10 Troli linen kotor</p> <p>2.11 Troli linen bersih</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	SMA : Pelatihan BLS, Pelatihan Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, Bimbingan Teknis Motivasi Kinerja Pegawai Menuju Pelayanan Prima
4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Tenaga pelaksana : 9 orang
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan

7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Melaksanakan layanan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang telah ditetapkan 7.2 Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) 7.3 Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala setiap 3 bulan sekali

5.16 KAMAR JENAZAH

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	<p>1.1 Jenazah dari Dalam RS</p> <p>a. Jenazah yang dikirim dengan identitas jelas :</p> <p>a. Permintaan pemulasaran dari ruangan (by iphone)</p> <p>b. Surat kematian dari DPJP/Dokter Jaga IGD</p> <p>c. Identitas pasien</p> <p>d. Diagnosa Pasien</p> <p>b. Jenazah dengan identitas tidak jelas :</p> <p>1) Permintaan pemulasaran dari ruangan (Mr.X)</p> <p>2) Surat kematian dari DPJP/Dokter Jaga IGD</p> <p>3) Diagnosa Pasien</p> <p>1.2 Jenazah dari Luar RS</p> <p>Jenazah dengan identitas tidak jelas :</p> <p>a. Ada surat penitipan dari Pengirim (masyarakat, Satpol PP, atau Polisi)</p> <p>b. Permintaan Visum Et Repartum dari Pihak Polisi</p> <p>c. Setelah 3x24 jam bila tidak ada kejelasan jenazah (inisial) pengirim diinformasikan untuk mengambil jenazah untuk dipulasarakan dan dimakamkan di luar Rumah Sakit</p>
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan Jenazah dari Ruangan</p> <p>1) Perawat meminta surat kematian ke Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) atau Dokter Jaga IGD;</p>

		<p>2) Petugas administrasi ruangan mengentri data di SIMRS;</p> <p>3) Ruangan mengirim jenazah dan surat kematian ke Kamar Jenazah;</p> <p>4) Petugas kamar jenazah memberi nomor register surat kematian;</p> <p>5) Pelayanan perawatan jenazah di kamar jenazah;</p> <p>6) Selesai perawatan, jenazah dibawa dengan ambulan jenazah sesuai tujuan (pulang/ke rumah duka/pemakaman).</p> <p>2.2 Alur Pelayanan Jenazah dari Luar Rumah Sakit</p> <p>1) Warga menghubungi <i>Call Center</i> (112) terkait keberadaan jenazah;</p> <p>2) Jenazah dibawa ke Kamar Jenazah oleh ambulan;</p> <p>A. Kasus Kriminal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kamar jenazah melakukan otopsi luar pada jenazah Mr.X dan Dokter jaga memberikan hasil pemeriksaan; 2. Jenazah ditaruh di lemari es (penyimpanan jenazah) dalam waktu 3x24 jam sampai ditemukan anggota keluarga yang bersangkutan; 3. Petugas Penunjang Non Medik (PNM) koordinasi dengan Petugas Kesra; 4. Hubungi Kesra terkait penemuan jenazah Mr. X; 5. Jenazah diantar oleh ambulan jenazah sesuai tujuan (pulang/ke rumah duka/pemakaman). <p>B. Kasus Non Kriminal</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Petugas kamar jenazah melakukan perawatan jenazah; 2. Jenazah diantar oleh ambulan jenazah sesuai tujuan (pulang/ke rumah duka/pemakaman). 3) Petugas Kamar Jenazah menghubungi
--	--	---

		<p>Dokter Jaga untuk memeriksa dan administrasi IGD membuat surat kematian;</p> <p>4) Petugas Kamar Jenazah memberi nomor register pada surat kematian.</p> <p>2.3 Alur Pelayanan Jenazah Warga Negara Asing (WNA)</p> <p>1) Petugas Kamar Jenazah melakukan perawatan jenazah serta melaporkan ke petugas Bidang Penunjang Non Medik (PNM);</p> <p>2) Petugas PNM sebagai penanggung jawab kamar jenazah melakukan koordinasi dengan :</p> <p>a. Kedubes;</p> <p>b. Kepolisian;</p> <p>c. Jasa Raharja (bila perlu);</p> <p>d. Agen Perjalanan</p> <p>3) Keluarga atau Perwakilan Agen Perjalanan datang ke Rumah Sakit membawa surat kuasa keluarga untuk mengambil dan mengantarkan jenazah menggunakan ambulans jenazah sampai ke rumah duka.</p>
3.	Waktu Penyelesaian Pelayanan	Antara 1 – 2 jam
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>4.1 Pasien Umum :</p> <p>a. Biaya didasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>b. Administrasi pembayaran diselesaikan sebelum pasien pulang</p> <p>4.2 Jasa Raharja :</p> <p>Biaya berdasarkan Perda Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p> <p>4.3 BPJS Ketenagakerjaan (BPJS-TK) dan Perusahaan yang mempunyai Perjanjian Kerja Sama (PKS) sesuai dengan Perda No. 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum</p>
5.	Hasil Pelayanan	Pelayanan pemulasaran jenazah

	Yang Diterima	
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon. b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan. c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan. d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan. e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen. f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis. g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan. h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan

		<p>keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 106/Menkes/SK/I/2004 tentang Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) dan Pelatihan Penanggulangan Penderita Gawat Darurat (PPGD)/General Emergency Life Support (GELS) Tingkat Pusat;</p> <p>1.5 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.6 Peraturan Daerah Kota Probolinggo Nomor 3 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit</p>

		dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Tidak ada diskriminasi pelayanan 7.2 Pelaksanaan pemulasaran jenazah dilakukan sesuai dengan agama dan kepercayaan
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

5.17 PELAYANAN HOME CARE

No	Komponen	Uraian
A. Komponen Service Delivery		
1.	Persyaratan Administrasi	Menghubungi Nomor telepon atau WhatsApp Hotline Home Care (0823 4018 5422)
2.	Prosedur Alur Pelayanan	<p>2.1 Alur Pelayanan Home Care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien menghubungi nomor telepon atau WhatsApp hotline; 2. Petugas hotline memastikan kebutuhan layanan dan menawarkan petugas yang akan hadir dan menjelaskan tarif. <u>Jika kondisi emergency maka keluarga disarankan menghubungi 112;</u> 3. Keluarga pasien menyetujui dan sepakat jam kunjungan; 4. Petugas hotline menghubungi petugas yang akan datang ke rumah (Dokter / Perawat / Nakes lain dan driver); 5. Petugas menyiapkan alat dan bahan yang akan diperlukan untuk tindakan; 6. Petugas datang ke rumah pasien sesuai dengan waktu yang telah disepakati. <u>Jika ditemukan kondisi emergency, maka petugas menghubungi 112 atas persetujuan keluarga pasien;</u> 7. Keluarga pasien mengisi form. Persetujuan dan menerima layanan yang diminta; 8. Keluarga pasien melakukan pembayaran secara cash atau tunai ke Petugas untuk selanjutnya diserahkan ke kasir Rumah Sakit;

		<p>9. Petugas menyelesaikan tindakan dan menuliskan di rekam medik pasien dan meminta keluarga pasien menyelesaikan pembayaran;</p> <p>10. Petugas kembali ke Rumah Sakit dan menyimpan catatan rekam medik di tempat yang disediakan.</p>
3.	Waktu Pelayanan	<p>7.1 Permintaan layanan Home Care dibuka hari Senin sd Jumat pukul 08:00 sd 14:00 WIB</p> <p>7.2 Pelaksanaan tindakan pukul 08:00 sd 20:00 (kecuali perawat jaga malam)</p>
4.	Biaya / Tarif Pelayanan	<p>1) Tarif mulai dari 40 ribu (sesuai dengan permintaan layanan);</p> <p>2) Pembayaran bisa melalui metode Transfer Rekening atau Virtual Account</p>
5.	Hasil Pelayanan Yang Diterima	Pelayanan sesuai dengan permintaan layanan
6.	Penanganan Pengaduan	<p>6.1 Pengaduan Langsung :</p> <p>a. Petugas pengaduan menerima pengaduan dari pasien atau keluarga pasien yang datang sendiri ke ruang pengaduan atau dengan didampingi petugas dari unit kerja terlapor atau melalui telepon.</p> <p>b. Petugas Penerima Pengaduan mencatat identitas pelapor (nama, nomor register, alamat, nomor telepon (jika ada)) dan mencatat isi pengaduan di Buku Pengaduan.</p> <p>c. Petugas penerima pengaduan, petugas dari unit kerja terlapor dan pelapor mengkoordinasikan penyelesaian pengaduan di tempat atau di Ruang Pengaduan.</p> <p>d. Untuk pengaduan yang melibatkan beberapa satuan kerja, maka Petugas penerima pengaduan akan melakukan proses konfirmasi ke satuan kerja terkait, klarifikasi dan rekomendasi pengaduan.</p> <p>e. Apabila pengaduan tidak dapat diselesaikan pada saat tersebut maka petugas akan</p>

		<p>mencatat di register pengaduan untuk di rekomendasikan dibawa di dalam rapat Komite Mutu atau Manajemen.</p> <p>f. Solusi sebagai penyelesaian pengaduan yang ada di berikan setelah dibicarakan dalam Komite Mutu atau atau Manajemen dan disampaikan dengan cara menemui pengadu atau mengirimkan surat jawaban kepada pengadu secara tertulis.</p> <p>g. Konsekuensi sebagai bagian dari penyelesaian ketidak-sesuaian di atas dapat diberikan secara langsung atau setelah solusi diberitahukan dikemudian hari oleh Petugas Penerima Pengaduan.</p> <p>h. Petugas penerima pengaduan mencatat nama pihak yang menangani pengaduan dan keterangan penyelesaian pengaduan di buku pengaduan.</p> <p>6.2 Pengaduan Secara Tidak Langsung :</p> <p>a) Website : rsud.probolinggokota.go.id/beranda</p> <p>b) Instagram : rsudmohamadsalehprobolinggo</p> <p>c) Facebook : Rsud Mohamad Saleh</p> <p>d) Google Map : RSUD Dokter Mohamad Saleh</p> <p>e) Wa/SMS Hotline</p> <p>Pengaduan : (081) 13037119</p> <p>Telepon : (0335) 433119 / 421118</p>
B. Komponen Manufacturing		
1.	Dasar Hukum	<p>1.1 Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;</p> <p>1.2 Undang – Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;</p> <p>1.3 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit;</p> <p>1.4 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 270/Menkes/SK/III/2007 tentang Pedoman Manajerial Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p>

		<p>1.5 Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 382/Menkes/SK/III/2008 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Lainnya;</p> <p>1.6 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;</p> <p>1.7 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 37 Tahun 2011 tentang Penyelenggaraan Standar Pelayanan Minimal pada Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.8 Peraturan Walikota Probolinggo Nomor 8 Tahun 2022 tentang Kedudukan, Susunan, Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi, serta Tata Kerja Unit Organisasi bersifat Khusus Rumah Sakit Umum Daerah Dokter Mohamad Saleh pada Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana Kota Probolinggo;</p> <p>1.9 SK Direktur Nomor 100.3/16/KEP/425.102.8/2024 tentang Penetapan Tim Pelayanan Home Care Mat Saleh pada UOBK RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.10 SK Direktur Nomor 100.3.7/23/KEP/425.102.8/2024 tentang Tarif Pelayanan Home Care pada UOBK RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo;</p> <p>1.11 SK Direktur Nomor 100.3/28/KEP/425.102.8/2024 tentang Jenis – Jenis Pelayanan di RSUD Dokter Mohamad Saleh Kota Probolinggo.</p>
2.	Sarana dan Prasarana, dan/ atau Fasilitas	<p>2.1 Spigmomanometer</p> <p>2.2 Termometer</p> <p>2.3 Alat Elektrokardiografi (EKG)</p> <p>2.4 Mobil Home Care</p> <p>2.5 Handphone Hotline</p> <p>2.6 Alat medis habis pakai</p>
3.	Kompetensi Pelaksana	Kompetensi Petugas pelaksana Home Care sesuai dengan area pelayanan pasien dengan standar minimal Perawat Klinik II (PK II) dan Bidan Praktisi II (BP II)

4.	Pengawasan Internal	Terdapat Tim Satuan Pengawas Internal (SPI) untuk memantau dan mengevaluasi pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit
5.	Jumlah Pelaksana	Perwakilan dari masing – masing tenaga kesehatan
6.	Jaminan Pelayanan	Menjamin penyelenggaraan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan
7.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	7.1 Melaksanakan layanan sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang telah ditetapkan 7.2 Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)
8.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Dilakukan monev berkala

II. Maklumat Pelayanan RSUD Dokter Mohamad Saleh

“DENGAN INI, KAMI MENYATAKAN SANGGUP MENYELENGGARAKAN PELAYANAN SESUAI STANDAR PELAYANAN YANG TELAH DITETAPKAN DAN APABILA TIDAK MENEPATI JANJI INI, KAMI SIAP MENERIMA SANKSI SESUAI PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN YANG BERLAKU”.

Pj. WALI KOTA PROBOLINGGO,
Ttd,
MOCHAMAD TAUFIK KURNIAWAN