



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO
Jl. Darmo Sugondo No. 83 Ploso Telp/Fax. (0321) 887888 - 888615
JOMBANG

KEPUTUSAN
DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO
NOMOR : 188.4/ 77⁸ /415.48/2023

TENTANG
STANDAR PELAYANAN PUBLIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO,

Menimbang : a. bahwa dalam rangka mewujudkan penyelenggaraan pelayanan publik sesuai dengan penyelenggaraan pemerintahan yang baik, dan guna mewujudkan kepastian hak dan kewajiban berbagai pihak yang terkait dengan penyelenggaraan pelayanan, setiap penyelenggara pelayanan publik wajib menetapkan standar pelayanan publik;

b. bahwa untuk memberikan acuan dalam penilaian ukuran kinerja dan kualitas penyelenggaraan pelayanan dimaksud huruf a, maka perlu ditetapkan standar pelayanan untuk jenis pelayanan di lingkup Rumah Sakit Umum Daerah Ploso dengan Keputusan Direktur.

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 112, Tambahan-lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5038);

2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan-lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);

4. Peraturan Pemerintah Nomor 96 Tahun 2012 tentang Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2012 Nomor 215, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5357);

5. Peraturan Pemerintah Nomor 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 114, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5887);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakitan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 57, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6659);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit;
8. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan;
9. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 16 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyelenggaraan Forum Konsultasi Publik (FKP)
10. Peraturan Daerah Kabupaten Jombang Nomor 14 Tahun 2011 tentang Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Ploso (Lembaran Daerah Kabupaten Jombang Tahun 2011 Nomor 14/D);
11. Peraturan Bupati Jombang Nomor 14 Tahun 2012 tentang Tugas Pokok dan Fungsi Rumah Sakit Umum Daerah Ploso (Berita Daerah Kabupaten Jombang Tahun 2012 Nomor 14/D);
12. Peraturan Bupati Jombang Nomor 44 Tahun 2017 tentang Pedoman Penyusunan Standar Pelayanan Publik di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Jombang (Berita Daerah Kabupaten Jombang Tahun 2017 Nomor 44/E);
13. Peraturan Bupati Jombang Nomor 48 Tahun 2017 tentang Pola Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Ploso (Berita Daerah Kabupaten Jombang Nomor 48/E);
14. Keputusan Bupati Jombang Nomor 188.4.45/378/415.10.3.4/2018 Tahun 2018 tentang Penerapan Status Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Pada Rumah Sakit Umum Daerah Ploso.

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

- KESATU : Standar Pelayanan Publik di Rumah Sakit Umum Daerah Ploso
- KEDUA : Standar pelayanan publik sebagaimana dimaksud Diktum KESATU adalah meliputi pelayanan berikut :
1. Pelayanan Loker Pendaftaran dan Rekam Medik
 2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
 3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
 4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
 5. Pelayanan Kamar Bersalin/VK
 6. Pelayanan Kamar Operasi

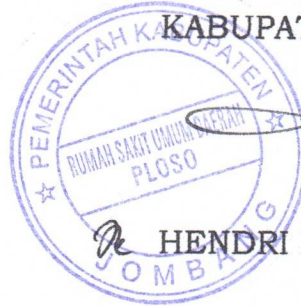
7. Pelayanan Laboratorium
8. Pelayanan Radiologi
9. Pelayanan Farmasi

- KETIGA : Standar pelayanan publik sebagaimana tercantum Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan ini, wajib dilaksanakan oleh penyelenggara/pelaksana dan digunakan sebagai acuan dalam penilaian kinerja pelayanan oleh pimpinan penyelenggara, aparat pengawasan, dan masyarakat dalam penyelenggaraan pelayanan publik;
- KEEMPAT : Keputusan ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 1 September 2023

Plt. DIREKTUR RSUD PLOSO
KABUPATEN JOMBANG,



HENDRI MARZUKI

LAMPIRAN KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO
Nomor : 188.4/ 778 /415.48/2023
Tanggal : 1 September 2023

STANDAR PELAYANAN PUBLIK
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PLOSO

1. Pelayanan Loker dan Rekam Medik (Admission)

Jenis Layanan : Loker dan Rekam Medik (Admission)	
1. Persyaratan	1. Kartu identitas / KTP 2. Kartu BPJS (Opsional) 3. Surat Rujukan
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	1. Pengambilan nomer antrian pendaftaran oleh pasien atau keluarga pasien 2. Menunggu pemanggilan sesuai nomer antrian pendaftaran 3. Melakukan pendaftaran pasien baru dan pasien lama 4. Melakukan pembayaran retribusi pendaftaran untuk pasien umum 5. Pembuatan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) untuk pasien JKN 6. Setelah selesai proses pendaftaran, pasien dipersilahkan menunggu di poliklinik yang dituju dan petugas rekam medis mempersiapkan berkas rekam medisnya lalu dikirim ke poliklinik tujuan pasien
3.a. Jangka Waktu Pelayanan (Penyediaan dokumen RM)	1. Rawat Jalan 10 Menit 2. Rawat Inap 15 Menit
3.b. Jangka waktu tunggu di loket pendaftaran	15 Menit
4. Biaya/Tarif	-
5. Produk Pelayanan	Pendaftaran Pasien Rawat Jalan Poliklinik, IGD dan Rawat Inap
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

Jenis Layanan : Loker dan Rekam Medik (Admission)	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023

2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	1. Ruang tunggu 2. Alat Tulis Kantor 3. Meja 4. Kursi 5. Komputer 6. Printer 7. Telepon 8. Almari
	9. Kertas Print out
3. Kompetensi pelaksana	1. D3 Rekam Medik 2. SMA / SMK
4. Pengawasan Internal	Atasan Langsung (Kasi Perencanaan dan Rekam Medik)
5. Jumlah Pelaksana	3 Perkam Medis 7 Administrasi
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit serta Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di Loker dan Rekam Medik (admission)
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

2. Pelayanan Instalasi Rawat Jalan
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Instalasi Rawat Jalan	
1. Persyaratan	1.Kartu identitas/KTP 2.Kartu BPJS (Opsional) 3.Surat rujukan
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	Keterangan: 1. Pengambilan nomor antrian oleh pasien/keluarga 2. Melakukan pendaftaran di loket pendaftaran 3. Menunggu pemanggilan sesuai dengan poliklinikyang dituju 4. Dilakukan pemeriksaan oleh dokter dan pemeriksaan penunjang (lab atau rontgen) 5. Pemberian terapi atau resep obat 6. Pengambilan obat di farmasi 7. Penyelesaian administrasi / pembayaran di kasir 8. Pasien pulang/dirawat
3. Jangka Waktu Pelayanan	1 Jam (khusus prosedur 1s.d.5)
4. Biaya/Tarif	Pasien Umum : Peraturan Daerah KabupatenJombang Nomor 16 Tahun 2018
5. Produk Pelayanan	Pelayanan rawat jalan di Klinik Penyakit Dalam, Klinik umum, Klinik Bedah, Klinik Obgyn, Klinik Saraf, Klinik Paru, Klinik Anak, Klinik Gigi, KlinikKulit dan Kelamin, Klinik Fisioterapi, Klinik Akupunktur, Klinik Orthopaedi
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Instalasi Rawat Jalan	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor :188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Ruang tunggu, kursi
3. Kompetensi pelaksana	Dokter SpesialisDokter Gigi Dokter Gigi SpesialisD3/S1 Keperawatan D3 Perawat Gigi D3/D4 Kebidanan D3 Fisoterapi D3 Akupunktur

	D3 Perawat Gigi
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi Yanmed dan Keperawatan)
5. Jumlah Pelaksana	3 Dokter Spesialis Dalam 2 Dokter Spesialis Obgyn 2 Dokter Spesialis Bedah 2 Dokter Spesialis Anastesi 2 Dokter Spesialis Saraf 1 Dokter Spesialis Paru 3 Dokter Spesialis Anak 1 Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin 1 Dokter spesialis Orthopaedi 1 Dokter spesialis mata 1 Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah 1 Dokter spesialis rehabilitasi medik 1 Dokter Umum 3 Dokter Gigi 1 Dokter Gigi Spesialis Prostodontis 14 Perawat 2 Bidan 3 Fisioterapis 1 Akupunktur 1 Perawat Gigi
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di Rawat Jalan
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

3. Pelayanan Instalasi Gawat Darurat
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Pelayanan Instalasi Gawat Darurat	
1. Persyaratan	1.Kartu identitas/KTP 2.Kartu BPJS (Opsional)
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	1. Triage dilakukan saat kontak pertama kali dengan pasien 2. Dokter atau perawat senior mengidentifikasi tingkat kegawatdaruratan medis pasien, melalui proses triage: a. Kategori 1 :Penilaian dan pengobatan segera (resusitasi) dilakukan pada pasien henti jantung, henti nafas, resiko langsung kejang napas-cenderung buntu total, RR < 10 x/mnt, gangguan pernapasan yang ekstim, BP<80 (dewasa) atau shock, anak/bayi berespon dengan rasa sakit saja (GCS < 9), kejang berkepanjangan (status epileptikus), drug overdosis yang tidak responsif atau hipoventilasi, gangguan perilaku berat dengan ancaman kekerasan yang berbahaya. b. Kategori 2 : Penilaian dan pengobatan dalam 10 – 15 menit (Gawat Darurat) dilakukan pada pasien dengan resiko airway yang mengancam nyawa (stridor parah atau drooling), gangguan pernapasan berat dengan tanda syock, kulit basah dan lembab, perfusi dingin,HR< 50 atau>150(dewasa), hipotensi dengan efek hemodinamik, kehilangan banyak darah, nyeri dada seperti kena serangan jantung, nyeri sangat berat, GDA<60 mg/dl., penurunan respon dengan sebab apapun/mengantuk (GCS<13), akut hemopharese, disfasia, demam dengan tanda-tanda, trauma mata asam atau basa, multi trauma, lokal berat-patah tulang besar,amputasi, riwayat beresiko tinggi : - penggunaan obat penenang atau beracun yang ditelan, nyeri berat pre eklamspi, kehamilan ektopik, perilaku psikiatrik:-kekerasan atau agresif, ancaman langsung terhadap diri sendiri atau orang lain, px dengan restrain, agitasi yang berat atau agresi. c. Kategori 3 : Pengkajian dan perawatan dalam 30 menit (Darurat) dilakukan pada

pasien hipertensi berat, kehilangan darah yang cukup berat-berbagai penyebab, sesak napas cukup berat SpO₂ 90-95%, GDA >250 mg/dl, riwayat kejang, demam karena status imunodeficiency seperti pasien onkologi, muntah terus-menerus-dehidrasi, cidera kepala dengan lucid interval, nyeri cukup parah – yang membutuhkan analgetik, nyeri sedang dan nyeri dada berat non jantung, nyeri perut resiko tinggi pada px usia > 65 th, cidera ekstremitas sedang-

deformitas, luka robek lebar, besar dan hancur, tungkai-perubahan sensasi pulsasi tungkai tidak teraba, trauma resiko tinggi infeksi, anak yang dicurigai cidera non kecelakaan, perilaku psikiatrik :

- sangat tertekan, resiko merugikan diri sendiri, psikotik akut, gelisah berpotensi agresif.

d. Kategori 4 : Penilaian dan perawatan di mulai dalam 60 menit (Semi Darurat) dilakukan pada pasien dengan perdarahan sedang, dada cidera tanpa nyeri, atau tanpa distress napas, kesulitan menelan dengan tidak ada gangguan pernapasan, cidera kepala ringan tanpa kehilangan kesadaran, nyeri sedang, muntah atau diare tanpa dehidrasi, radang mata dengan penglihatan normal, pergelangan kaki terkilir, luka robek yang rumit dengan vital signnya normal, sakit perut non spesifik, perilaku psikiatrik :

- masalah kesehatan mental yang tidak mengancam.

e. Kategori 5 : penilaian dan perawatan dalam 120 menit (Tidak Darurat) dilakukan pada pasien dengan nyeri minimal tanpa resiko, riwayat penyakit beresiko rendah dan sekaran gasintomatik, gejala minimal penyakit kronis, gejala minimal kondisi beresiko rendah, luka ringan tanpa memerlukan tindakan jahitan luka, imunisasi, perilaku psikiatrik-dikenal pasien dengan gejala kronis, krisis sosial (secara klinis pasien baik).

f. Dokter atau Perawat melakukan tindakan sesuai dengan kegawatdaruratan medis pasien ditempat yang telah disediakan

	g. Di IGD pasien yang datang dilayani sesuai tingkat kegawatan.
3. Jangka Waktu Pelayanan	1. Respon tindakan oleh petugas kurang dari 5 menit. 2. Lama tindakan disesuaikan dengan kondisi pasien 3. Observasi pasien maksimal 6 jam (Pasien P1 dan P2)
4. Biaya/Tarif	-
5. Produk Pelayanan	Pelayanan kegawatdaruratan
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Pelayanan Instalasi Gawat Darurat

1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Bed pasien, Alkes, Alked, kursi, dll
3. Kompetensi pelaksana	S1 Kedokteran Umum D3/S1 Keperawatan D3/D4 Kebidanan SMA/SMK
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)
5. Jumlah Pelaksana	10 Dokter Umum 14 Perawat 4 Bidan 1 Admisi
6. Jaminan Pelayanan	RSUD Ploso Kabupaten Jombang senantiasa selalu berupaya meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan yang sudah baik, sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Sesuai dengan pedoman akreditasi rumah sakit versi 2012 yang sudah dijalankan di RSUD yang meliputi : Ketepatan identifikasi pasien, Peningkatan komunikasi yang efektif, Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan Pengurangan risiko pasien jatuh.
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

4. Pelayanan Instalasi Rawat Inap
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Pelayanan Instalasi Rawat Inap	
1. Persyaratan	1. Surat pengantar /permintaan rawat inap 2. Kartu identitas/KTP 3. Kartu BPJS (Opsional) 4. Surat rujukan
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	Keterangan: 1. Melakukan pendaftaran rawat inap 2. Petugas mengantar pasien ke ruang rawat inap 3. Petugas rawat inap terima pasien dan orientasiruangan 4. Asuhan medis dan keperawatan selama perawatan 5. Perencanaan pulang pasien 6. Penyelesaian administrasi di kasir 7. Pasien pulang/rujuk
3. Jangka Waktu Pelayanan	Waktu sampai di ruang rawat inap : < 1 jam
4. Biaya/Tarif	Umum : Perda Kab. Jombang Nomor 16 Tahun 2018 JKN : Permenkes Nomor 59 Tahun 2014
5. Produk Pelayanan	Pelayanan rawat inap di rawat inap Isolasi, Non Isolasi,dan Neonatus
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Pelayanan Instalasi Rawat Inap	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Rawat inap kelas III
3. Kompetensi pelaksana	S1 Kedokteran Dokter Spesialis D3/S1 Keperawatan D3/D4 Kebidanan SMA/SMK
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)
5. Jumlah Pelaksana	10 Dokter Umum 3 Dokter Spesialis Dalam 2 Dokter Spesialis Obgyn 2 Dokter Spesialis Bedah 2 Dokter Spesialis Anastesi 2 Dokter Spesialis Saraf 1 Dokter Spesialis Paru 3 Dokter Spesialis Anak

	1 Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin 1 Dokter spesialis Orthopaedi 1 Dokter spesialis mata 1 Dokter spesialis jantung dan pembuluh darah 1 Dokter spesialis rehabilitasi medik 43 Perawat 3 Administrasi
	1 Dokter Spesialis Kulit dan Kelamin 44 Perawat 7 Bidan 2 Admisi
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di instalasi rawat inap
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

5. Pelayanan Kamar Bersalin dan Nifas
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Kamar Bersalin dan Nifas	
1. Persyaratan	1. Kartu identitas/KTP 2. Kartu BPJS (Opsional) 3. Surat rujukan
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<u>Prosedur APS (Atas Permintaan Sendiri) :</u> 1. Dokter / petugas kesehatan memberikan penjelasan dan informasi tentang keadaan penyakitnya. 2. Keluarga / pasien menandatangani surat pernyataan pulang atas permintaan sendiri. 3. Bagian administrasi / petugas kesehatan menyiapkan perincian pembiayaan dan surat kontrol. 4. Surat perincian diantar ke bagian keuangan oleh bagian administrasi petugas kesehatan. 5. Petugas kesehatan menganjurkan keluarga pasien menyelesaikan administrasi ke bagian keuangan. 6. Surat bukti pembayaran diserahkan ke bagian administrasi. 7. Petugas kesehatan memberikan penjelasan tentang perawatan selanjutnya di rumah dan menyerahkan surat-surat yang diperlukan pasien. 8. Petugas kesehatan menghubungi bidan wilayah/bidan perujuk untuk memantau/kunjungan rumah secara berkala terhadap pasien tersebut <u>Prosedur Pasien Baru :</u> 1. Pasien datang ke ruangan disertai status. 2. Pasien ditempatkan di kelas/ruangan yang telah disepakati. 3. Bidan memperkenalkan diri. 4. Diterangkan hak dan kewajiban kepada pasien dan keluarga. 5. Melaksanakan pemeriksaan obstetri / ginekologi sesuai kasus. 6. Melaksanakan program orientasi kepada pasien memberitahu tentang denah ruangan, letak kamar mandi, ruangan bidan dan memberitahu fasilitas yang tersedia serta cara penggunaannya. Bidan memberitahu tentang jadwal kegiatan rutin ruangan antara lain waktu mandi, makan, kunjungan dokter dan waktu besok. 7. Petugas menginformasikan ke instalasi gizi, jika ada pasien baru dengan jenis dietnya baik langsung maupun per telepon.

	<u>Prosedur Pasien Dirujuk :</u> 1. Dokter mengatasi kegawatdaruratan pasien, dokter menentukan diagnosa penyakit yang dideritanya dan alasan dirujuk. 2. Petugas kesehatan menghubungi Rumah Sakit yang akan dituju dan menanyakan apakah fasilitas yang dibutuhkan, jika fasilitas di Rumah Sakit yang dituju tersedia petugas kesehatan melaporkan kondisi pasien dan mencatat nama penderita telpon. 3. Dokter membuat surat rujukan yang berisi resume tertulis mengenai kondisi klinis pasien kebutuhan pasien akan pelayanan lebih lanjut dan tindakan yang telah dilakukan dan alasan dirujuk. 4. Pasien yang dirujuk didampingi oleh petugas kesehatan yang bertanggung jawab selama proses transfer. 5. Sesampai di Rumah Sakit yang dituju dilakukan serah terima pasien antar petugas kesehatan RSUD Ploso dengan petugas kesehatan atau dokter yang menerima di Rumah Sakit rujukan tersebut dan membubuhi tanda tangan penerima dilembar serah terima pasien
3. Jangka Waktu Pelayanan	Kurang lebih 3 jam
4. Biaya/Tarif	Umum : Perda Kab. Jombang Nomor 16 Tahun 2018
5. Produk Pelayanan	Pelayanan kamar bersalin
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Kamar Bersalin dan Nifas	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Alkes, Alked, kursi tunggu keluarga pasien
3. Kompetensi pelaksana	Dokter Spesialis D3/D4 Kebidanan
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)
5. Jumlah Pelaksana	2 Dokter Spesialis Obgyn 32 Bidan
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di Kamar Bersalin dan Nifas

8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit
-------------------------------	--

6. Pelayanan Kamar Operasi / OK
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Kamar Operasi / OK	
1. Persyaratan	1.Kartu identitas/KTP 2.Kartu BPJS 3.Surat rujukan 4. Surat persetujuan tindakan
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	SPO Serah Terima Pasien : 1. Persiapkan pasien calon operasi sesuai dengan instruksi dokter. 2. Persiapkan semua status pasien termasuk informed consent untuk dibawa bersama pasien ke ruang operasi. 3. Sertakan perlengkapan penunjang operasi misalnya : persediaan obat-obatan atau persediaan darah yang diperlukan saat operasi. Pasien dipanggil ke kamar operasi 45 menit sebelum operasi dilakukan. 4. Serah terima pasien antara perawat ruangan dan perawat kamar operasi dilakukan di ruang premedikasi. 5. Periksa kelengkapan serah terima, profilaksis, sediaan darah bila ada.
3. Jangka Waktu Pelayanan	Sesuai dengan kasus dan jenis tindakan.
4. Biaya/Tarif	Umum : Perda Kab. Jombang Nomor 16 Tahun 2018
5. Produk Pelayanan	Pelayanan kamar operasi
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Kamar Operasi / OK	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Kursi tunggu pasien
3. Kompetensi pelaksana	Dokter Spesialis D3/S1 Keperawatan D3/D4 Kebidanan
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)

5. Jumlah Pelaksana	2 Dokter Sp. Bedah 2 Dokter Sp. Anastesi 9 Perawat 2 Bidan
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di instalasi bedah Sentral / OK
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

7. Pelayanan Laboratorium
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Laboratorium	
1. Persyaratan	1. Surat pengantar 2. Identitas/KTP
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<u>SPO Permintaan Pemeriksaan :</u> <u>Pasien Rawat jalan :</u> 1. Pasien dari poli membawa form permintaan pemeriksaan laboratorium 2. Petugas laboratorium memeriksa nama, alamat dan jenis pemeriksaan . 3. Petugas laboratorium mengambil sampel sesuai dengan prosedur pengambilan sampel yang tercantum pada form permintaan pemeriksaan laboratorium 4. Petugas menginformasikan pada pasien untuk menunggu hasil. <u>Rawat inap :</u> 1. Petugas laboratorium mengambil buku ekspedisi ke kantor perawat. 2. Petugas laboratorium mempersiapkan perlengkapan sampling 3. Petugas laboratorium keliling ruangan rawat inap sesuai buku ekspedisi untuk pengambilan sampel 4. Cek identitas pasien sesuai di buku ekspedisi/ identitas pada gelang pasien 5. Jika dokter visite dan ada pemeriksaan tambahan perawat telepon ke laboratorium untuk mengambil sampel 6. Bawa ke laboratorium <u>SPO Pemeriksaan Pasien Luar :</u> Pasien membawa surat rujukan daftar di loket karcis : 1. Petugas laboratorium menerima formulir permintaan pemeriksaan laboratorium 2. Petugas menanyakan kesiapan pasien sesuai formulir permintaan 3. Jika pasien BPJS langsung diambil sampelnya jika pasien bayar dihitung pembayarannya 4. Petugas memberikan kwitansi pembayaran 5. Petugas mengambil sampel. 6. Hasil yang sudah selesai diserahkan kepada pasien untuk di bawa kepada dokter yang mengirim.
3. Jangka Waktu Pelayanan	Hasil laboratorium selesai dalam waktu < 20 menit
4. Biaya/Tarif	Umum : Perda Kab. Jombang Nomor 16 Tahun 2018
5. Produk Pelayanan	Pelayanan laboratorium
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Laboratorium	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Alkes, Kursi tunggu
3. Kompetensi pelaksana	Dokter spesialis patologi klinik D3 Analis Kesehatan
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)
5. Jumlah Pelaksana	2 dokter spesialis patologi klinis 1 Dokter patologi anatomi 8 Analis Kesehatan
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di instalasi laboratorium
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

8. Pelayanan Radiologi
a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Radiologi	
1. Persyaratan	a. Administrasi, sesuai SPO : • Alur Pelayanan Pasien • Alur Pencatatan dan Pelaporan • Alur Pembayaran b. Pemeriksaan Foto rontgen/USG sesuai SPO
2. Sistem, Mekanisme, dan Prosedur	<pre>graph TD PASIEEN[PASIEEN] --> ADA_SURAT[ADA SURAT PENGANTAR] PASIEEN --> TANPA_SURAT[TANPA SURAT PENGANTAR] ADA_SURAT --> PENGANTAR[PENGANTAR DARI KLINIK ATAU DOKTER LUAR] ADA_SURAT --> LAYANAN[1. RAWAT INAP
2. RAWAT JALAN (POLI)
3. UGD
4. ICU/NICU
5. VK/PONEK] TANPA_SURAT --> LAYANAN PENGANTAR --> LOKET1[LOKET 1] LAYANAN --> LOKET1 LOKET1 --> RADIOLOGI[RADIOLOGI] RADIOLOGI --> RUANG_TUNGGU[RUANG TUNGGU RADIOLOGI] RUANG_TUNGGU <--> RUANG_PERIKSA[RUANG PERIKSA RADIOLOGI] RUANG_TUNGGU --> HASIL[HASIL FOTO DAN EKSPERTISE] HASIL --> LOKET1 HASIL --> RUANG_PERIKSA</pre> Keterangan : 1. Pasien dengan surat pengantar untuk pemeriksaan di radiologi dibagi menjadi dua, yaitu a) pasien dari rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, NICU/ICU, VK/PONEK langsung menuju ke radiologi b) Pasien dengan membawa rujukan dari klinik atau dokter luar, maka dilakukan pendaftaran terlebih dahulu di Loker 1 RSUD Ploso selanjutnya menuju radiologi. 2. Pasien tanpa membawa surat pengantar melakukan pendaftaran terlebih dahulu di Loker 1 RSUD Ploso selanjutnya menuju UGD atau Poli untuk mendapatkan surat pengantar radiologi 3. Pasien langsung menuju ke ruang tunggu untuk dipanggil dalam ruang periksa. 4. Setelah pasien diperiksa menuju ke ruang tunggu kembali untuk menunggu hasil pemeriksaan. Untuk pasien UGD, rawat inap, NICU/ICU, VK/PONEK, hasil akan diantar ke ruangan masing-masing.
3. Jangka Waktu Pelayanan	Waktu tunggu hasil pemeriksaan dan ekspertise doktermaksimal 3 jam.
4. Biaya/Tarif	Umum : Perda Kab. Jombang Nomor 16 Tahun 2018
5. Produk Pelayanan	Hasil Pemeriksaan radiodiagnostik imaging dan USG untuk pasien dan arsip secara tertulis maupun disimpan

	dalam komputer, jelas dan bersifat rahasia yang ditujukan kepada dokter yang merujuk.
6. Penanganan pengaduan, saran dan masukan	1. Kotak pengaduan 2. Kotak Saran Petugas informasi dan pengaduan / Humas RS

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Radiologi	
1. Dasar Hukum	- Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor : 188.4/365/415.48/SK/2023 - SK Kepala Bapeten Nomor : 076748.010.11.010818 dan Nomor : 028101.010.22.060219 Tentang Izin Pemanfaatan Tenaga Nuklir Penggunaan dalam radiologi diagnostik dan intervensional
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	a. Ruang Pemeriksaan radiodiagnostik imaging konvensional dan dental x-ray b. Ruang Pemeriksaan USG c. Ruang Ganti Pasien d. Ruang Prosesing Film e. Ruang Administrasi f. Ruang Tunggu Pasien g. Kamar Mandi h. Gudang BHP i. Meja + Kursi kerja + kursi tunggu pasien j. Komputer + Printer k. Pesawat analog X-Ray konvensional l. Pesawat Dental x-ray m. Pesawat USG n. Automatic Processor set o. CR set (Baru) p. Personal Monitoring Dosis Radiasi (TLD Badge) q. Lead Apron setebal 0,5 – 2 mm Pb r. Kaca Pb setara 2 mmPb s. Tabir Radiasi dengan kaca Pb t. Dinding dan pintu berlapis timah hitam setebal 2mmPb dengan ketinggian 2 m. u. Safety-Light v. Exhaust-Fan w. ID camera-labelling x. Viewing Box y. Indikator Radiasi (Red-Lamp) z. AC + Temperatur suhu dan kelembaban ruangan
3. Kompetensi pelaksana	Dokter Spesialis Radiologi ber SIP D3 Radiodiagnostik ber STR dan SIKR (2 PPR ber SIB) Tenaga Fisikawan Medis SMA

4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi Pelayanan Medik dan Keperawatan)
5. Jumlah Pelaksana	1 Dokter Sp. Radiologi 4 Radiografer 1 Fisikawan Medis 1 Pengadministrasi Umum
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO di Instalasi Radiologi
8. Evaluasi kinerja pelaksana	• Evaluasi Mutu Pelayanan : terdiri dari 4 standar penilaian mutu pelayanan radiologi. Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit. • Evaluasi cakupan pelayanan dan hasil kegiatan penyelenggaraan pelayanan : dilakukan pemeriksaan fisik peralatan secara visual, secara kuantitatif/kualitatif serta ruang maupun automatic processor. Hal ini dilakukan setiap hari secara berkala dan dibuat laporan. • Evaluasi kesehatan petugas radiasi : dilakukan pemeriksaan fisik bagi Radiolog dan Radiografer setiap tahun sekali secara berkala dan diarsipkan. • Evaluasi pengembangan pendidikan dan pelatihan petugas radiologi : dilakukan tiap tahun mengikuti seminar, workshop maupun pelatihan. • Evaluasi fasilitas serta pemeliharaan dan perbaikan sarana prasarana radiologi : dilakukan uji kesesuaian dan kalibrasi pesawat x-ray (setiap 2 tahun sekali diluar maintenance tiap tahun) & pesawat USG setiap tahun sekali secara berkala. • Seluruh Hasil evaluasi dibuat laporan evaluasi program kerja radiologi setiap tahun secara berkala.

9. Pelayanan Farmasi

a. Proses Penyampaian Pelayanan

Jenis Layanan : Farmasi	
1. Persyaratan	1.Rawat jalan : a. Pasien umum : - lembar resep dari dokter b. Pasien JKN/BPJS : - Surat elegibilitas peserta (SEP) - lembar resep dari dokter

2. Rawat inap :

- Lembar resep/CPO

b. Proses Pengelolaan Pelayanan

Jenis Layanan : Farmasi	
1. Dasar Hukum	Keputusan Direktur RSUD Ploso Nomor :188.4/365/415.48/SK/2023
2. Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	Kursi Tunggu
3. Kompetensi pelaksana	S1 Apoteker D3 Farmasi D1 Farmasi SMF
4. Pengawasan Internal	Atasan langsung (Kasi/Kasubag/Ka.Instalasi/Ka.Unit)
5. Jumlah Pelaksana	5 Apoteker 13 Asisten Apoteker (D3) 7 Pengadministrasi Umum
6. Jaminan Pelayanan	Sesuai dengan SPO yang ada di masing-masing Unit dan Kode Etik RS
7. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Dilaksanakan sesuai SPO instalasi farmasi
8. Evaluasi kinerja pelaksana	Dilaksanakan setiap 3 bulan sekali secara berkala dan dilaporkan kepada Direktur melalui Komite Mutu Rumah Sakit

Plt. DIREKTUR RSUD PLOSO
KABUPATEN JOMBANG,



HENDRI MARZUKI