



PEMERINTAH KABUPATEN SUMBAWA
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Garuda Nomor 5 Telp. 0371-21929 Fax. 0371-23974
Sumbawa Besar

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA
NOMOR 37.1 TAHUN 2026

TENTANG

STANDAR PELAYANAN PUBLIK DI LINGKUNGAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

- Menimbang : a. bahwa dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan publik di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa diperlukan standar baku pelayanan sebagai pedoman bagi Petugas dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat;
- b. bahwa Keputusan Direktur Nomor 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa, tidak sesuai lagi dengan keadaan;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Standar Pelayanan Publik di Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa;
- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik;
2. Undang-Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan;
3. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 15 Tahun 2014 tentang Pedoman Standar Pelayanan Publik Bagi Setiap Instansi Pemerintah;
4. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa;
5. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumbawa.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

Kesatu : Standar Pelayanan Publik di Lingkungan di Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa;

Standar pelayanan sebagaimana dimaksud pada Diktum Kesatu meliputi :

1. Pelayanan Gawat Darurat
2. Pelayanan Rawat Jalan
3. Pelayanan Ranap Inap
4. Pelayanan Instalasi Bedah Sentral
5. Pelayanan Persalinan dan Perinatologi
6. Pelayanan Intensif
7. Pelayanan Radiologi
8. Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
9. Pelayanan Rehabilitasi Medik
10. Pelayanan Farmasi
11. Pelayanan Gizi
12. Pelayanan Transfusi Darah
13. Pelayanan Rekam Medis
14. Pengelolaan Limbah
15. Pelayanan Administrasi Manajemen
16. Pelayanan Ambulance/Kereta Jenazah
17. Pelayanan Pemulasaran Jenazah
18. Pelayanan Laundry
19. Pelayanan Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit
20. Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI)
21. Pelayanan Hemodialisa
22. Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi
23. Pelayanan Laboratorium Mikrobiologi Klinik

Kedua : Mencabut keputusan Direktur Nomor 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa;

Ketiga : Standar Pelayanan Publik di lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa masing - masing jenis layanan sebagaimana dimaksud pada diktum KEDUA sebagaimana terlampir dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dari keputusan ini;

Keempat : Rincian Standar Pelayanan Publik di Lingkungan Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa yang berkaitan dengan pelayanan langsung dengan sesuai kebutuhan informasi masyarakat;

Kelima : Keputusan ini berlaku terhitung mulai tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari ternyata kekeliruan dalam Keputusan ini maka akan ditinjau Kembali untuk diperbaiki sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Sumbawa Besar

pada tanggal : 13 Januari 2026

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM

DAERAH SUMBAWA



SUMEGA HARTA

LAMPIRAN I

KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUMBAWA

NOMOR : 37.1 TAHUN 2026

TANGGAL : 13 JANUARI 2026

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI RAWAT JALAN

1	Dasar Hukum	1. Undang - undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik ; 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ; 3. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien ; 4. Permenkes No 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes ; 5. Permenkes RI no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan Program jaminan kesehatan Nasional (JKN) 6. Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah: 7. Peraturan Bupati Sumbawa No 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola RSUD Sumbawa ; 8. Peraturan Bupati Sumbawa No 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD di Lingkungan Pemkab Sumbawa ; 9. Peraturan Bupati Sumbawa No 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD Kabupaten Sumbawa ;
2	Persyaratan	1. Bukti pengambilan nomor antrian yang di ambil di anjungan 2. Kelengkapan berkas pendaftaran baik yang tercetak maupun yang ada di RME 3. Pasien hadir untuk diperiksa
3	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Pasien menyerahkan nomor antrian dan berkas fisik yang di dapatkan di loket pendaftaran sekaligus melaporkan bahwa pasien sudah ada 2. Pasien menunggu panggilan untuk dilakukan pemeriksaan oleh perawat/bidan 3. Pasien di panggil oleh perawat/bidan utuk dilakukan pengkajian keperawatan dan menyimpan di RME 4. Pasien mendapatkan pemeriksaan oleh dokter spesialis dan hasil pemeriksaan dokter : a. Pasien berinteraksi dengan dokter melakukan anamnesa lebih lanjut b. Data pasien di siman di RME oleh dokter c. Resep pasien di input di RME d. Pasien yang memerlukan perawatan lanjutan maka dilakukan bridging kontrol berikutnya untuk pasien BPJS dan pasien di arahkan ke loket untuk cetak surat kontrol berikut membawa tracer e. Setelah surat kontrol terbit pasien di arahkan ke farmasi untuk mengambil obat dengan cara menyerahkan tracer ke petugas penerimaan resep

		di farmasi dan mendapatkan nomor antri f. Pasien menunggu panggilan penyerahan obat g. Pasien yang terindikasi memerlukan pemeriksaan di bagian lain maka pasien dilakukan rujuk internal h. Pasien yang terindikasi rawat inap maka diberikan surat pengantar rawat inap, pasien mendaftar di admisi lalu mendapatkan kamar yang sesuai dengan BPJS , pasien di antar oleh petugas poliklinik ke ruang rawat inap i. Pasien yang dikembalikan ke faskes pengirim maka diberikan surat rujuk balik j. Pasien yang terindikasi dilakukan pemeriksaan penunjang maka di input oleh perawat/bidan di RME dan memberikan tanda di tracer sebagai petunjuk bagi unit penunjang tujuan. k. Hasil pemeriksaan penunjang di bawa kembali ke poliklinik sebelumnya untuk di analisa oleh DPJP
4	Jangka Waktu Pelayanan	1. Hari Senin – Kamis : Pukul 07:30 WITA sampai dengan 14:00 WITA/ s.d pasien selesai dilayani 2. Hari Jumat : Pukul 07:30 WITA sampai dengan 11:30 WITA/ s.d pasien selesai dilayani 3. Hari Sabtu : Pukul 07:30 WITA sampai dengan 13:30 WITA/ s.d pasien selesai dilayani
5	Biaya/Tarif	Berdasarkan : 1. Pasien umum berdasarkan Peraturan Daerah No 10 Tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 2. Pasien JKN di klaimkan ke BPJS dengan paket INACBGs berdasarkan PMK Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (JKN) 3. Pasien Inhealth dan Asuransi lainnya diklaimkan sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Retribusi Daerah 4. Pasien dengan kerjasama/MOU pihak ketiga sesuai Peraturan daerah nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
6	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Rawat Jalan 2. Pelayanan MCU (Medical Check Up) 3. Pelayanan VCT 4. Pelayanan TB DOTS 5. Pelayanan EEG 6. Pelayanan Endoskopi dan Kolonoskopi 7. Pelayanan Geriatri
7	Sarana dan Prasarana, dan atau Fasilitas	1. 13 Poliklinik 2. Ruang Tunggu Pasien 3. Peralatan Medis Sesuai Standar 4. Penyediaan Air minum untuk pasien 5. RM elektronik
8	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis dan Konsultan 2. Perawat Ahli dan Terampil dengan Pelatihan <i>Excelent Service</i> 3. Bidan Terampil dengan Pelatihan <i>Excelent Service</i> 4. Teknisi Medis Terampil dengan Pelatihan <i>Excelent Service</i>
9	Pengawasan	1. Pengawasan yang dilakukan langsung oleh Kepala

	Internal	Instalasi Rawat Jalan 2. Pengawasan oleh Bidang Pelayanan Medis dan Keperawatan 3. Pengawasan oleh Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit
10	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Pengaduan dan Penanganannya dapat dilakukan melalui : 1. Konsultasi langsung kepada Kepala Instalasi 2. Konsultasi langsung ke Ruang MPP Lantai 1 3. Melalui Komunikasi secara elektronik : - Website : https://rsud.sumbawakab.go.id/pengaduan-mandiri - No WA pengaduan : 0811 3803 232
11	Jumlah Pelaksana	1. Dokter spesialis minimal 1 di setiap poliklinik 2. Perawat melayani 8-20 pasien dalam 1 poliklinik 3. Bidan melayani 2-4 pasien dalam 1 poliklinik 4. Perawat gigi melayani 8-20 pasien dalam 1 poliklinik 5. Refraksionis melayani 10-20 pasien dalam 1 poliklinik
12	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan dan akuntabel 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan, standar mutu dan instruksi kerja
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Pos satpam atau petugas jaga yang siaga mengawasi area 2. CCTV terpasang di sudut gedung untuk memantau situasi 3. Alat pemadam (APAR) terpasang di beberapa tembok rawat jalan 4. Papan petunjuk alur evakuasi dan area titi kumpul
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi di sampaikan kepada Bidang pelayanan secara berkala setiap bulan dan setiap tahun maupun apabila diperlukan sewaktu-waktu.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI RAWAT INAP

1. Dasar Hukum	1. Indang - undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik ; 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ; 3. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien ; 4. Permenkes No 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes ; 5. Permenkes RI no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan Program jaminan kesehatan Nasional (JKN) 6. Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah: 7. Peraturan Bupati Sumbawa No 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola RSUD Sumbawa ; 8. Peraturan Bupati Sumbawa No 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD di Lingkungan Pemkab Sumbawa ; 9. Peraturan Bupati Sumbawa No 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD Kabupaten Sumbawa ;
2. Persyaratan	Pasien Umum 1) Surat Pengantar Rawat Inap dari Poliklinik atau IGD 2) Kartu Identitas /KTP 3) Menyelesaikan proses pendaftaran pasien rawat inap Pasien BPJS Kesehatan 1) Surat Pengantar Rawat Inap dari Poliklinik atau IGD 2) Surat Elegibilitas Rawat Inap yang diterbitkan di Admisi 3) Kartu Identitas /KTP 4) Menyelesaikan proses pendaftaran pasien rawat inap Pasien BPJS Ketenagakerjaan 1) Surat Pengantar Rawat Inap dari Poliklinik atau IGD 2) Kartu Peserta BPJS Ketenagakerjaan 3) Kartu Identitas /KTP 4) Surat Elegibilitas Rawat Inap yang diterbitkan di Admisi 5) Menyelesaikan proses pendaftaran pasien rawat inap Pasien Jasa Raharja 1) Surat Pengantar Rawat Inap dari Poliklinik atau IGD 2) Surat Jaminan dari Jasa Raharja 3) Kartu Identitas /KTP dan Kartu Keluarga 4) Menyelesaikan proses pendaftaran pasien rawat inap Pasien Asuransi lain dan kerjasama 1) Surat Pengantar Rawat Inap dari Poliklinik atau IGD 2) Kartu Identitas /KTP 3) Menyelesaikan proses pendaftaran pasien rawat inap
3. Sistem mekanisme, dan prosedur	Pasien dari IGD → poliklinik → masuk ruangan anamnesa Riwayat dan perjalanan Penyakit → pemeriksaan fisik dan penunjang → perawatan, pengobatan dan tindakan, proses administrasi keluar RS (pulang, APS, meninggal, rujuk)

4. Jangka waktu pelayanan	Pelayanan 24 jam
5. Biaya tarif	a. Pasien Umum, pasien BPJS Ketenagakerjaan, pasien Jasa Raharja, pasien asuransi dan kerjasama lainnya berdasarkan Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah. b. Pasien BPJS Kesehatan berdasarkan Permenkes no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan (JKN)
6. Produk pelayanan	Pelayanan rawat inap kelas I, kelas II, kelas III dan VIP
7. Sarana/prasarana dan fasilitas	Sarana/prasarana: - Ruang VIP ada 9 kamar dengan 9 Tempat Tidur - Ruang rawat inap kelas I ada 12 kamar dengan 13 tempat tidur - Ruang Rawat inap kelas II ada 10 kamar dengan 20 tempat tidur - Ruang Rawat inap kelas III ada 31 kamar dengan 83 tempat tidur - Ruang Rawat Inap Isolasi dengan 14 kamar dengan 17 tempat tidur Fasilitas: Ruang VIP: - Kamar mandi - Tempat tidur - Meja pasien (Nakas) - AC - Kursi tamu (sofa) - TV - Kulkas - Lemari pakaian pasien - Meja pasien (Nakas) Ruang Rawat Inap kelas I, kelas II dan kelas III: - Kamar mandi - Tempat tidur - Meja pasien (Nakas) - AC
8. Kompetensi pelaksana	- Dokter spesialis sesuai kasus - Dokter umum - Perawat/bidan Terampil (Pendidikan D3 Keperawatan dan D3 Kebidanan) - Perawat/bidan Ahli (Pendidikan Profesi /Ners)
9. Pengawasan internal	- Pengawasan langsung oleh kepala instalasi Rawat Inap - Pengawasan oleh bidang pelayanan - Pengawasan oleh Satuan Pemeriksa Internal (SPI) Rumah Sakit
10. Penanganan pengaduan saran dan masukan	Pengaduan dan penanganannya dapat dilakukan melalui: - Konsultasi dengan Kepala Ruangan di masing masing rawat Inap - Konsultasi dengan Kepala instalasi - Unit Pengaduan Rumah Sakit - Melalui komunikasi elektronik: - Website: www.sumbawakab.go.id - Sosial media: Facebook, instagram RSUD Sumbawa - WhatsApp: 0811-3803-232

11. Jumlah pelaksana	- Dokter spesialis 20 orang - Dokter Spesialis Penyakit Dalam 3 orang - Dokter Spesialis Bedah 2 orang - Dokter Spesialis Obstetri dan Gynekologi 2 orang - Dokter Spesialis Anak 2 orang - Dokter Spesialis Anestesi 2 orang - Dokter Spesialis Paru 2 orang - Dokter Spesialis saraf 2 orang - Dokter Spesialis THT 1 orang - Dokter Spesialis Orthopedi 1 orang - Dokter Spesialis Jantung dan pembuluh Darah 1 orang - Dokter Spesialis Mata 1 orang - Dokter Spesialis Gizi Klinik 1 orang - Dokter Umum 7 orang - Perawat trampil (pendidikan D3 Keperawatan) 116 orang - Perawat ahli (Ners) 65 orang
12. Jaminan pelayanan	- Pelayanan di berikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, cepat tepat, nyaman, mudah, transparan, dan akuntabel, - Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan, standar mutu, dan instruksi kerja
13. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	- Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata-mata hanya untuk kepentingan pelayanan. - Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/ mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien
14. Evaluasi kinerja pelaksanaan	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi disampaikan kepada bidang pelayanan secara berkala setiap bulan, triwulan dan setiap tahun, maupun apabila di perlukan sewaktu-waktu;

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI ICU

1	DASAR HUKUM	1. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran 2. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 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 no 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumahsakit. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan program JKN. 6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 7. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : 1778/ Menkes/ SK/ XII/2010 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Intensif Care Unit. 8. Peraturan Bupati Nomor 10 Tahun 2023 tentang Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah; 9. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa Nomor 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik Pada Rumah Sakit umum Daerah Sumbawa;
2	Persyaratan	a. Pasien dari IGD/ruang perawatan /kamar operasi b. Pasien dengan indikasi masuk ICU sesuai dengan kriteria yang ditentukan.
3	Sistem mekanisme prosedur	1. Dokter penanggung jawab pasien yang berasal dari IGD/IBS/rawat inap berkonsultasi dengan dokter anestesi untuk meminta pertimbangan pasien yang membutuhkan perawatan ICU. 2. Dokter Anestesi memberikan persetujuan masuk atau tidaknya pasien ke ICU berdasarkan penilaian keseluruhan aspek prioritas pasien. Aspek Prioritas pasien meliputi: a. Prioritas 1 Pasien sakit kritis, tidak stabil yang memerlukan terapi intensif dan tertitrasi , seperti dukungan bantuan ventilasi dan alat bantu suportif organ / sistem yang lain, infus obat2an vasoaktif berkesinambungan. Obat anti aritmia

		kontinyu , pengobatan kontoinyu ktitrasi misalnya pasca bedah kardio ortostatik, pasien sepsis berat, gangguan keseimbangan basa dan elektrolit yang mengancam nyawa. Therapi pada pasien prioritas 1 (satu) umumnya tidak terbatas b. Prioritas 2 Pasien ini memerlukan pelayanan pamantauan canggh ICU, sebab sangat beresiko bila tidak mendapatkan terapi intensif segera, misalnya pemantauan intensif menggunakan pulmonary arterial chateter. Contoh pada pasien seperti ini antara lain mereka yang menderita penyakit dasar jantung paru , gagal ginjal akut dan berat atau yang telah mengalami pembedahan mayor, terapi pada pasien prioritas 2 tidak mempunyai batas m karena kondisi mediknya senantiasa berubah c. Prioritas 3 Pasien golongan ini adalah pasien sakit kritis, yang tidak stabil status kesehatan sebelumnya, penyakit yang mendasari nya atau penyakit akutnya secara sendirian atau kombinasi. Kemungkinan sembuh dan atau manfaat terapi ICU pada golongan ini sangat kecil. Contoh pasien ini antara lain dengan keganasan metastatik disertai penyulit infeksi, pericardial temponade, sumbatan jalan nafas, atau pasien penyakit jantung, penyakit paru terminal disertai komplikasi penyakit akut berat. Pengelola pada pasien golongan ini hanya untuk mengatasi kegawatan akutnya saja, dan usaha terapi mungkin tidak sampai melakukan intubasi atau resusitasi jantung paru 3. Pasien Rawat ICU bisa di pindahkan ke Bangsal Setelah pasien memenuhi syarat untuk perawatan di bangsal yaitu a. Bila pasien tidak lagi memerlukan terapi secara intensif/gagal terapi secara intensif dan berprognosa jelek. b. Bila kemungkinan mendadak memerlukan tindakan intensif tidak ada. c. Pasien kronis yang tidak ada manfaatnya diterapi secara intensif.
--	--	---

		d. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi. Pasien Rujuk ke RS yang lebih tinggi dengan pertimbangan akan mendapatkan terapi lebih lanjut dan terapi serta alat yang lebih tinggi tingkat kemampuannya.
4	Jangka waktu pelayanan	Sesuai kasus atau kondisi Pelayanan oleh Dokter dilaksanakan pada pukul 06.00 – 14.00
5	Biaya / tarif	1. Pasien Umum berdasarkan Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Restribusi Daerah 2. Pasien JKN diklaimkan ke BPJS dengan paket tarif INACBGs berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (JKN) 3. Inhealth dan Asuransi lainnya di klaimkan sesuai Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Restribusi Daerah 4. Kerjasama/MOU Pihak Ke 3 sesuai Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Restribusi Daerah
6	Produk pelayanan	1. Pelayanan Rawat Inap
7	Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	A. Peralatan 1. Tempat Tidur Elektrik 2. Bedside Monitor 3. Syringe Pump 4. Infus Pump 5. Ventilator 6. Defibrilator atau DC Shock 7. CPAP 8. Suction 9. HFNC (High Flow Nasal Cannula) 10. Blood Warmer 11. Nebulizer 12. EKG 13. Oksimetri Mobile 14. Alat Baca Rongten 15. Laringoscope 16. Tensi Android 17. Stetoscope Bayi 18. Stetoscope Dewasa

		19. Lampu Tindakan 20. Tiang Infus 21. Ambubag Dewasa 22. Ambubag Anak 23. Troli Emergenci 24. Lemari Obat 25. Meja Pasien 26. Sentral monitor 27. Reflek Hammer 28. Tromol Kassa B. Ruangan WC, Ruangan Spoelhook, Gudang, Ruangan Pantry, Ruangan Linen,, Ruangan Ganti Perawat, Ruangan Kepala Ruangan, ruang tunggu penunggu
8	Kompetensi pelaksana	1. Dokter Spesialis Spesialis Anesthesi & Terapi Intensif 2. Dokter Spesialis 4 Dasar 3. Dokter Spesialis Pelayanan Penunjang (jantung,paru, mata,orthopedi,THT-KL, rehabilitasi medik, 4. Kepala Ruangan minila S1 keperawatan 5. Perawat – Minimal DIII Keperawatan
9	Pengawasan internal	Dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) RSUD Sumbawa
10	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Pengaduan dan penangananya dapat dilakukan melalui: 1. Melalui Kotak Saran 2. Hotline Pengaduan 08113803232 3. Melalui komunikasi secara elektronik Email: yankesrsudsumbawa@gmail.com
11	Jumlah pelaksana	1. Dokter Spesialis Spesialis Anesthesi & Terapi Intensif 2 orang 2. Kepala Ruangan 1 orang 3. Perawat – Minimal DIII Keperawatan 17orang 4. DPJP sesuai kompetensi 18 orang
12	Jaminan pelayanan	1. Adanya SPM 2. Adanya SPO 3. Sarana prasarana pendukung 4. Kepastian persyaratan 5. Kepastian biaya 6. SDM Yang Kompeten Di Bidangnya
13	Jaminan keamanan dan keselamatan	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan. 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/

	pelayanan	mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien.
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi kinerja pelayanan dilakukan melalui Evaluasi Standar Pelayanan Minimal RS dengan indikator : 1. Rata-rata pasien yg kembali ke perawatan intensif dengan kasus yg sama < 72 jam 2. Pemberi pelayanan unit intensif : a. Dr. Sp.An & Dr. Sp sesuai dg kasus b. Perawat D3 dg sertifikat perawat mahir ICU/setara D4

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI BEDAH SENTRAL (IBS)

1.	Dasar Hukum	1. Indang - undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik ; 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ; 3. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien ; 4. Permenkes No 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes ; 5. Permenkes RI no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan Program jaminan kesehatan Nasional (JKN) 6. Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah: 7. Peraturan Bupati Sumbawa No 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola RSUD Sumbawa ; 8. Peraturan Bupati Sumbawa No 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD di Lingkungan Pemkab Sumbawa ; 9. Peraturan Bupati Sumbawa No 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD Kabupaten Sumbawa ;
2.	Persyaratan	1. Syarat administrasi Pasien sudah di daftarkan ke IBS dengan sistem online pendaftaran sehari sebelum hari pelaksanaan operasi (pasien elektive) 2. Syarat Klinis Memenuhi syarat klinis untuk dilakukan tindakan pembedahan oleh dokter bedah, Dokter anesteasi dan dokter lain yang terkait tindhkana tersebut.
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	Pendaftaran ↓ penjadwalan ↓ Pengiriman pasien ke IBS ↓ Persiapan Operasi ↓ Pelaksanaan operasi ↓

		Pemulihan pasca operasi ↓ Kembali ke ruangan/ruang intensive/rawat jalan
4.	Jangka Waktu dan Pelayanan	1. Operasi elektif Hari: Senin - Sabtu Pukul: 07.00 sd 14.00 WITAA 2. Operasi Cito 24 Jam
5.	Biaya / tarif	a. Pasien Umum, pasien BPJS Ketenagakerjaan, pasien Jasa Raharja, pasien asuransi dan kerjasama lainnya berdasarkan Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah. b. Pasien BPJS Kesehatan berdasarkan Permenkes no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan (JKN)
6.	Produk Pelayanan	Pelayanan Bedah dan Operasi

7.	Sarana prasarana, dan/ atau fasilitas	1. 4 Kamar tindakan lengkap dengan alat anestesi dan pembedahan 2. Ruang recovery lengkap dengan alat monitoring pasca operasi 3. Ruang persiapan lengkap dengan monitoring preoperatif
8.	Kompetensi pelaksana	1. Dokter Spesialis dengan kompetensi sesuai kasus 2. Perawat Pelaksana Bedah minimal Pendidikan D3 dengan pelatihan bedah 3. Penata Anestesi minimal pendidikan D3 4. Perawat Anestesi minimal Pendidikan D3 dengan pelatihan anestesi 5. Tenaga Administrasi minimal D3
9.	Pengawasan Internal	1. Pengawasan yang dilakukan langsung oleh Kepala Instalasi. 2. Pengawasan oleh Bidang Pelayanan Medis. 3. Pengawasan oleh Satuan Pemeriksa Internal Rumah Sakit.
10.	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	1. Konsultasi langsung kepada Kepala Instalasi
11.	Jumlah Pelaksana	Dokter Spesialis Bedah Umum 2 Orang Dokter Spesialis Obsgyn 2 Orang

		Dokter Spesialis Bedah ulang – Orthopedi 1 Orang Dokter Spesialis THT 1 Orang Dokter Spesialis Mata 1 Orang Dokter Spesialis Anestesi 2 Orang Dokter Spesialis Kulit 1 Orang 3 Perawat / Kamar Operasi Penata Anestesi/Perawat Anestesi 1 / Kamar Operasi Administrasi 1 Orang / 4 Kamar Operasi
12.	Jaminan Pelayanan	Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan dan akuntabel
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data-dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/ mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien
14.	Evaluasi kinerja pelaksanaan	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi disampaikan kepada bidang pelayanan secara berkala setiap bulan, triwulan dan setiap tahun, maupun apabila di perlukan sewaktu-waktu;

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN IGD

1	DASAR HUKUM	1. Undang – Undang Nomor 29 tahun 2004 Tentang Praktek Kedokteran 2. Undang – Undang Nomor 29 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik; 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 no 47 tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perumahsakitan. 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2018 tentang Pelayanan Kegawat daruratan. 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan program JKN. 7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 8. Peraturan Bupati Nomor 10 Tahun 2023 tentang Tentang Pajak Daerah Dan Retribusi Daerah; 9. Surat Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa Nomor 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik Pada Rumah Sakit umum Daerah Sumbawa;
2	Persyaratan	Tergantung status pembiayaan pasien: 1. Pasien Umum tidak ada persyaratan dokumen cukup menunjukkan Kartu Identitas Diri (KK/KTP) 2. Pasien JKN : a. Identitas diri KK/KTP b. Surat Rujukan dari FKTP kecuali Kasus Emergency. 3. Inhealth dan Asuransi lain : a. Identitas diri KK/KTP b. Kartu peserta Inhealth/Asuransi Lain c. Surat Rujukan dari FKTP kecuali Kasus Emergency. 4. Pasien Dengan Pembiayaan Dana Talangan Pemerintah Daerah Kabupaten Sumbawa: a. Identitas diri (KK/KTP) b. Surat Rekomendasi Dinas Sosial Kab Sumbawa. c. Rujukan dari Puskesmas untuk kasus Non Emergency. 5. Pasien MOU dengan Pihak ke 3 a. Identitas diri KK/KTP b. Pengantar dari perusahaan yang di tanda tangani pihak yang berwenang. 6. Informasi Rujukan dari FKTP melalui aplikasi SISROUTE

3	Sistem mekanisme prosedur	1. Pasien masuk melalui: a. Rujukan dari FKTP melalui SISROUTE (Sistem Rujukan Terintegrasi) / nomor Whatsapp IGD RSUD Sumbawa. b. Langsung datang ke IGD c. Melalui Instalasi Rawat Jalan bila kasus gawat darurat 2. Pasien datang, keluarga langsung melakukan pendaftaran, bisa diwakilkan petugas IGD/Security bila tidak ada keluarga. 3. Pasien dilakukan skrining yang bisa dilakukan dari Luar melalui Sisroute dan nomor Whatsapp IGD RSUD Sumbawa. Saat skrining diputuskan pasien masuk ruang tertentu. a. Pasien masuk ke ruang Khusus untuk kasus dengan Kejiwaan b. Pasien masuk ke ruang Pinere untuk Kasus TB paru, Avian Influenza, Difteri dan penyakit lainnya dengan transmisi droplet dan airborne contoh Covid 19 c. Pasien masuk ke ruangan Triase IGD untuk kasus Infeksi ,Non Infeksi dan Bedah d. Pasien masuk ke ruangan VK IGD untuk kasus Maternal & Neonatal 4. Alur Pelayanan Pasien yang datang ke IGD akan dilakukan Triase terlebih dahulu. Triase adalah sistem seleksi dan pemilahan untuk menentukan tingkat kegawatan dan prioritas penanganan pasien yang datang di IGD, yang bertujuan untuk memilah dan menilai pasien agar mendapatkan pertolongan medik secara cepat dan tepat sesuai dengan prioritas kategori kegawatdaruratannya. Tenaga medis dan paramedis IGD RSUD Sumbawa harus memahami dan dapat membedakan kondisi pasien yang datang di IGD sebagai berikut : a. Gawat darurat ; yaitu pasien yang tiba-tiba berada dalam keadaan gawat atau akan menjadi gawat dan terancam nyawanya atau anggota badan lainnya akan menjadi cacat bila tidak mendapat pertolongan secepatnya. b. Gawat tidak darurat ; yaitu pasien akibat musibah yang datang dalam keadaan gawat tetapi tidak memerlukan tindakan darurat. c. Darurat tidak gawat ; yaitu pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba, tetapi tidak mengancam nyawa dan anggota badannya d. Tidak gawat tidak darurat ; yaitu pasien yang tidak memerlukan tindakan kedaruratan Setelah dilakukan identifikasi tenaga medis atau paramedis melakukan klasifikasi dan memberi label atau kode warna triase pada pasien sesuai tingkat kegawatdaruratannya: a. Segera - <i>Immediate</i> (I) - MERAH. Pasien mengalami cedera mengancam jiwa yang kemungkinan besar dapat hidup bila ditolong segera. Misalnya Tension Pneumothoraks, distress
---	---------------------------	---

	pernapasan, perdarahn internal vena besar, syok, trauma kepala. b. Tunda - <i>Delayed</i> (II) - KUNING. Pasien memerlukan tindakan defintif dan pengawasan ketat tetapi tidak ada ancaman jiwa segera. Misalnya : Perdarahan laserasi terkontrol, fraktur tertutup pada ekstremitas dengan perdarahan terkontrol, luka bakar <25% luas permukaan tubuh. c. Minimal (III)-HIJAU. Pasien mendapat cedera minimal, dapat berjalan dan menolong diri sendiri atau mencari pertolongan. Misalnya : Laserasi minor, memar dan lecet, luka bakar superfisial. d. <i>Expextant</i> (0)-HITAM. Pasien mengalami cedera mematikan dan akan meninggal meski mendapat pertolongan. Misalnya : Luka bakar derajat 3 hampir diseluruh tubuh, kerusakan organ vital. Pasien mendapatkan prioritas pelayanan dengan urutan warna : merah, kuning, hijau, hitam. Setelah dilakukan dan klasifikasi pasien maka diberikan pelayanan dengan ketentuan : a. Penderita/korban kategori triase merah dapat langsung diberikan pengobatan diruang tindakan IGD. Tetapi bila memerlukan tindakan medis lebih lanjut, penderita/korban dapat dipindahkan ke ruang operasi atau dirujuk ke rumah sakit lain. b. Penderita/korban dengan kategori triase kuning yang memerlukan tindakan medis lebih lanjut dapat dipindahkan ke ruang observasi dan menunggu giliran setelah pasien dengan kategori triase merah selesai ditangani. c. Penderita/korban dengan kategori triase hijau dapat dipindahkan ke rawat jalan, atau bila sudah memungkinkan untuk dipulangkan, maka penderita/korban dapat diperbolehkan untuk pulang. d. Penderita/korban kategori triase hitam dapat langsung dipindahkan ke kamar jenazah setelah dipastikan penderita/korban sudah meninggal. e. Respon time penanganan pasien: 1) Kategori Merah : ≤ 5 menit 2) Katergori Kuning : ≤ 15 menit 3) Kategori Hijau : ≤ 60 Menit 4) Kategori Hitam : dibawa ke ruang jenazah dalam waktu max 120 menit. 5. Petugas melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, tindakan medik dan pemberian obat tergantung kasus yang dihadapi. 6. Setelah mendapat pelayanan yang cukup, ada beberapa kemungkinan dari setiap pasien: a. Pasien boleh langsung pulang b. Pasien dirujuk/dikirim ke rumah sakit lain
--	--

		c. Pasien harus dirawat 7. Selama proses perawatan berlangsung di IGD petugas pendaftaran melakukan identifikasi identitas baik secara langsung terhadap pasien yg sadar atau melalui keluarga pasien untuk yang tidak sadarkan diri. 8. Bila pasien dinyatakan boleh pulang maka pasien dapat langsung mengambil obat di Depo Farmasi. 9. Bila pasien dinyatakan rawat inap maka keluarga pasien langsung menuju ruang Admisi untuk mencari kamar rawat inap. 10. Bila pasien dinyatakan rujuk ke RS tingkat lanjut maka keluarga pasien dan petugas IGD langsung berkoordinasi dengan Petugas Pendamping Rujukan melalui Sisrute atau nomor whatsapp nomor rumah sakit tujuan
4	Jangka waktu pelayanan	Waktu tunggu (respon time) di tangani dokter maksimal 5 menit
5	Biaya / tarif	1. Pasien Umum berdasarkan Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Restribusi Daerah 2. Pasien JKN diklaimkan ke BPJS dengan paket tarif INACBGs berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (JKN) 3. Inhealth dan Asuransi lainnya di klaimkan sesuai Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Restribusi Daerah 4. Kerjasama/MOU Pihak Ke 3 sesuai Peraturan Daerah No 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Restribusi Daerah
6	Produk pelayanan	1. Rawat Inap Anak, Bedah, Dalam,Kebidanan, Jiwa, Isolasi dan Jiwa 2. ICU/ICCU/NICU 3. Tindakan Kamar Operasi Cito
7	Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	a. Fasilitas dan Sarana IGD RSUD Sumbawa berlokasi di lantai I gedung utama yang terdiri dari ruangan Triase, P1/ruang merah/ruang resusitasi , P2/ruang kuning , P3/ruang hijau, ruang PONEK, ruang jaga dokter dan perawat, depo Farmasi, ruang tunggu. Ruangan triage terdiri dari 3 (tiga) tempat tidur, ruang resusitasi/P1 terdiri dari 4 (empat) tempat tidur, ruang kuning/ P2 terdiri dari 8 (delapan) tempat tidur, ruang hijau terdiri dari 6 (enam) tempat tidur, serta 3 (tiga) tempat tidur untuk PONEK.. b. Alat-alat Peralatan yang tersedia di IGD mengacu kepada buku pedoman pelayanan Gawat Darurat Departemen Kesehatan RI untuk penunjang kegiatan pelayanan terhadap pasien Gawat darurat. Alat yang harus tersedia adalah bersifat life saving untuk kasus kegawatan jantung seperti monitor dan defibrilator c. Sarana komunikasi (telepon)

8	Kompetensi pelaksana	1. Dokter Spesialis dan konsultan dengan kompetensi sesuai kasus 2. Dokter umum tersertifikasi ATLS dan atau ACLS serta Triage 3. Perawat minimal terampil tersertifikasi BTCLS dan atau ACLS serta triage 4. Bidan minimal terampil dengan pelatihan APN/ PONEK
9	Pengawasan internal	Dilakukan oleh Satuan Pengawas Internal (SPI) RSUD Sumbawa
10	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Pengaduan dan penanganannya dapat dilakukan melalui: 1. Melalui Kotak Saran 2. Hotline Pengaduan 08113803232 3. Melalui komunikasi secara elektronik Email: yankesrsudsumbawa@gmail.com
11	Jumlah pelaksana	Jumlah pelaksana per shift terdiri dari : 1 atau 2 orang dokter umum, 6 orang perawat, 3 orang bidan 1 orang perekam medis, 1 orang tenaga Farmasi, 1 orang tenaga administrasi, 1 orang petugas kebersihan 1 orang satuan pengaman Seluruh Dokter spesialis tergantung kasus secara On Call (Piket)
12	Jaminan pelayanan	Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan dan akuntabel
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan. 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/ mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien.
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Evaluasi kinerja pelaksana dilakukan melalui pengukuran penerapan Standar Pelayanan Minimal (SPM) sekurang-kurangnya 1 kali setahun. Indikator Evaluasi: 1. Kemampuan menangani life saving di Gawat Darurat 100% 2. Jam buka pelayanan gawat darurat 24 jam 3. Pemberi pelayanan Kegawatdaruratan bersertifikat yang masih berlaku (ATLS, ACLS, BTLS, PPGD) 100% 4. Waktu tanggap pelayanan dokter gawat darurat ≤ 5 menit 100% 5. Kepuasan pelanggan pada Pelayanan gawat darurat 70% 6. Kematian pasien ≤ 24 jam di gawat darurat 2% 7. Tidak adanya pasien yang diharuskan membayar uang muka 100%

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI FARMASI

No	Komponen	Uraian
1.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 2. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 3. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Di Rumah Sakit 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Noor 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 7. Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa Nomor 10 Tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 8. Keputusan Direktur RSUD Sumbawa Nomor. 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik RSUD Sumbawa
2.	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Farmasi rawat jalan 2. Pelayanan Farmasi rawat Inap 3. Pengadaan Sediaan Farmasi
3.	Persyaratan	1. Terdaftar di poli rawat jalan, IGD maupun rawat inap 2. Resep fisik/resep elektronik 3. Surat kontrol pasien
4.	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	1. Pelayanan farmasi rawat jalan a. Pasien rawat jalan yang berasal dari poli klinik membawa resep/tracer ke apotek Rumah Sakit b. Apoteker melakukan verifikasi dan skrining resep (Administrasi, Farmasetis dan Klinis) c. Tenaga vokasi farmasi menyiapkan obat pasien d. Apoteker melakukan penyerahan obat disertai dengan pemberian informasi obat/konseling obat 2. Pelayanan farmasi rawat Inap a. Pasien masuk dari Poli /IGD b. Dokter melakukan pemeriksaan dan menginput obat dan BMHP pada SIMRS c. Petugas farmasi melakukan verifikasi dan skrining resep (Administrasi, Farmasetis dan Klinis) d. Apoteker dan tenaga vokasi farmasi menyiapkan obat pasien rawat inap e. Apoteker visitasi dan menyerahkan obat pasien ke ruangan rawat inap disertai dengan pemberian informasi obat

		3. Pengadaan sediaan farmasi (obat dan BMHP) - Apoteker membuat rencana kebutuhan obat bulanan berdasarkan pemakaian periode sebelumnya - Kepala instalasi farmasi mengajukan usulan kepada Pejabat Pelaksana Teknis Kegiatan dan Direktur RS - Kepala instalasi farmasi membuat surat pesanan obat dan bmhp - Petugas gudang farmasi menerima obat dari distributor - Petugas gudang menghitung dan mencocokkan obat/bhp yang diterima dengan faktur dari distributor - Petugas gudang farmasi mendistribusikan obat/bhp ke depo farmasi dan ruang pelayanan
5.	Jangka Waktu Pelayanan	- Pelayanan Farmasi terbagi dalam 3 waktu, yaitu - Pagi Jam : 07.15 – 14.00 WITA - Siang Jam : 14.00 – 20.00 WITA - Malam Jam : 20.00 – 08.00 WITA - Lama Pelayanan - Obat Non racikan < 30 menit - Obat racikan < 60 menit
6.	Biaya / Tarif	Sesuai Perda Nomor 10 tahun 2023 Tentang Retribusi dan Tarif
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Sesuai alur penanganan pelayanan unit pengaduan RSUD Sumbawa
8.	Sarana Prasarana dan/atau fasilitas	Sarana & Prasarana : - Ruang Gudang Logistik Farmasi - Ruang Apotek Central - Ruang Depo Farmasi (IGD, IBS, RS Sering) - Ruang Pencampuran obat TPN - Meja Kerja - Troli distribusi obat dan bhp - Rak obat dan bhp - Refrigerator - Timbangan obat - Blender - Mortir dan stamper - Kursi Kerja - Rak arsip - Ac - Komputer+ printer - Kartu stok - Pengukur suhu dan kelembaban ruangan - Palet
9.	Kompetensi Pelaksana	- Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan rumah sakit - Memahami peraturan yang berlaku terkait Pelayanan Publik - Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerjasama yang baik - Memilik STR yang masih berlaku - Memilik Surat Izin Praktik Pelatihan yang harus diikuti adalah : - Manajemen pengadaan sediaan farmasi

		b. Aseptic Dispensing c. Handling cytotoxic
10.	Pengawas Internal	1. Bidang Penunjang 2. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit 3. Sub Bidang Perencanaan dan Keuangan
11.	Jumlah Pelaksana	Apoteker berjumlah 16 orang, Tenaga vokasi farmasi 11 orang dan Administrasi 8 orang.
12.	Jaminan Pelayanan	1. Semua petugas tenaga kesehatan Apoteker dan Tenaga Vokasi Farmasi Memiliki STR dan SIP/SIK yang Aktif 2. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien 3. Ketaatan pada jam pelayanan
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. SOP pada pelayanan Farmasi 2. Pengawasan proses penerimaan obat dan bhp 3. Penggunaan APD 4. Setiap obat yang diserahkan ke pasien diberi etiket untuk memudahkan pasien saat minum obat 5. Penyimpanan obat dan bhp sesuai standar 6. Ketersediaan Sarana dan Prasarana 7. Ketaatan pada jam pelayanan 8. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat koordinasi intern setiap tiga bulan 2. Laporan bulanan, Triwulan dan Tahunan Kegiatan instalasi Farmasi

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI GIZI

1	Dasar hukum	1. Undang-undang RI Nomor 7 tahun 1996 tentang Kualitas yang dikonsumsi harus memenuhi beberapa kriteria, diantaranya aman, bergizi, bermutu, dan terjangkau oleh daya beli masyarakat 2. Undang-undang RI tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 4. Undang-Undang RI Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 5. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 6. Peraturan Pemerintah Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien 7. Peraturan menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 78 tahun 2013 Tentang Pedoman pelayanan Gizi rumah sakit 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1096/MENKES/PER/VI/2011/ Tentang Higiene sanitasi jasa Boga 9. Pedoman Kemenkes RI Tahun 2012 tentang penyusunan standar Pelayanan Minimal di Rumah Sakit 10. Permenpan RB Nomor 36 Tahun 2012 tentang Petunjuk Teknis Penyusunan, Penetapan dan Penerapan Standar Pelayanan 11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 120/Menkes/SK/III/2007 tanggal 27 Maret 2007 tentang standar Profesi Gizi 12. PMK Nomor 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan 13. Keputusan Direktur RSUD Sumbawa Nomor. 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik RSUD Sumbawa
2	Produk Pelayanan	1. Pelayanan Gizi rawat jalan 2. Pelayanan Gizi rawat Inap 3. Pelayanan Penyelenggaraan makanan
3	Persyaratan	1. Pelayanan Gizi Rawat jalan : Konsultasi gizi pasien dari Poli Gizi klinik Rumah Sakit maupun rujukan internal poli. 2. Pelayanan Gizi Rawat Inap : hasil Skrining Awal 3. Pelayanan Penyelenggaraan makanan : Bon Permintaan Makan Rawat Inap
4	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Pelayanan Gizi rawat jalan a. Pasien rawat jalan yang berasal dari poli klinik b. Pasien dengan kondisi khusus atau

		malnutrisi di kirim ke Poli Gizi Klinik untuk konsultasi gizi c. Dokter Spesialis Gizi Klinik melakukan Konseling Diet dan memberikan Terapi Diet 2. Pelayanan Gizi rawat Inap a. Pasien masuk dari Poli /IGD b. Perawat melakukan skrining gizi awal c. Jika hasil skrining gizi beresiko malnutrisi maka dilanjutkan dengan skrining gizi lanjutan oleh Nutrisionis, kemudian dilakukan proses asuhan gizi ; 1) Pengkajian gizi 2) Diagnosis gizi 3) Intervensi gizi 4) Monitoring dan evaluasi gizi 3. Pelayanan Penyelenggaraan makanan a. Membuat perencanaan menu makanan b. Melakukan pengadaan bahan makanan c. Menerima & menyimpan bahan makanan d. Menyiapkan dan mengolah makanan e. Melakukan pemorsian makanan f. Mendistribusikan makanan diruang perawatan
5	Jangka waktu pelayanan	1. Pelayanan Gizi rawat jalan : ≤ 30 Menit 2. Pelayanan Gizi rawat Inap : 30 – 60 Menit 3. Pelayanan penyelenggaraan makanan terbagi dalam 3 waktu penyajian makanan utama dan 2 kali penyajian Snack.yaitu a. Makanan Pagi Jam : 07.00 – 08.00 WITA b. Snack Pagi Jam : 09.30 – 10.00 WITA c. Makan Siang Jam : 12.00 – 13.00 WITA d. Snack Sore Jam : 15.30 – 16.00 WITA e. Makan Malam Jam : 17.00 – 18.00 WITA
6	Biaya/Tarif	1. Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Retribusi dan Tarif. 2. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan
7	Sarana dan prasarana,dan/ atau fasilitas	Sarana & Prasarana : 1. Ruang Penerimaan bahan makanan 2. Ruang Penyimpanan bahan makanan basah 3. Ruang Penyimpanan bahan makanan kering 4. Ruang / Area Persiapan 5. Ruang pembagian/penyajian makanan 6. Ruang cuci Peralatan 7. Meja distribusi Makanan 8. Meja Distribusi 9. Rak Alat Makan

		10. Alat pemanas Air/ Water Boiler 11. Food Trolly 12. Timbangan makanan 13. Blender 14. Lemari Dingin 15. Freezer 16. Chiller 17. Meja 18. Kursi 19. Kursi Kerja 20. Rak 21. Ac 22. Komputer+ printer 23. Alat Ukur tinggi Badan dan Berat badan 24. Food Model
8	Kompetensi pelaksana	1. Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan rumah sakit 2. Memahami peraturan yang berlaku terkait Pelayanan Publik 3. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerjasama yang baik 4. Tenaga Nutrisionis Pelatihan yang harus diikuti adalah : a. NCP(Nutrition care Process) basic dan advance b. Food Service c. HACCP d. Hygiene dan sanitasi makanan e. Nutrition and dietetic update f. Tenaga Pengelolah kualifikasi pendidikan SMU sederajat g. Pengelolah makanan kualifikasi pendidikan SMK tata boga/Sederajat
9	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Gizi Klinik 1 orang 2. Nutrisionis berjumlah 12 orang 3. Pramumasak 6 orang 4. Pramusaji 6 Orang
10	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	Sesuai alur penanganan pelayanan unit pengaduan RSUD Sumbawa
11	Pengawasan Internal	1. Bidang Penunjang 2. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit 3. Sub Bidang Perencanaan dan Keuangan Rumah Sakit
12	Jaminan pelayanan	1. Semua petugas tenaga kesehatan memiliki STR dan SIK yang Aktif 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan, standar mutu dan instruksi kerja 3. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien

		4. Ketaatan pada jam pelayanan 5. Ketersediaan pelayanan penunjang
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Kerja	1. SOP pada pelayanan gizi 2. Pengawasan proses penerimaan bahan makanan 3. Penggunaan APD 4. Setiap produk yang dihasilkan oleh instalasi gizi diberi label/etiket 5. Sebelum di distribusikan di ambil sampel makanan yang di simpan 2 x 24 jam. Untuk diperiksa dilaboratorium jika terjadinya insiden 6. Kerahasiaan penyakit pasien 7. Ketersediaan tenaga 8. Ketersedian Sarana dan Prasarana 9. Ketaatan pada jam pelayanan 10. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat koordinasi intern setiap tiga bulan 2. Laporan bulanan, Triwulan dan Tahunan Kegiatan instalasi Gizi

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI CSSD

No	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan - Undang-Undang Nomor 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja 2. PP Nomor 32 tentang Tenaga Kesehatan 3. Permenkes RI Nomor 1333/Menkes/SK/VII/1999 tentang 4. Standar Pelayanan Rumah Sakit 5. Keputusan Dirjen BUK Nomor HK.02.04/1/2970/11 tentang Akreditasi Rumah Sakit 6. Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Lainnya tahun 2008
2	Persyaratan Pelayanan	Petugas CSSD sehat jasmani dan rohani, kondisi ruangan yang nyaman, bersih, tertata rapi yang mengutamakan patient safety.
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	1. Perencanaan dan penerimaan barang (Linen/ Instrument/ alat/ BHP) 2. Proses pencucian dan setting 3. Pengemasan dan labeling (Linen/ Instrument/ alat/ BHP) 4. Melakukan proses sterilisasi alat dan bahan 5. Penyimpanan dan pendistribusian alat dan bahan 6. Steril siap pakai yang dibutuhkan oleh ruang/unit khusus 7. Melakukan pengawasan terhadap kualitas 8. Sterilisasi dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi bersama dengan Komite PPI
4	Jangka Waktu Penyelesaian	- Proses pencucian dan setting tergantung dari jenis alat/ bahan - Pengemasan dan labeling < 30 menit - Sterilisasi < 2 jam (tergantung jenis alat/ bahan) - Penyimpanan/ distribusi < 7 hari tergantung kebutuhan unit

5	Biaya Tarif	Mengacu kepada Peraturan
6	Produk Pelayanan	Pelayanan sterilisasi untuk pemenuhan kebutuhan paket peralatan dan barang steril untuk instalasi/ unit rumah sakit
7	Sarana, Prasarana dan/ Fasilitas	1. Ruang Kerja CSSD 2. Peralatan CSSD
8	Kompetensi Pelaksana	Seluruh pelaksana menguasai standar oprasional prosedur dan memiliki kemampuan kerjasama dalam tim
9	Pengawas Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung secara berjenjang 2. Dilaksanakan secara kontinyu
10	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	Keluhan atau komplain disampaikan melalui sarana yang disediakan oleh RSUD Sumbawa 1. Telephone : 2. SMS Center : 3. Petugas informasi dan pengaduan 4. Aduan langsung melalui kotak saran
11	Jumlah Pelaksana	6 orang
12	Jaminan Pelayanan	1. Melaksanakan layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan 2. Petugas penyelenggara layanan memiliki kompetensi yang memadai dan santun
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggung jawabkan
14	Evaluasi Kinerja	Evaluasi kinerja pelayanan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap 1 bulan sekali

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN INSTALASI LAUNDRY

No	Komponen	Uraian
1	Dasar Hukum	1. Undang – Undang No. 44 Pasal 40 tahun 2009 tentang Akreditasi RS 2. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 27 tahun 2017 tentang Pedoman dan Pencegahan Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 7 tahun 2019 tentang kesehatan lingkungan Rumah sakit
2	Persyaratan Pelayanan	1. Penanggung jawab laundry 2. Petugas laundry sehat jasmani dan rohani 3. Kondisi ruangan yang nyaman, bersih, tertata rapi yang mengutamakan patient safety.
3	Sistem Mekanisme dan Prosedur	1. Pengambilan linen kotor dari semua ruangan rawatan dan penunjang 2. Proses pemilahan linen kotor 3. Proses pencucian linen infeksius dengan menggunakan suhu 70 derajat selama 30 menit 4. Proses pengeringan dan penyetrikaan linen 5. Pendistribusian linen bersih ke ruang rawatan dan penunjang
4	Jangka Waktu Penyelesaian	1. Pencucian 45 menit s/d 60 menit 2. Pengeringan lebih kurang 60 menit 3. Penyetrikaan lebih kurang 5 jam
5	Biaya Tarif	Mengacu kepada Peraturan Bupati Nomor... tahun... (untuk umum)
6	Produk Pelayanan	Pengambilan dan pencucian linen kotor sampai pendistribusian linen bersih
7	Sarana, Prasarana dan/ Fasilitas	1. Pintu masuk linen kotor dan Bersih 2. Ruangan pemilahan dan penimbangan linen kotor 3. Area pencucian

		4. Area pengeringan 5. Ruangan penyetrakaan 6. Ruangan distribusi 7. Ruangan Karu dan administrasi 8. Toilet Petugas
8	Kompetensi Pelaksana	1. Pelatihan manajemen linen dan laundry 2. Pelatihan pengendalian dan pencegahan infeksi
9	Pengawas Internal	1. Dilakukan oleh atasan langsung secara berjenjang 2. Dilaksanakan secara kontinyu
10	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	Keluhan atau complain disampaikan melalui sarana yang disediakan oleh RSUD Sumbawa antara lain melalui : 1. Telephone : 2. SMS Center : 3. Petugas informasi dan pengaduan 4. Aduan langsung melalui kotak saran
11	Jumlah Pelaksana	9 orang petugas
12	Jaminan Pelayanan	1. Melaksanakan layanan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan 2. Petugas penyelenggara layanan memiliki kompetensi yang memadai dan santun
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	Pelayanan diberikan secara cepat, tepat dengan hasil yang dapat dipertanggungjawabkan
14	Evaluasi Kinerja	Evaluasi kinerja pelayanan melalui pengukuran penerapan 14 komponen standar pelayanan yang dilakukan sekurang-kurangnya setiap 1 bulan sekali

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN AMBULANCE

No	Komponen	Uraian
1.	Persyaratan Pelayanan	1. Surat Rujukan FKTRL 2. Surat Transport Untuk Ambulance 3. Kartu BPJS (bagi peserta BPJS) 4. Surat Rujukan
2.	Sistem, Mekanisme dan Prosedur Pelayanan	Untuk Ambulance Rujukan 1. Dokter Jaga IGD/ Rawat Inap menyatakan pasien perlu dirujuk 2. Dokter Jaga IGD/Rawat Inap memberikan konseling pada keluarga pasien mengenai alasan pasien di rujuk. 3. Jika Keluarga pasien setuju Dokter Jaga IGD / Rawat Inap membuat surat rujukan 4. Petugas administrasi IGD/rawat inap membuat rincian biaya perawatan selama di IGD atau instalasi rawat inap, keluarga pasien melakukan pembayaran administrasi dan menerima kwitansi pembayaran dan surat rujukan 5. Petugas (perawat/Administrasi) IGD segera menghubungi supir Ambulance 6. Petugas IGD / Rawat Inap mengantar pasien sampai ke Ambulance dan menyerahkan mandat selanjutnya ke Perawat/Dokter pendamping pasien. 7. Pasien yang kondisinya gawat harus didampingi oleh Perawat/Dokter IGD/rawat inap 8. Setelah selesai mengantarkan dan kembali ke RS sopir ambulance menulis laporan kegiatan pada buku kegiatan ambulance Untuk Pelayanan Ambulance Jenazah 1. Petugas kamar jenazah menanyakan kepada keluarga pasien apakah ingin menggunakan ambulance jenazah Rumah Sakit atau tidak

		2. Jika “iya” petugas jenazah mengkonfirmasi bagian kasir untuk estimasi biaya pengantaran jenazah 3. Keluarga diedukasi tentang estimasi biaya yang diberikan oleh kasir 4. Jika setuju, petugas kamar jenazah menghubungi sopir ambulans jenazah
3.	Jangka Waktu Pelayanan	Kurang lebih 2 jam
4.	Biaya / Tarif	1. Berdasarkan perda no 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah 2. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan(JKN)
5.	Produk Pelayanan	1. Ambulance Rujukan 2. Ambulance Jenazah
6.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Sesuai alur penanganan pelayanan unit pengaduan RSUD Sumbawa
7.	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran 2. Undang-Undang RI Nomor 22 Tahun 2009 (Pasal 135 dan 59) Tentang Lalu Lintas Dan Angkutan Jalan 3. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ; 4. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien ; 5. Permenkes No 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes ; 6. Permenkes RI no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan Program jaminan kesehatan Nasional (JKN) 7. Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah: 8. Peraturan Bupati Sumbawa No 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola RSUD Sumbawa ;9 9. Peraturan Bupati Sumbawa No 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD di Lingkungan Pemkab Sumbawa ; 10. Peraturan Bupati Sumbawa No 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD Kabupaten Sumbawa

8.	Sarana Prasarana dan/atau fasilitas	3 unit ambulance rujukan dan 1 unit ambulan jenazah
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan rumah sakit 2. Memahami peraturan yang berlaku terkait Pelayanan Publik 3. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan santun, kestabilan emosi, disiplin dan kerjasama
10.	Pengawas Internal	1. Bidang Pelayanan 2. Bidang Penunjang 3. Bidang Keperawatan 4. Sub Bagian Umum dan Kepegawaian 5. Sub Bidang Perencanaan dan Keuangan 6. Tim Satuan Pengawas Internal
11.	Jumlah Pelaksana	4 sopir ambulance, 1 dokter, 4 perawat
12.	Jaminan Pelayanan	1. Keberadaan sopir, perawat dan dokter 2. ketersediaan ambulance
13.	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. SOP pelayanan ambulance 2. Keselamatan Pasien
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat koordinasi intern 2. Laporan bulanan kegiatan ambulance 3. Survei kepuasan pasien secara rutin dan berkelanjutan

STANDAR PELAYANAN BANK DARAH RUMAH SAKIT

No	Kegiatan	Persyaratan
1.	Dasar Hukum	1. Undang-undang No. 25 Tahun 2009 tentang pelayanan Publik 2. Undang-undang No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Undang-undang RI No. 44 tahun 2009 Tentang Rumah sakit 4. Peraturan menteri kesehatan RI No. 11 tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien 5. Peraturan Daerah Kabupaten Sumbawa No. 10 tahun 2023 tentang pajak dan retribusi daerah. 6. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan 7. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 83 tahun 2014 tentang Unit Transfusi Darah, Bank Darah Rumah Sakit, dan jejaring Pelayanan Transfusi Darah. 8. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 91 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah 9. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 7 tahun 2011 tentang Pelayanan Darah 10. Keputusan Direktur RSUD Sumbawa Nomor. 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik RSUD Sumbawa
2.	Produk Pelayanan	Pelayanan Transfusi Darah 24 jam
3.	Persyaratan	a. Lembar permintaan darah untuk transfusi b. Sampel darah pasien yang sudah terkonfirmasi golongan darah dari Laboratorium
4.	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	A. Instruksi permintaan darah a. Setiap permintaan darah harus disertai dengan formulir permintaan darah yang telah diisi lengkap dan ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan Pasien (DPJP) disertai sampel darah pasie b. Untuk permintaan darah persiapan harus dibuat maksimal tiga hari sebelum rencana pelaksanaan transfuse c. Untuk permintaan darurat harus dilengkapi dengan alasan permintaan darurat menggunakan formulir khusus yang ditentukan Rumah Sakit B. Pengisian formulir permintaan darah yang disediakan oleh Rumah Sakit Harus diisi dengan informasi: a. Identitas pasien terdiri dari : nama lengkap (minimal nama depan dan belakang), tanggal lahir, nomor rekam medis, jenis kelamin b. Ruang perawatan c. Tanggal permintaan dan tanggal rencana transfuse d. Diagnosis klinis

		e. Indikasi transfusi f. Jenis permintaan (elektif, rutin dan darurat) g. Kadar hemoglobin atau trombosit pasien h. Golongan darah pasien i. Riwayat transfusi sebelumnya j. Riwayat reaksi transfusi k. Jenis dan volume komponen darah yang diminta l. Nama dokter DPJP, dilengkapi tanda tangan DPJP atau dokter yang meminta m. Nama dan tanda tangan perawat yang mengambil sample darah. C. Pengambilan sampel darah pasien Sampel darah pasien untuk pemeriksaan pratreansfusi diambil langsung dari pembuluh darah pasien dan harus ditampung di dalam tabung tersendiri D. Penyerahan formulir permintaan darah ke BDRS Formulir permintaan darah diserahkan secara bersamaan dengan sampel darah pasien ke BDRS oleh petugas Rumah Sakit yang telah dilatih rantai dingin darah
5.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Waktu tunggu pelayanan permintaan darah pasien ≥ 60 menit 2. Instalasi Bank Darah dilaksanakan selama 24 jam dalam 3 shift yaitu; 1. Shif pagi jam 07.15 – 14.00 2. Shif siang jam 14.00 – 20.00 3. Shif malam jam 20.00 – 07.45
6.	Biaya dan Tarif	1. Peraturan Daerah No. 10 tahun 2023 tentang Retribusi dan Tarif 2. Peraturan menteri kesehatan No. 03 tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan
7.	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	Sesuai alur penanganan pelayanan unit pengadua RSUD Sumbawa
8.	Sarana dan Prasarana/ Fasilitas	Sarana dan Prasarana; 1. Blood Bank 2. Centrifuse 3. Incubator 4. Tube Sealer 5. Mikropipet 6. Gunting 7. Klem 8. Korentang 9. Hand Sealer 10. Meja kerja 11. Meja komputer 12. Kursi kerja 13. Kursi tunggu pasien

		14. Lemari arsip besi 15. Loker besi 16. Loker kayu 17. Komputer 18. Printer 19. Filling kabinet 20. Lemari steril
9.	Kompetensi Pelaksana	1. Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan Rumah Sakit 2. Memahami peraturan yang berlaku terkait pelayanan publik 3. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerja sama yang baik 4. Memiliki STR yang masih berlaku 5. Memiliki Surat Izin Praktik
10.	Pengawasan Internal	1. Bidang penunjang 2. Satuan pengawas Internal Rumah Sakit 3. Sub Bidang Perencanaan dan Keuangan Rumah Sakit
11.	Jumlah Pelaksana	2. Penanggung jawab atau staf medis 1 orang 3. Kepala instalasi BDRS 1 orang 4. Pelaksana Teknis 2 orang 5. Pelaksana Administrasi 3 orang
12.	Jaminan Pelayanan	1. Semua Petugas tenaga kesehatan (Teknisi Bank Darah) memiliki STR dan SIP yang Aktif. 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SOP pelayanan, standar mutu dan instruksi kerja 3. Pelayanan diberikan dengan mengutamakan upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien 4. Ketaatan pada jam pelayanan 5. Ketersediaan layanan penunjang
13.	Jaminan Keamanan dan keselamatan kerja	1. SOP pada pelayanan Bank Darah 2. Penggunaan APD 3. Ketersediaan Tenaga 4. Ketersediaan sarana dan prasarana
14.	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat koordinasi internal setiap 3 bulan 2. Laporan bulanan, Triwulan dan Tahunan kegiatan Instalasi Bank Darah.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PENGELOLAAN LIMBAH

1	Dasar hukum	1. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 7 Tahun 2019 tentang Persyaratan Lingkungan Rumah Sakit 5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit 6. Peraturan Bupati Sumbawa No. 94 Tahun 2020 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa. 7. Peraturan Bupati Sumbawa No. 37 Tahun 2014 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa 8. Peraturan Bupati Sumbawa No.. 05 Tahun 2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumbawa
2	Produk pelayanan	1. Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) sesuai baku mutu 2. Pengelolaan limbah pengelolaan limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) sesuai peraturan yang berlaku
3	Persyaratan	1. Pengolahan Limbah Cair Baku mutu adalah standar minimal limbah cair yang dianggap aman bagi kesehatan, yang merupakan ambang batas yang ditolerir dan diukur dengan parameter : a. BOD = 30 mg/l b. COD = 80 mg/l c. TSS = 30 mg/l d. Amoniak = 10 mg/l e. pH = 6 – 9 1. Pengelolaan Limbah Bahan Berbahaya dan Beracun (B3) Limbah padat B3 adalah limbah padat yang dihasilkan dari kegiatan pelayanan yang ada di rumah sakit. Limbah padat B3 yang dihasilkan RSUD Sumbawa terdiri dari : a. Limbah medis infeksius (kasa, perban, handscoon bekas, kateter dan limbah padat yang terkontaminasi cairan tubuh

		pasien) b. Limbah benda tajam (sisa jarum suntik, lancet, scalpel) c. Limbah botol kaca (ampul) d. Limbah patologi (sisa jaringan tubuh) e. Limbah farmasi (sisa obat farmasi) f. Limbah B3 non medis (oli bekas, lampu TL, lampu infra red)
4	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Pengelolaan Limbah Cair a. Semua limbah domestik dan infeksius cair dialirkan melalui pipa pembuangan yang masuk kedalam bak penampung/<i>septic tank</i> terlebih dahulu b. Kemudian dialirkan ke IPAL yang beroperasi 24 jam c. Petugas Instalasi Kesehatan Lingkungan (IKL) melakukan pengecekan harian terhadap: panel, mesin, <i>dosing pump</i> IPAL, pH, sisa klor <i>effluent</i> air limbah dan kelancaran saluran air limbah d. Petugas IKL melakukan klorinasi <i>effluent</i> air limbah yang akan dibuang ke badan air 2. Pengelolaan Limbah B3 a. Petugas Cleaning Service ruangan melapisi tempat sampah medis bagian dalam dengan kantong plastik sampah berwarna kuning. b. Sampah medis dibuang pada tempat yang sudah disediakan. c. Petugas Cleaning Services mengangkut sampah medis untuk dipindahkan ke ruang TPS limbah B3 setiap hari. d. Petugas IKL mencatat limbah masuk ke TPS limbah B3 oleh pihak ketiga pengangkut dan pemusnahan yang memiliki izin
5	Jangka waktu pelayanan	1. Pelayanan IKL setiap hari terbagi dalam 2 waktu, yaitu a. Pagi Jam : 07.15 – 14.00 WITA b. Siang Jam : 14.00 – 20.00 WITA 2. Pengangkutan limbah medis dari ruangan ke TPS limbah maksimal 1 x 24 Jam atau tempat sampah sudah terisi 2/3 penuh 3. Pengangkutan limbah medis dilakukan oleh pihak ke 3 (Transporter Limbah B3) untuk dimusnahkan 4. Limbah cair dimonitoring kualitas parameternya dengan pemeriksaan limbah cair yang dilakukan setiap 1 bulan sekali

6	Biaya/Tarif	1. Tarif pengangkutan limbah padat sesuai MOU 2. Tarif pemeriksaan parameter limbah cair sesuai dengan tarif yang ditentukan
8	Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	1. Sarana a. Tempat sampah b. Kantong plastik kuning c. Safety box d. APD e. Alat tulis f. Timbangan g. Botol sampel h. Label 2. Prasarana a. TPS Limbah b. Tempat Cuci Tangan c. APAR d. Eye Washer e. Smoke Detektor f. Kotak P3K d. Hand Sanitizer
9	Kompetensi pelaksana	1. Tenaga Sanitasi Lingkungan minimal DIII 2. Tenaga Sanitasi Lingkungan telah memiliki kompetensi Pengendalian Pencemaran Air 3. Tenaga Sanitasi Lingkungan telah mengikuti pelatihan terkait pengelolaan limbah
10	Pengawas internal	1. Bidang Penunjang 2. Satuan Pengawas Internal (SPI)
11	Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Pengaduan terkait kelambatan atau ketidaksesuaian pelayanan dapat disampaikan melalui: 1. Unit pengaduan RS 2. Kotak saran atau nomor <i>whatsApp/hotline</i> pengaduan RS 08113803232 3. Website https://rsud.sumbawakab.go.id/pengaduan-mandiri 4. Instagram @rsudsumbawa 5. Facebook rsudsumbawa
12	Jumlah pelaksana	1. Kepala IKL 1 orang 2. Tenaga Sanitasi Lingkungan 5 orang 3. Tenaga teknis operasional 2 orang

13	Jaminan pelayanan	1. Semua petugas Tenaga Sanitasi Lingkungan memiliki STR dan SIK yang aktif 2. IPAL dan TPS limbah B3 telah memiliki izin 3. Memiliki kerjasama dengan pihak pengangkutan dan pemusnahan limbah B3 yang berizin
14	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	1. Pengelolaan limbah mengikuti standar prosedur operasional yang berlaku 2. Pengawasan pengelolaan limbah yang terjadwal 3. Penggunaan APD yang tepat 4. Ketersedian sarana dan prasarana
15	Evaluasi kinerja pelaksana	1. Laporan evaluasi kinerja internal setiap bulan dan triwulan 2. Audit internal mutu dan audit K3RS secara berkala 3. Pelaporan ke instansi terkait setiap 3 bulan dan 6 bulan sekali 4. Pelaporan rutin melalui aplikasi Kementerian Kesehatan dan Kementerian Lingkungan Hidup sesuai jadwal

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN PEMELIHARAAN SARANA RUMAH SAKIT

1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang No. 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik. 2. Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. 3. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. 4. Peraturan Menteri Kesehatan No. 65 Tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Elektromedis. 5. Peraturan Bupati Sumbawa No. 94 Tahun 2020 Tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas Dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa. 6. Peraturan Bupati Sumbawa No. 37 Tahun 2014 Tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa 7. Peraturan Bupati Sumbawa No. 05 Tahun 2020 Tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumbawa 8. Keputusan Direktur RSUD Sumbawa Nomor. 41.1 Tahun 2025 tentang Standar Pelayanan Publik RSUD Sumbawa 9. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2015 Tentang Izin Dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis 10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Elektromedik 11. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor Hk.01.07/Menkes/314/2020 Tentang Standar Profesi Elektromedis
2	Produk Pelayanan	1. Perbaikan Corrective Sarana dan Prasarana 2. Pemeliharaan Preventive Sarana dan Prasarana
3	Persyaratan	1. Laporan kerusakan yang telah disetujui oleh Kepala Unit/Penanggung jawab. 2. Jadwal pemeliharaan (preventive) yang telah disetujui Kepala IPSRS. 3. Berita Acara Kerusakan Alat/Sarana (apabila terjadi kerusakan berat/darurat).
4	Sistem, Mekanisme, dan Prosedur Pelayanan	Penanganan laporan kerusakan (Corrective): 1. Unit kerja melaporkan kerusakan melalui formulir pelayanan IPSRS/Whatsapp Group IPSRS. 2. Petugas menerima, mencatat, dan memverifikasi tingkat urgensi pekerjaan (darurat/rutin). 3. Petugas mendatangi lokasi untuk melakukan analisis kerusakan dan tindakan perbaikan. 4. Petugas membuat permintaan pengadaan sparepart yang dibutuhkan 5. Petugas melakukan uji fungsi setelah perbaikan. 6. Unit kerja menandatangani bukti penyelesaian pekerjaan

		Pemeliharaan Berkala (Preventive) 1. Petugas menyiapkan alat, bahan, dan lembar kerja pemeliharaan. 2. Petugas melakukan kunjungan ke ruangan/unit sesuai dengan jadwal pemeliharaan. 3. Petugas memeriksa fisik dan membersihkan sarana prasarana. 4. Petugas melakukan uji fungsi sarana prasarana. 5. Petugas mencatat hasil pemeliharaan di lembar kerja pemeliharaan. 6. Petugas mencatat tanggal pemeliharaan di kartu pemeliharaan pada alat.
5	Jangka Waktu Pelayanan	1. Respon Time: ≤ 15 menit 2. Perbaikan (Corrective): Insidentil berdasarkan jenis kerusakan. 3. Pemeliharaan (Preventive): Rutin berdasarkan jadwal pemeliharaan yang telah ditetapkan Kepala Instalasi . 4. Jam Pelayanan: 24 jam
6	Biaya/Tarif	1. berdasarkan harga suku cadang dan biaya perbaikan 2. berdasarkan harga perbaikan dari pihak ke-3
7	Penanganan Pengaduan, Saran, dan Masukan	Pengaduan dilakukan melalui: 1. Survei Kepuasan Masyarakat Link: https://bit.ly/SKMrsudsumbawa 2. Informasi & Pengaduan Whatsapp: +62 811-3803-232. 3. Sosial Media Facebook: RSUD Sumbawa Instagram: @rsudsumbawa
8	Sarana Dan Prasarana, dan/atau Fasilitas	1. Ruang Administrasi 2. Workshop/Bengkel (Peralatan Medis, Non Medis, Sipil, MEP). 3. Toolset 4. Alat ukur. 5. Komputer 6. Tablet terintegrasi whatsapp IPSRS. 7. Alat Pelindung Diri (APD)
9	Kompetensi Pelaksana	1. Memahami peraturan yang berlaku terkait kegiatan rumah sakit 2. Memahami peraturan yang berlaku terkait Pelayanan Publik 3. Memiliki sikap ramah, teliti, cekatan/responsif, komunikatif, sopan santun, disiplin dan kerjasama yang baik 4. Memiliki STR dan SIP bagi Elektromedis
10	Pengawas Internal	1. Bidang Penunjang (Medis dan Non Medis) 2. Bagian Tata Usaha 3. Satuan Pemeriksaan Internal (SPI).
11	Jumlah Pelaksana	1. 1 Petugas Administrasi 2. 8 Petugas Peralatan Medis 3. 10 Petugas Peralatan Non Medis, MEP, Sipil, Genset
12	Jaminan Pelayanan	1. Kecepatan menanggapi laporan (maksimal 15 menit) 2. Ketepatan waktu pemeliharaan alat.

		3. Fungsi dan kelayakan Sarana Prasarana.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Pelayanan	1. Seluruh pekerjaan perbaikan/pemeliharaan menerapkan standar Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). 2. Peralatan kesehatan yang telah diperbaiki dipastikan memenuhi syarat keselamatan pasien (patient safety) dan diuji fungsinya sebelum digunakan kembali.
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Laporan hasil Indikator Mutu. 2. Laporan hasil Standar Pelayanan Minimal . 3. Rapat Internal IPSRS.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN LABORATORIUM MIKROBIOLOGI KLINIK

1	Dasar Hukum	1. Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2018 Keselamatan Pasien 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit 11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 03 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) 12. Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Retribusi Daerah 13. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa
2	Produk Pelayanan	1. Pemeriksaan Mikroskopik a. Pengecatan Bakteri Tahan Asam (BTA) TB b. Pengecatan Bakteri Tahan Asam (BTA) Lepra c. Pengecatan Gram d. Pengecatan Giemsa e. Preparat KOH (Kalium Hidroksida) f. Preparat LPCB 2. Pemeriksaan Kultur Aerob dengan Vitex 2 Compact a. Kultur Urine b. Kultur Sputum c. Kultur Pus d. Kultur Feces e. Kultur jaringan f. Kultur Cairan Tubuh (Darah, Cairan Sendi, Cairan pleura, dll) g. Kultur Swab (rektal, swab vagina, swab luka, dll) 3. Pemeriks TB a. Tes Cepat Molekuler
3	Persyaratan	1. Pasien Peserta JKN/BPJS a. Kartu Identitas Pasien b. SEP c. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM 2. Pasien Umum a. Kartu Identitas Pasien b. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM

		3. Pasien Jaminan lain (Jampersal/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja) - Kartu Identitas Pasien - SEP - Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM Catatan: Pasien umum dapat melakukan pemeriksaan laboratorium secara mandiri (atas permintaan sendiri), pasien tidak perlu membawa FPP.
4	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Rawat Jalan/Poli : - Pasien yang telah dilakukan pemeriksaan di poli menyerahkan permintaan pemeriksaan laboratorium mikrobiologi dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) atau permintaan lewat SIMRS. - Petugas laboratorium melakukan verifikasi dan registrasi pasien pada SIMRS, LIS, dan buku register. - Pasien melakukan pengambilan/penyerahan spesimen (darah/urin/feses/sputum/secret/spesimen lainnya) - Petugas laboratorium melakukan Pengecekan Spesimen (Identitas dan kelayakan spesimen) - Proses pemeriksaan Spesimen : - Pengolahan Spesimen - Pemeriksaan Spesimen - Proses Verifikasi hasil - Proses Validasi hasil oleh DPJP Laboratorium Mikrobiologi Klinik - Hasil diketik di SIMRS, LIS dan buku register - Hasil dicetak dan diserahkan kepada ruangan pengirim/pasien yang memerlukan. - Pembayaran pemeriksaan pasien umum dilakukan dikasir bersamaan dengan tindakan pemeriksaan pasien di poli. 2. Rawat Inap dan IGD : - Petugas laboratorium menerima permintaan pemeriksaan dari dokter jaga atau DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) atau permintaan lewat SIMRS - Spesimen rawat inap diambil dokter/perawat ruangan dan dikirim ke laboratorium mikrobiologi - Petugas laboratorium melakukan verifikasi dan registrasi pasien pada SIMRS, LIS dan buku register sesuai dengan formulir permintaan pemeriksaan - Petugas laboratorium melakukan Pengecekan Spesimen (Identitas dan kelayakan spesimen) - Proses pemeriksaan Spesimen : - Pengolahan Spesimen - Pemeriksaan Spesimen - Proses Verifikasi hasil - Proses Validasi hasil oleh DPJP Laboratorium Mikrobiologi Klinik - Hasil diketik di SIMRS, LIS, dan buku register - Hasil dicetak dan diserahkan kepada ruangan pengirim. - Pembayaran pemeriksaan pasien umum dilakukan di kasir bersamaan dengan tindakan pemeriksaan pasien di rawat inap. 3. Rujukan Luar / Dokter Praktek - Pasien datang - Pasien melakukan registrasi di loket pendaftaran tujuan laboratorium Mikrobiologi - Pasien menuju laboratorium Mikrobiologi menyerahkan permintaan pemeriksaan dari DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien) atau permintaan lewat SIMRS. - Petugas laboratorium melakukan verifikasi dan registrasi

		pasien pada SIMRS, LIS, dan buku register. e. Pasien melakukan pengambilan/penyerahan spesimen (darah/urin/feses/sputum/secret/spesimen lainnya) f. Petugas laboratorium melakukan Pengecekan Spesimen (Identitas dan kelayakan spesimen) g. Proses pemeriksaan Spesimen : 1) Pengolahan Spesimen 2) Pemeriksaan Spesimen 3) Proses Verifikasi hasil 4) Proses Validasi hasil oleh DPJP Laboratorium Mikrobiologi Klinik h. Petugas mempersilahkan pasien untuk melakukan pembayaran pemeriksaan di kasir i. Hasil diketik di SIMRS, LIS, dan buku register j. Hasil dicetak dan diserahkan kepada pasien/fasyankes rujukan.
5	Jangka Waktu Pelayanan	1. Jadwal Pelayanan a. Rawat Jalan 1) Hari Senin – Kamis jam 08.00 WITA - 14.00 WITA/sd pasien selesai 2) Hari Jumat jam 08.00 WITA - 11.30 WITA/sd pasien selesai - Hari Sabtu jam 08.00 WITA - 13.30 WITA/sd pasien selesai b. Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat Setiap Hari selama 24 Jam 2. Waktu Pelayanan Pelayanan laboratorium Mikrobiologi dilaksanakan selama 7 jam dengan satu jenis Shift yaitu shift Pagi yang dimulai pada jam 08.00 – 14.00 WITA. Jika terdapat sampel diluar jam kerja, sampel dapat dikirimkan ke Laboratorium PK untuk disimpan sesuai prosedur penyimpanan yang benar Pelayanan laboratorium Mikrobiologi tetap buka pada hari cuti bersama serta libur nasional dengan sistem OnCall 3. Waktu Tunggu Hasil : a. Tes Cepat Molekuler : 2 jam b. Mikroskopik Bakteri Tahan Asam (BTA) TB: 2 jam c. Mikroskopik Bakteri Tahan Asam (BTA) Lepra : 8 jam d. Mikroskopik pengecatan Gram : 2 jam e. Mikroskopik pengecatan Gram secret : 3-6 jam f. Mikroskopik pengecatan Giemsa : 1,5 jam g. Mikroskopik preparat KOH : 1 jam h. Mikroskopik preparat LPCB : 1 jam i. Kultur Urine : 3-5 hari j. Kultur Sputum : 3-5 hari k. Kultur Pus : 3-5 hari l. Kultur Feces : 3-5 hari m. Kultur jaringan : 3-5 hari n. Kultur Cairan Tubuh (Darah, Cairan Sendi, Cairan pleura, dll) : 4-7 hari o. Kultur Swab (rektal, swab vagina, swab luka, dll) : 3-5 hari
6	Biaya/Tarif	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja diklaimkan ke BPJS dengan tarif INACBGs berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) 2. Pasien Umum berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah

		3. Jasa Raharja, Inhealth dan Asuransi lainnya diklaimkan sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 4. Kerjasama/MOU Pihak ke 3 sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
7	Sarana dan Prasarana,dan/atau Fasilitas	1. Ruang Tunggu pasien 2. Tempat penerimaan sampel 3. Ruang pengambilan sampel 4. Ruang Pemeriksaan Laboratorium 5. Ruang Dokter 6. Ruang pengetikan hasil 7. Alat Pemeriksaan Laboratorium a. GeneXpert :1 b. Biosafety Cabinet :1 c. Inkubator CO2 :1 d. Inkubator O2 :1 e. Inkubator darah BD :1 f. Vitek 2 Compact :1 g. PCR :1 h. Autoclave :1 i. Mikroskop: 2 j. Centrifugasi :1 k. Regrigerator -80 °C:1 l. Refrgerator 2-8 °C : 1 8. Kursi Sampling : 1 9. Komputer : 4 10. Printer : 5 11. Akses internet (SIMRS dan LIS/SIL) 12. Loker Penyimpanan Petugas Laboratorium : 1 13. AC : 4 14. Kursi Bulat : 6 15. Meja : 9 16. Spill Kit :1 17. Alat Pelindung Diri (APD) lengkap
8	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik : Memiliki STR dan SIP yang Aktif 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) : Pendidikan DIV ATLM dan DIII ATLM, Memiliki STR dan SIP yang Aktif
9	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Mikrobiologi Klinik : 2 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) : a. DIV ATLM : 1 b. DIII ATLM : 2 3. Administrasi laboratorium :1
10	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	1. Kotak Saran 2. Email : rsud sumbawa.go.id 3. Pengaduan langsung ke ruang MPP dilantai 1 4. Website Rumah Sakit ; https://rsud.sumbawakab.go.id (Pengaduan Mandiri) 5. Telepon/WA : 08113803232
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala instalasi dibantu Kepala Ruangan dalam pelaksanaan pelayanan. 2. Supervisi oleh Bidang Penunjang Medis dan Non Medis 3. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit
12	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, ramah cermat, teliti, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan akuntabel. peduli, solutif serta mengutamakan Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan,

		standar mutu dan instruksi kerja 3. Melaksanakan Pemantapan Mutu Internal (PMI) setiap hari dan mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal (PME) serta Kalibrasi alat laboratorium secara berkala untuk menjaga keakuratan alat Laboratorium 4. Semua Petugas Medis di Laboratorium Mikrobiologi Klinik memiliki STR dan SIP yang aktif serta sertifikat kompetensi dibidang Mikrobiologi Klinik 5. Identitas Pasien dan kode sampel segera divalidasi saat menerima sampel agar tidak tertukar antar pasien. 6. Setiap Hasil Kritis langsung dikirimkan kepada ruangan pengirim dengan memastikan hasil sudah diterima
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Kerja Pelayanan	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata - mata hanya untuk kepentingan pelayanan 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien 3. Pengawasan Keamanan di Rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Security/Satpam) RSUD 4. Penggunaan APD, pengelolaan limbah B3 dan limbah medis yang aman 5. Medical Cek Up berkala, pemberian Imunisasi dan Vaksinasi pada petugas laboratorium.
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat evaluasi internal setiap bulan. 2. Laporan kepada bidang pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis baik secara berkala setiap bulan, triwulan dan setiap tahun, maupun apabila diperlukan sewaktu – waktu.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI ANATOMI

1	Dasar hukum	1. Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2018 Keselamatan Pasien 6. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit 9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 03 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) 10. Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Retribusi Daerah 11. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa
2	Produk Pelayanan	1. Pemeriksaan Tindakan FNAB 2. Pemeriksaan Sitologi 3. Pemeriksaan Histopatologi
3	Persyaratan	1. Pasien Peserta JKN/BPJS a. SEP c. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM 2. Pasien Umum a. Kartu Identitas Pasien b. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM 3. Pasien rujukan luar / praktik dokter a. Kartu Identitas Pasien b. Pengantar pemeriksaan dari dokter 4. Pasien kerjasama layanan. a. Kartu Identitas Pasien b. Pengantar pemeriksaan dari dokter
4	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Rawat Jalan a. Pasien (untuk pemeriksaan FNAB) atau sampel (untuk pemeriksaan Sitologi) dari poli datang ke laboratorium PA menyerahkan treser/ERM dan permintaan pemeriksaan b. Petugas Laboratorium PA memverifikasi dan menginput data pasien di SIMRS dan LIS/SIL. Pada pasien umum diberikan struk pembayaran untuk selanjutnya melakukan pelunasan di bagian kasir setelah dilakukan pengambilan sampel. c. ATLM / dokter spesialis melakukan anamnesis dan penjelasan informed consent bagi pasien pemeriksaan FNAB d. Pasien menandatangani Informed consent e. Dokter spesialis PA didampingi ATLM melakukan tindakan FNAB di ruang tindakan

		f. ATLM memberi label nomor sampel dan melakukan pemeriksaan sampel g. Sampel yang sudah selesai di proses diserahkan ke ruang dokter spesialis PA untuk dilakukan diagnosis h. Petugas laboratorium melakukan pengetikan hasil yang telah didiagnosis oleh dokter spesialis PA pada LIS dan validasi kesesuaian identitas pasien i. Dokter spesialis PA melakukan validasi hasil sebelum di cetak j. Petugas laboratorium mencetak hasil dan menghubungi pasien untuk mengambil hasil 2. Rawat Inap a. Sampel dan permintaan pemeriksaan diantar ke laboratorium oleh keluarga pasien / petugas ruangan / portir. b. Petugas laboratorium memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan input pada billing system SIMRS dan Laboratory Information System (LIS) c. Petugas laboratorium menempelkan kode nomor pada sampel d. Petugas laboratorium memberikan kartu janji hasil kepada pasien dan menjelaskan jangka waktu pengambilan hasil e. ATLM melakukan pemeriksaan pada sampel-sampel yang sudah diterima. f. Sampel yang sudah selesai di proses diserahkan ke ruang dokter spesialis PA untuk dilakukan diagnosis g. Petugas laboratorium melakukan pengetikan hasil yang telah didiagnosis oleh dokter spesialis PA pada LIS dan validasi kesesuaian identitas pasien h. Dokter spesialis PA melakukan validasi hasil sebelum di cetak i. Petugas laboratorium mencetak hasil dan menghubungi pasien untuk mengambil hasil serta menyerahkan hasil dan berkas terkait kepada ruang perawatan dan ruang verifikasi 3. Rujukan Luar / Kerjasama Layanan a. Klinik dokter atau Rumah Sakit kerjasama mengirim Sampel dan permintaan pemeriksaan ke laboratorium PA b. Petugas laboratorium memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan registrasi / pendaftaran melalui SIMRS dan menginput pada billing system SIMRS dan Laboratory Information System (LIS) c. Untuk sampel dari klinik dokter yang belum melakukan MOU kerjasama diberikan struk pembayaran untuk selanjutnya melakukan pelunasan si kasir d. Petugas laboratorium menempelkan kode nomor pada sampel e. ATLM melakukan pemeriksaan pada sampel-sampel yang sudah diterima. k. Sampel yang sudah selesai di proses diserahkan ke ruang dokter spesialis PA untuk dilakukan diagnosis l. Petugas laboratorium melakukan pengetikan hasil yang telah didiagnosis oleh dokter spesialis PA pada LIS dan validasi kesesuaian identitas pasien m. Dokter spesialis PA melakukan validasi hasil sebelum di cetak
--	--	---

		n. Petugas laboratorium menyerahkan hasil kepada klinik dokter atau rumah sakit kerjasama dalam bentuk soft file melalui email dan Drive kemudian menginformasikan kembali melalui Grup WhatsApp
5	Jangka waktu pelayanan	- Jadwal Pelayanan - Rawat Jalan - Hari Senin – Kamis jam 08.00 WITA - 14.00 WITA/sd pasien selesai - Hari Jumat jam 08.00 WITA - 11.30 WITA/sd pasien selesai - Hari Sabtu jam 08.00 WITA - 13.30 WITA/sd pasien selesai - Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat Setiap Hari selama 24 Jam - Waktu Pelayanan Pelayanan Laboratorium Patologi Anatomi dilaksanakan dalam 2 jenis Shift yaitu : - Pagi : jam 08.00 – 14.00 WITA - Siang : jam 11.00 – 17.00 WITA - Waktu Tunggu Hasil - Pemeriksaan FNAB : 3-24 jam - Pemeriksaan Sitologi : 3-24 jam - Pemeriksaan Histopatologi : 7-14 Hari
6	Biaya/Tarif	- Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Retribusi dan Tarif - Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 03 Tahun 2023 Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) - Kerjasama/MOU Pihak ke 3 sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
7	Sarana dan prasarana, dan/atau fasilitas	- Ruang tunggu pasien - Ruang penerimaan sampel dan pasien - Ruang tindakan FNAB - Ruang Dokter / Ruang Diagnosis - Ruang Pemeriksaan Laboratorium - Ruang Pemotongan / Grosing - Ruang Pengetikan hasil - Bed pasien - Alat pelindung diri (APD) - Alat pemeriksaan Laboratorium (Work Station, Tissue Processor, Embedding Hot & Cold, Water Bath, Slide Dryer, Mikrotom dan Automatic Staining)) - Komputer dan Akses internet (SIMRS dan LIS/SIL) - Printer - Kursi bulat : 6 - Meja : 5
8	Kompetensi pelaksana	- Dokter Spesialis Patologi Anatomi : Memiliki STR dan SIP yang Aktif - Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) : Pendidikan DIV ATLM dan DIII ATLM, Memiliki STR dan SIP yang Aktif serta memiliki sertifikat kompetensi dibidang Patologi Anatomi
9	Jumlah Pelaksana	- Dokter Spesialis Patologi Anatomi : 1 orang - ATLM DIV : 2 orang - ATLM DIII : 1 orang
10	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	- Kotak saran - Email : rsud.sumbawa.go.id - Pengaduan langsung ke ruang MPP dilantai 1 - Website Rumah Sakit ; https://rsud.sumbawakab.go.id

		(Pengaduan Mandiri) 5. Telepon/WA : 08113803232
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala instalasi dan penanggungjawab dalam pelaksanaan pelayanan. 2. Supervisi oleh Bidang Penunjang Medis dan Non Medis 3. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit
12	Jaminan pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, ramah cermat, teliti, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan akuntabel. peduli, solutif serta mengutamakan Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan, standar mutu dan instruksi kerja 3. Melaksanakan Pemantapan Mutu Internal (PMI) setiap hari dan mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal (PME) serta Kalibrasi alat laboratorium secara berkala untuk menjaga keakuratan alat Laboratorium 4. Semua Petugas Medis di Laboratorium Patologi Anatomi memiliki STR dan SIP yang aktif serta sertifikat kompetensi dibidang patologi anatomi 5. Identitas Pasien dan kode sampel segera divalidasi saat menerima sampel agar tidak tertukar antar pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Kerja	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata - mata hanya untuk kepentingan pelayanan 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien 3. Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), spill kit , eye wash dan emergency shower 4. Pengelolaan limbah B3 dan sistem pembuangan limbah medis yang aman 5. Medical Cekup berkala, pemberian imunisasi dan vaksinasi bagi petugas laboratorium
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Rapat evaluasi internal setiap 3 bulan. 2. Laporan kepada bidang pelayanan Penunjang Medis dan Non Medis baik secara berkala setiap bulan, triwulan dan setiap tahun, maupun apabila diperlukan sewaktu – waktu..

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK

1	Dasar Hukum	1. Undang - Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan 2. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 3. Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit 4. Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 5. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 44 Tahun 2018 Keselamatan Pasien 6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 411/Menkes/Per/III/2010 tentang Laboratorium Klinik 7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2013 tentang Cara Penyelenggaraan Laboratorium Klinik Yang Baik 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/1801/2024 tentang Standar Pelayanan Laboratorium Kesehatan Masyarakat 9. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1128 tahun 2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit 10. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) Rumah Sakit 11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 03 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) 12. Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak daerah dan Retribusi Daerah 13. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa
2	Produk Pelayanan	Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik
3	Persyaratan	1. Pasien Peserta JKN/BPJS a. Kartu Identitas Pasien b. SEP c. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM 2. Pasien Umum a. Kartu Identitas Pasien b. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM 3. Pasien Jaminan lain (Jampersal/Jamkesda/BPJS Tenaga Kerja/ Jasa Raharja) a. Kartu Identitas Pasien b. SEP c. Permintaan Pemeriksaan (FPP) dari DPJP melalui ERM Catatan: Pasien umum dapat melakukan pemeriksaan laboratorium secara mandiri (atas permintaan sendiri), pasien tidak perlu membawa FPP.
4	Sistem, Mekanisme dan Prosedur	1. Rawat Jalan a. Pasien mengambil nomor antrian dan menyerahkan treser/ERM b. Petugas administrasi Laboratorium memverifikasi dan menginput data pasien di SIMRS dan LIS/SIL. Pada pasien umum diberikan struk pembayaran untuk selanjutnya melakukan pelunasan di bagian kasir setelah dilakukan pengambilan sampel. c. Petugas administrasi laboratorium mencetak label/barcode identitas pasien dan menyerahkan FPP serta label/barcode identitas pasien ke bagian sampling.

		d. Petugas sampling menyiapkan peralatan dan bahan untuk melakukan sampling, kemudian memanggil pasien ke ruang sampling untuk dilakukan pengambilan sampel sesuai FPP. e. Petugas sampling melakukan identifikasi pasien. f. Petugas sampling melakukan pengambilan sampel sesuai dengan kebutuhan pemeriksaan yang diminta. g. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan pada sampel yang sudah diterima. h. Petugas laboratorium di masing-masing bagian melakukan release hasil pemeriksaan yang sudah selesai di LIS i. Dokter spesialis patologi klinik / petugas laboratorium (ATLM Penanggung Jawab) melakukan authorized hasil. j. Petugas administrasi laboratorium akan mencetak hasil pemeriksaan dan mencocokkan hasil dengan nomor Rekam Medis pada kartu berobat pasien sebelum menyerahkan hasil pada pasien. 2. Rawat Inap a. DPJP menulis permintaan pemeriksaan pasien sesuai dengan indikasi pada formulir permintaan pemeriksaan (FPP). b. Perawat melakukan pengambilan sampel sesuai dengan FPP pasien tersebut. c. Sampel dan FPP diantar ke laboratorium oleh perawat apabila pemeriksaan Cito. d. Petugas administrasi laboratorium memverifikasi berkas pasien tersebut, untuk selanjutnya dilakukan input pada billing system SIMRS dan Laboratory Information System (LIS) e. Petugas administrasi laboratorium mencetak label/barcode identitas pasien dan menempelkannya pada tabung/botol sampel pasien f. Petugas laboratorium melakukan pemeriksaan pada sampel-sampel yang sudah diterima. g. Petugas laboratorium di masing-masing bagian melakukan release hasil pemeriksaan yang sudah selesai di LIS h. Dokter spesialis patologi klinik / petugas laboratorium (ATLM Penanggung Jawab) melakukan authorized hasil. i. Petugas laboratorium akan mencetak hasil dan mengirimkan hasil laboratorium ke ruang-ruang perawatan dengan menggunakan buku ekspedisi hasil laboratorium yang ditanda tangani oleh petugas ruang rawat inap.
5	Jangka Waktu Pelayanan	1. Jadwal Pelayanan a. Rawat Jalan 1) Hari Senin – Kamis jam 08.00 WITA - 14.00 WITA/sd pasien selesai 2) Hari Jumat jam 08.00 WITA - 11.30 WITA/sd pasien selesai - Hari Sabtu jam 08.00 WITA - 13.30 WITA/sd pasien selesesai b. Rawat Inap dan Instalasi Gawat Darurat Setiap Hari selama 24 Jam 2. Waktu Pelayanan Pelayanan Laboratorium Patologi Klinik dilaksanakan selama 24 jam dalam 3 jenis Shift yaitu :

		a. Pagi : jam 08.00 – 14.00 WITA b. Siang : jam 14.00 – 20.00 WITA c. Malam : jam 20.00 – 08.00 WITA 3. Waktu Tunggu Hasil a. Rawat Jalan dan Rawat Inap : ≤ 140 menit (jika tidak perlu konfirmasi ulang sampling dan tidak ada pemeriksaan GD2JPP, GDT dan imunologi) b. IGD / Pasien Cito : ≤ 60 menit IGD / Pasien Cito : ≤ 60 menit c. Pemeriksaan Khusus/Rujukan : 1 minggu atau sesuai dengan jadwal yang ditentukan
6	Biaya/Tarif	1. Pasien Penjaminan BPJS Kesehatan/ Jamkesda/ Jampersal/ BPJS Tenaga Kerja diklaimkan ke BPJS dengan tarif INACBGs berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) 2. Pasien Umum berdasarkan Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 3. Jasa Raharja, Inhealth dan Asuransi lainnya diklaimkan sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah 4. Kerjasama/MOU Pihak ke 3 sesuai Peraturan Daerah Nomor 10 tahun 2023 tentang Pajak Daerah dan Retribusi Daerah
7	Sarana dan Prasarana,dan/ atau Fasilitas	1. Ruang Tunggu pasien 2. Ruang Administrasi 3. Ruang Sampling 4. Ruang Pemeriksaan Laboratorium (Hematologi, Kimia Klinik, Immunologi, Urinalisa/Parasitologi) 5. Ruang Dokter 6. Gudang Reagen dan Logistik 7. Kamar Mandi Petugas 8. Kamar Mandi Pasien 9. Alat Pemeriksaan Laboratorium a. Hematologi Analyzer (Ruby: 2) b. Kimia Klinik Analyzer (Architect :1, Erba 360: 1) c. Immunologi Analyzer (Mindray :1, Robonik Wash :1, Reader RT-2100C :1) d. BGA (OPTI CCA :1) e. Elektrolit Analyzer (Cornley :2) f. HbA1C (Avinion :1, On Call MultiPro :1) g. Coagulation Analyzer (Stago :1) h. LED (Kimaset :1) i. Urinalisa Analyzer (Expert Insight: 2) j. Centrifuge :1 k. Rotator :1 l. Mikroskop : 5 10. Kursi Sampling : 1 11. Komputer :7 m. Printer :3 n. Akses internet (SIMRS dan LIS/SIL) o. Loker Penyimpanan Petugas Laboratorium : 2 p. AC : 8 q. Kursi Kayu : 4 r. Kursi Bulat : 4 s. Meja : 6 t. Spill Kit :1 u. Alat Pelindung Diri (APD) lengkap v. Eye Wash : 1

8	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Patologi Klinik 2. Ahli Teknologi Laboratorium Medis (ATLM) : DIV ATLM dan DIII ATLM 3. Perawat Laboratorium 4. Administrasi 5. Pramu Laboratorium
9	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Patologi Klinik : 1 orang 2. DIV Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) : 5 orang 3. DIII Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) : 16 orang 4. Perawat Laboratorium : 1 orang 5. Administrasi : 4 orang 6. Pramu Laboratorium : 1 orang
10	Penanganan Pengaduan, Saran dan Masukan	1. Kotak Saran 2. Email : rsud sumbawa.go.id 3. Pengaduan langsung ke ruang MPP dilantai 1 4. Website Rumah Sakit ; https://rsud.sumbawakab.go.id (Pengaduan Mandiri) 5. Telepon/WA : 08113803232
11	Pengawasan Internal	1. Monitoring dan evaluasi oleh Kepala instalasi dibantu Kepala Ruangan dalam pelaksanaan pelayanan. 2. Supervisi oleh Bidang Penunjang Medis dan Non Medis 3. Satuan Pengawas Internal Rumah Sakit
12	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, ramah cermat, teliti, cepat, tepat, nyaman, mudah, transparan akuntabel. peduli, solutif serta mengutamakan Upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien. 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan, standar mutu dan instruksi kerja 3. Semua Petugas Kesehatan di Laboratorium Patologi Klinik dari Dokter Spesialis Patologi Klinik, Ahli Teknologi Laboratorium Medik (ATLM) dan Perawat memiliki STR dan SIP yang aktif 4. Melaksanakan Pemantapan Mutu Internal (PMI) setiap hari dan mengikuti Pemantapan Mutu Eksternal (PME) serta Kalibrasi alat laboratorium secara berkala untuk menjaga keakuratan alat Laboratorium 5. Setiap Hasil Kritis langsung di validasi dan dianalisis oleh Dokter Spesialis Patologi Klinik 6. Identitas Pasien menggunakan barcode untuk memastikan sampel tidak tertukar antar pasien.
13	Jaminan Keamanan dan Keselamatan Kerja Pelayanan	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata - mata hanya untuk kepentingan pelayanan 2. Sarana pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien 3. Pengawasan Keamanan di Rumah sakit dilakukan oleh Petugas Keamanan (Security/Satpam) RSUD 4. Penggunaan APD, pengelolaan limbah B3 dan limbah medis yang aman 5. Medical Cek Up berkala, pemberian Imunisasi dan Vaksinasi pada petugas laboratorium.
14	Evaluasi Kinerja Pelaksana	1. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil Indikator Nasional Mutu (INM) setiap bulan 2. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil Standar Pelayanan Minimal (SPM) per triwulan 3. Evaluasi kinerja pelayanan berdasarkan hasil survey kepuasan pasien setiap semester 4. Rapat evaluasi internal setiap bulan.

		5. Laporan kepada bidang pelayanan Penujang Medis dan Non Medis baik secara berkala setiap bulan, triwulan dan setiap tahun, maupun apabila diperlukan sewaktu – waktu.
--	--	---

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN PEMULASARAN JENAZAH

KOMPONEN	URAIAN
Persyaratan Pelayanan	1 Pemulasaraan jenazah adalah perawatan jenazah sehingga jenazah layak dan aman untuk dibawa keluarga 2. Jenazah adalah seseorang yang sudah mati. Seseorang dinyatakan mati bila berhentinya secara permanen tanpa bisa pulih lagi semua hal berikut : a. fungsi batang otak b. fungsi sistem pernafasan dan paru-paru secara spontan c. fungsi sistem peredaran darah dan jantung secara spontan
Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Petugas kamar jenazah menerima jenazah dan surat keterangan sebab kematian dari ruang asal jenazah 2. Petugas kamar jenazah mencatatkan dan mengarsipkan surat keterangan sebab kematian dan nomor rekam medik pada buku register jenazah 3. Petugas kamar jenazah menginformasikan pelayanan-pelayananyang dapat dilakukan di kamar jenazah salah satunya pemulasaraan jenazah 4. Keluarga jenazah mengajukan permohonan untuk dilakukan pemulasaraan jenazah oleh petugas kamar jenazah 5. Petugas kamar jenazah mempersiapkan tempat dan peralatan yang dibutuhkan untuk melakukan pemulasaraan jenazah 6. Petugas kamar jenazah melakukan tindakan pemulasaraan jenazah 7. Setelah selesai tindakan pemulasaraan jenazah petugas kamar jenazah dapat berkoordinasi dengan petugas rohaniawan agama bila diperlukan 8. Setelah jenazah siap diserahkan ke keluarga petugas jaga memasukkan biaya tindakan ke dalam billing sistem entry data tagihan tindakan dan meminta keluarga jenazah untuk membayar biaya tindakan kekasir rumah sakit. A. Pemulasaraan Jenazah Muslim 1. Petugas memakai APD sesuai kebutuhan 2. Jenazah laki-laki hanya dimandikan oleh petugas laki-laki dan begitu sebaliknya kecuali dalam dalam keadaan darurat 3. Jenazah diletakkan di meja memandikan jenazah dengan tetap emmeperhatikan menjaga aurat 4. Petugas mengeluarkan kotoran yang mungkin masih ada dalam perut jenazah, dengan cara menekan dengan lembut perut jenazah dari atas ke bawah setelah itu dubur jenazah dibersihkan. 5. Petugas melakukan wudhu terhadap jenazah

	sebagaimana lazimnya orang berwudhu 6. Jenazah dimandikan dimulai dari kepala lalu anggota tubuh bagian kanan, kemudian anggota tubuh bagian kiri dan selanjutnya seluruh tubuh 7. Seluruh tubuh jenazah dimandikan sampai dengan bersih 8. Setelah selesai dimandikan jenazah dikeringkan dengan handuk 9. Jenazah dipindahkan ke meja yang sebelumnya telah disiapkan kainkafan untuk selanjutnya jenazah dikafani dan diikat sesuai kebutuhan B. Pemulasaraan jenazah Nasrani 1. SDA tanpa point 5 2. Point 9 kain kafan diganti dengan mengenakan pakaian C. Pemulasaraan jenazah Hindu, Budha dan penganut kepercayaan lain 1. Sama dengan tata cara pemulasaraan jenazah muslim hanya point 5 tidak perlu dilakukan.
Jangka waktu penyelesaian	2 jam setelah pasien meninggal
Biaya/tarif	Mengacu pada : 1. PP Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional 2. PP Nomor 28 Tahun 2016 tentang Perubahan ketiga PP Nomor 12 tahun 2013 3. PMK Nomor 56 tahun 2016 tentang Program Jaminan Kesehatan Nasional 4. PMK Nomor 64 tahun 2016 tentang Standar Tarif Jaminan Kesehatan Nasional 5. Peraturan Daerah Kab. Sumbawa Nomor....Tahun.. tentang Tarif Pelayanan Kesehatan kelas III pada RSUD Sumbawa 6. Perbup Nomor.... Tahun..... tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Rawat Jalan, Instalasi Gawat Darurat, Kelas II, Kelas Khusus, Kelas I, Kelas Utama (VIP) pada RSUD Sumbawa.

Produk pelayanan	Jasa pemulasaraan jenazah
Penanganan pengaduan, saran, dan masukan	Keluhan atau komplain disampaikan melalui sarana yang disediakan oleh RSUD Sumbawa, antara lain : 1. Website : rsudsumbawa 2. Email : 3. Telephone di Nomor : 4. SMS/WA di nomor : 5. Aduan langsung 6. Kotak Saran

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN PENCEGAHAN PENYAKIT INFEKSI

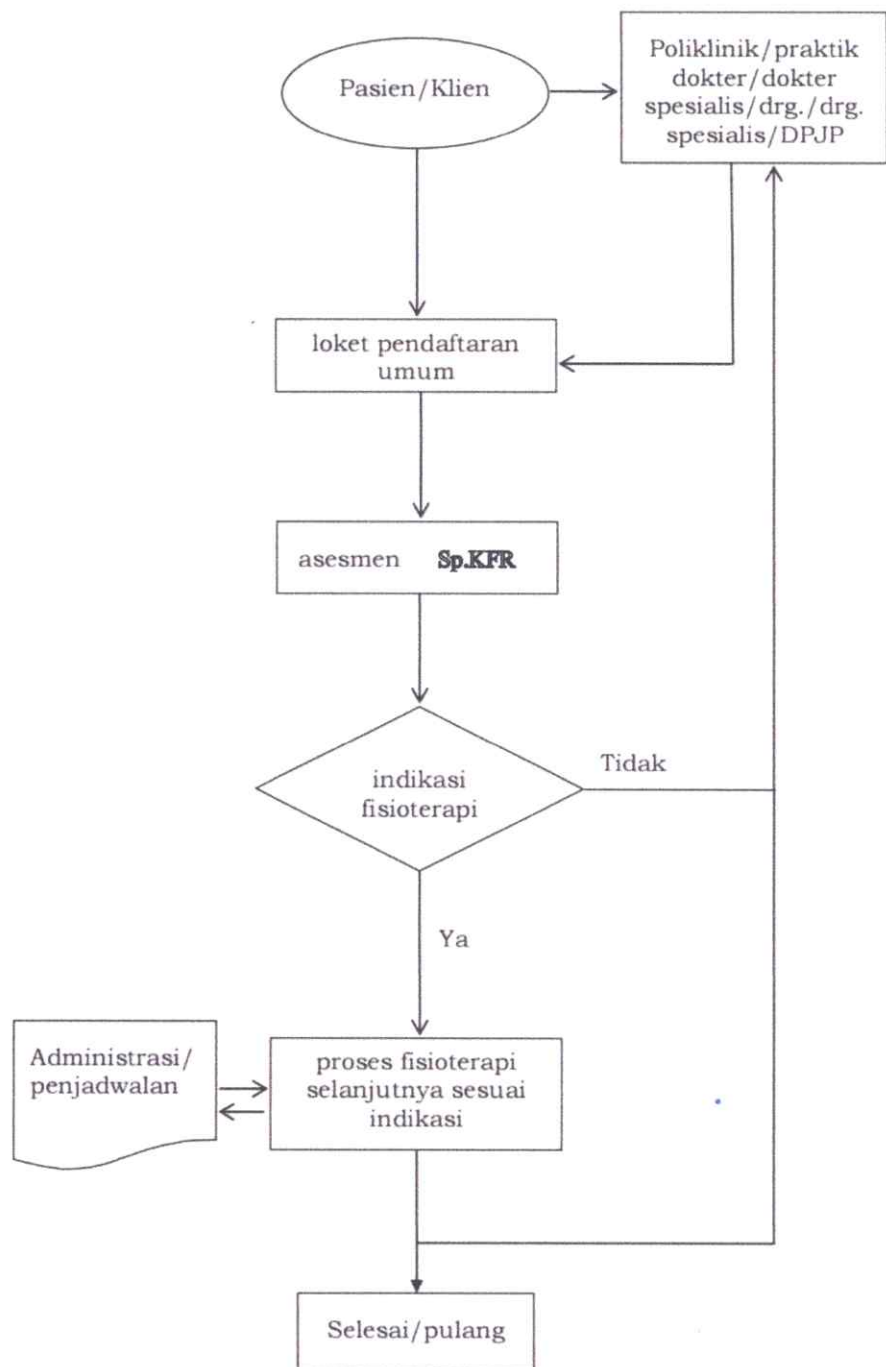
NO	KOMPONEN	URAIAN
1.	Persyaratan pelayanan	Pedoman Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit
2.	Prosedur	PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI <pre>graph TD; PPI[PROGRAM PPI] --> KI[KEWASPADAAN ISOLASI]; PPI --> PPRA[PPRA]; PPI --> SURVEILANS[SURVEILANS]; PPI --> PI[PENCEGAHAN & INFEKSI]; PI --> PP[PENDIDIKAN PELATIHAN]</pre> Keterangan : Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di seluruh Unit Rumah Sakit, terdiri dari : 1. Kewaspadaan Isolasi terdiri dari : • Kewaspadaan Standar : 1. Kebersihan Tangan 2. Alat Pelindung Diri 3. Penanganan Limbah 4. Kebersihan Lingkungan 5. Peralatan Perawatan Pasien 6. Penanganan Linen 7. Kesehatan Karyawan 8. Penempatan Pasien 9. Etika Batuk 10. Penyuntikan Yang Aman 11. Praktek Lumbal Fungsi • Kewaspadaan Transmisi : 1. Droplet 2. Kontak 3. Airbone 2. Pendidikan dan Pelatihan seluruh individu di RS 3. Surveilans infeksi Rumah Sakit : • IADP : Infeksi Aliran Darah Primer • ISK : Infeksi Saluran Kemih • VAP : Ventilator Assosiated Pneumonia • IDO : Infeksi Daerah Operasi

		• DLL 4. Pencegahan Infeksi • CVL : Centra Vena Line • UC : Urinary Catheter • IVL : Intra Vena Line • Daerah Operasi
3.	Waktu pelayanan	24 jam
4.	Biaya /tarif	-
5.	Produk layanan	Pasien, Petugas, Pengunjung dan Masyarakat Rumah Sakit
6.	Pengelolaan pengaduan	1. Telepon : 2. Fax : 3. Email : 4. Website : 5. Whatsapp 6. Kotak saran 7. Petugas informasi dan pengaduan

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

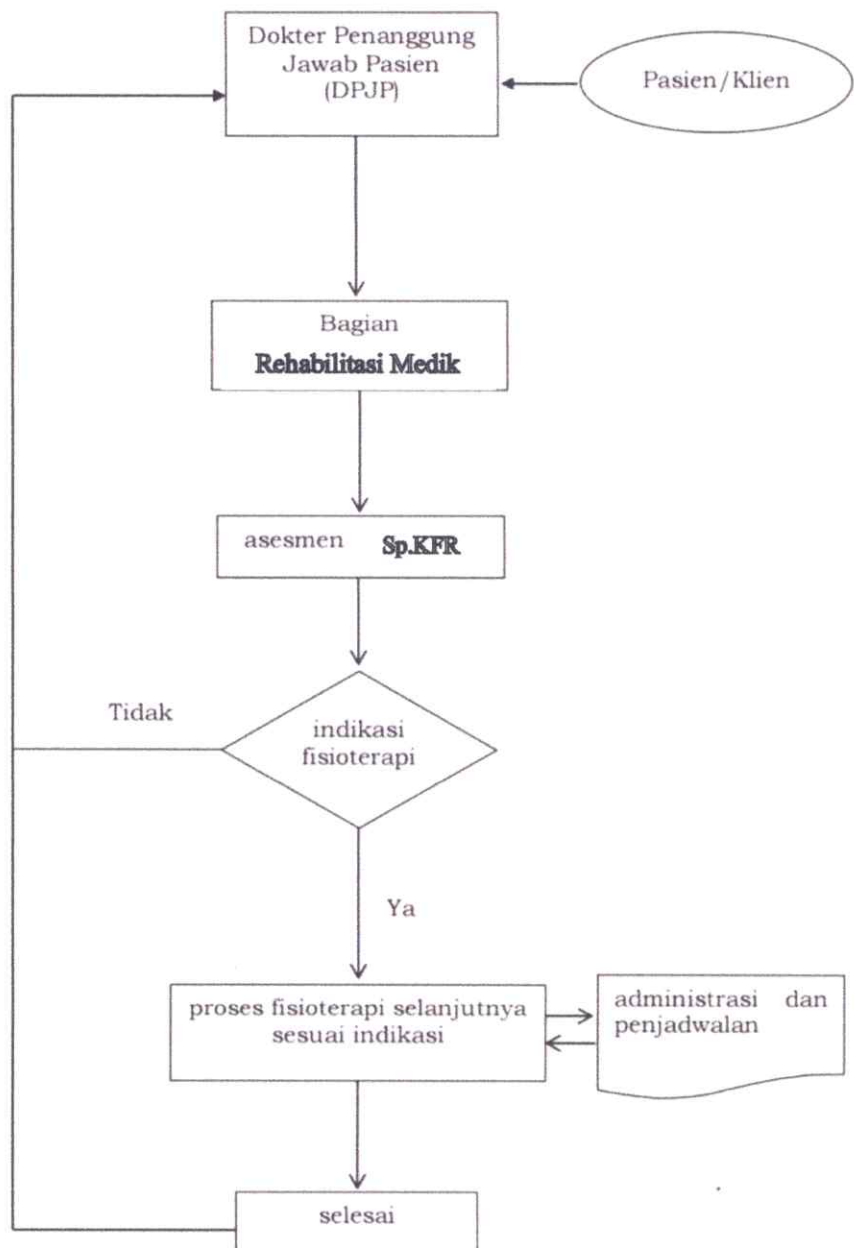
JENIS LAYANAN : PELAYANAN REHABILITASI MEDIK

1.	Dasar Hukum	1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Np. 104/ MENKES/PER/II/1999 tentang Rehabilitasi Medik 2. Undang - Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 3. Undang - Undang Nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan 4. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 Tahun 2017 Keselamatan Pasien 5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 20 Tahun 2019 tentang penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes 6. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 94Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sumbawa 7. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 05 Tahun 2020 tentang pedoman Pengelolaan keuangan PememrintahKabupaten Sumbawa 8. Peraturan Daerah No. 10 Tahun 2023 tentang Restribusi dan Tarif 9. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan. 10. Peraturan Menteri Kesehatan No. 65 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Fisiterapi 11. Peraturan Menteri Kesehatan No. 80 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan dan Praktik Fisioterapi
2.	Persyaratan	Rawat Jalan 1. Kelengkapan Berkas Pendaftaran 2. Pasien hadir untuk diperiksa dan difisioterapi Rawat Inap 1. Konsulan DPJP ke Rehabilitasi Medik
3.	Sistem, mekanisme, dan prosedur	Rawat Jalan 1. Pasien berasal dari rujukan Puskesmas dan pasien datang langsung tanpa jaminan kesehatan, pasien rujukan dari Institusi kesehatan lain, dokter praktek swasta atau mandiri tanpa maupun dengan jaminan kesehatan mendaftar ke loket pendaftaran RS. 2. Petugas pendaftaran Instalasi Rehabilitasi Medik menerima berkas pasien, mendaftar pasien, dan menyerahkan berkas ke dokter Sp. KFR. 3. Dokter Sp. KFR melakukan assesment untuk menentukan diagnosis medik dan fungsional. 4. Tidak ditemukan indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik pasien akan dikembalikan ke Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) perujuk 5. Ditemukan indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik maka dilakukan proses tindakan Fisioterapi sesuai indikasi. 6. Setelah pasien menjalani proses Fisioterapi dan menyelesaikan administrasi, penjadwalan kunjungan ulang, maka pasien boleh pulang.



Rawat Inap

1. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) membuat rujukan atau permintaan secara tertulis kepada dokter Sp.KFR.
2. Petugas ruangan rawat inap yang bersangkutan menyampaikan informasi kepada petugas pendaftaran rehabilitasi medik untuk diregistrasi dan disampaikan kepada dokter Sp. KFR.
3. Dokter Sp.KFR mendatangi ruangan rawat inap sesuai dengan informasi, mempelajari rekam medik pasien, melakukan assesment untuk menentukan diagnosis medik dan fungsional serta indikasi keterapiian fisik.
4. Apabila ada indikasi untuk tindakan Rehabilitasi Medik, maka dilakukan proses tindakan oleh Fisioterapi sesuai indikasi
5. Dokter Sp.KFR dan Fisioterapi melakukan proses assesment, intervensi dan evaluasi terhadap pasien dilakukan secara berkala dan di dokumentasikan dalam lembar Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), serta memasukkan tindakan pelayanan, ke Sistem Informasi Rumah Sakit (SIMRS).



Prosedur Pelayanan Fisioterapi

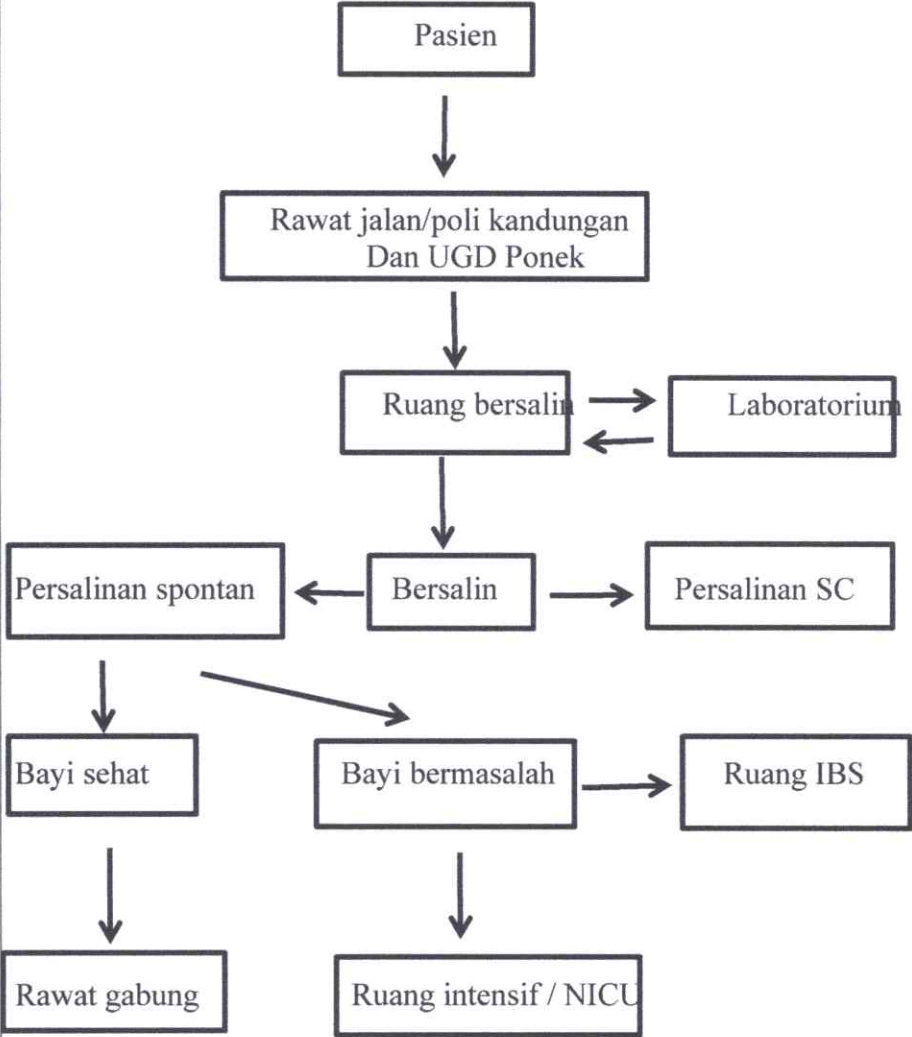
1. Rujukan Fisioterapi
2. Assesment Fisioterapi
3. Diagnosa dan Prognosa Fisioterapi
4. Perencanaan dan persetujuan tindakan
5. Intervensi Fisioterapi
6. Evaluasi Fisioterapi
7. Rekam Fisioterapi (dokumentasi)
8. Terminasi Pelayanan Fisioterapi
9. Koordinasi, komunikasi, pendidikan dan Instruksi (edukasi) Fisioterapi
10. Administrasi biaya pelayanan Fisioterapi

4.	Jangka Waktu Pelayanan	1. Senin-Kamis pukul 08.00 WITA dan tutup pada pukul 14.00 WITA 2. Jumat pukul 08.00 WITA tutup pukul 11.00 WITA 3. Sabtu pukul 08.00 WITA tutup pukul 12:30 WITA. Jangka Waktu Pelayanan Rawat Jalan: 15 - 1 Jam Rawat Inap : 15 - 1 Jam
5.	Biaya/ tarif	1. Peraturan Daerah No. 10 Tahun 2023 tentang Restribusi dan Tarif 2. Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam penyelenggaraan program Jaminan Kesehatan (JKN)
6.	Produk Pelayanan	1. Fisioterapi Pediatri 2. Fisioterapi Musculoskeletal 3. Fisioterapi Neuromusculer 4. Fisioterapi Kardiaopulmonal 5. Fisioterapi Geriatri dan obgyn

7.	Sarana dan prasaran, dan/ atau Fasilitas	1. Ruang Dokter 2. Ruang Tindakan Fisioterapi 3. Ruang Tunggu Pasien 4. Komputer dan akses internet 5. AC 6. Kamar mandi Petugas 7. Kamar mandi Pasien 8. Bed Pemeriksaan/tindakan 9. Alat Fisioterapi ● Short Wave Diathermy ● Micro Wave Diathermy ● Ultrasound Diathermy ● Electrical Stimulation ● Infrared Radiation ● Walker ● Kruk ● Tripod ● Gymball
8.	Kompetensi Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi 2. Fisioterapis minimal DIII, dan S1 harus profesi
9.	Pengawasan Internal	1. Pengawasan dilakukan langsung oleh kepala Unit 2. Pengawasan oleh Bidang Penunjang Medis dan Non Medis 3. Pengawasan oleh Bidang Pelayanan Medis 4. Pengawasan oleh satuan pemeriksa Internal Rumah Sakit
10.	Penanganan, pengaduan, saran dan masukan	1. Konsultasi langsung dengan kepala unit 2. Bagian Pengaduan RS
11.	Jumlah Pelaksana	1. Dokter Spesialis Kedokteran Fisik dan Rehabilitasi : 1 orang 2. Fisioterapis DIII : 3 orang 3. Fisioterapis DIV : 5 orang 4. Fisioterapis S1(profesi) : 7 orang
12.	Jaminan Pelayanan	1. Pelayanan diberikan secara berkualitas, tidak diskriminatif, tepat, nyaman, mudah, transparan dan akuntabel 2. Pelaksanaan Pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan
13.	Jaminan keamanan dan Keselamatan pelayanan	1. Data dan informasi pasien dijamin keamanannya dan digunakan semata - mata hanya kepentingan pelayanan 2. Sarana pelayanan dan saran penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan, kenyamanan dan keselamatan pasien
14.	Evaluasi kinerja pelaksana	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi disampaikan kepada Bidang Penunjang Medis dan Non Medis, dan Bidang pelayanan Medis baik secara berkala, Triwulan dan setiap tahun, maupun apabila diperlukan sewaktu - waktu.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN PERSALINAN DAN PERINATOLOGI

1	Dasar hukum	1.UU No 36 thn 2009 Tentang Kesehatan 2.UU No 24 Tahun 2011 Tentang BPJS 3.UU Nomer 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga kesehatan 4.Peraturan daerah no 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah 5.Peraturan Menteri Kesehatan no 3 Tahun 2023tentang standart tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan (JKN)
2.	Persyaratan Pelayanan	Perempuan dengan kondisi hamil ada indikasi melahirkan 1.Pasien Umum 2. Pasien BPJS/KIS
3.	Sistem Mekanisme dan Prosedur	Prosedur Pelayanan  <pre>graph TD; Pasien --> RawatJalan[Rawat jalan/poli kandungan Dan UGD Ponpek]; RawatJalan --> RuangBersalin[Ruang bersalin]; RuangBersalin <--> Laboratorium; RuangBersalin --> Bersalin[Bersalin]; Bersalin --> PersalinanSpontan[Persalinan spontan]; Bersalin --> PersalinanSC[Persalinan SC]; PersalinanSpontan --> BayiSehat[Bayi sehat]; BayiSehat --> RawatGabung[Rawat gabung]; Bersalin --> BayiBermasalah[Bayi bermasalah]; BayiBermasalah --> RuangIBS[Ruang IBS]; BayiBermasalah --> RuangIntensif[Ruang intensif / NICU];</pre>
4.	Jangka waktu Pelayanan	Jangka waktu pelayanan minimal kurang dari 24 jam
5.	Biaya /Tarif	- Pasien Umum, pasien BPJS Ketenagakerjaan, pasien Jasa Raharja, pasien asuransi dan kerjasama lainnya berdasarkan Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah. - Pasien BPJS Kesehatan berdasarkan Permenkes no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan (JKN)
6.	Produk Pelayanan	- Pelayanan pemeriksaan dan tindakan pasien persalinan normal dan persalinan dengan penyulit serta bayi baru lahir bayi baru lahir - surat keterangan kelahiran

7.	Sarana ,prasarana dan fasilitas	- Tempat tidur tindakan gynekologi - Tempat tidur Pasien - Lemari bedside - infan warmer - SUCTION Bayi - CTG - Monitor spo2 - Instrumen partus kit - Instrumen Resusitasi - Peralatan penunjang pemeriksaan Klinis fisik stomatognatik (antara lain : Timbangan badan,Tensi meter , Stetoskop - Lemari OBAT - Lemari bahan dan alat - buku register pasien - Komputer E-RM - ruang jaga bidan - kamar mandi - Ruang spoel hoek/ruang cuci alat medis sebelum di bawa ke cssd
8.	Kompetensi Pelaksana	Dokter spesialis Bidan Terlatih
9.	Pengawasan internal	1. Pengawasan yang dilakukan langsung oleh kepala Ruangan 2. Pengawasan Oleh bidang pelayanan medis 3. Tim Audit Internal melaksanakan pengawasan terhadap keluhan pasien dan pelaksana pelayanan 4. Dokter spesialis mengawasi Bidan untuk tindakan persalinan
10.	Penanganan pengaduan,saran,dan masukan	Pengaduan dan saran dari masyarakat dilakukan melalui cara : 1. Pengaduan langsung di Ruang bersalin 2. Konsultasi langsung kepada kepala ruangan 3. pengaduan melaluai telp : 08113803232 4. Melalui komunikasi secara elektronik Wabsite : www.rsud.sumbawakab.go.id E-mail : rsudkabsumbawa@gmail.com Facebook,instragram RSUD Sumbawa
11.	Jumlah Pelaksana	Dokter spesialis obsgyn 2 orang Dokter spesialis anak 2 orang Bidan terampil 16 orang Bidan Ahli 1 orang
12.	Jaminan Pelayanan	1. Pasien mendapatkan pelayanan dan tindakan persalinan yang amanberkualitas tidak diskriminatif,cepat,tepat dan transparan. 2. Pelaksanaan pelayanan berpedoman pada SPO pelayanan .standar mutu dan instruksi kerja. 3.Pasien mendapatkan fasilitas alat evakuasi dan pendampingan rujukan jika diperlukan
13.	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	- Data dan informasi pasien di jamin keamanannya dan digunakan semata mata hanya untuk kepentingan pelayanan - Sarana dan pelayanan dan sarana penunjang layanan menjamin/mendukung keamanan,kenyamanan dan keselamatan pasien.
14.	Evaluasi kinerja Pelaksana	Laporan evaluasi pelaksanaan tugas dan fungsi disampaikan kepada Bidang pelayanan medis baik secara berkala setiap bulan dan setiap tahun,maupun apabila diperlukan sewaktu waktu.

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN ADMINISTRASI MANAJEMEN TERKAIT STANDAR PELAYANAN PROSES REKRUTMEN PEGAWAI NON ASN (BLUD)

1	Dasar Hukum	1. Undang-Undang Nomor 28 Tahun 1999 tentang Penyelenggaraan Negara yang Bersih, dan Bebas dari Korupsi, Kolusi dan Nepotisme 2. Undang-Undang Nomor 14 Tahun 2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik 3. Undang-Undang Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik 4. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa 5. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 43 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Tenaga Profesional Non Aparatur Sipil Negara pada Badan Layanan Umum Daerah di Lingkungan Pemerintah Kabupaten Sumbawa 6. Peraturan Bupati Sumbawa Nomor 10 Tahun 2023 tentang Tarif Pelayanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa
2	Persyaratan	1. Surat lamaran 2. Pas foto terbaru berwarna ukuran 3x4 (background merah) 3. Ijasah dan Transkrip nilai yang telah dilegalisir 4. Kartu Tanda Penduduk (KTP) 5. Surat Keterangan Berbadan Sehat 6. STR (Surat Tanda Registrasi) bagi Tenaga Kesehatan 7. Surat Keterangan Catatan Kepolisian (SKCK) dari Kepolisian 8. Surat Pernyataan bermaterai Rp.10.000,- 9. Syarat lain yang ditentukan

3	Sistem, mekanisme, dan prosedur	1. Peserta mengantar berkas lamaran ke Bagian Umum dan Kepegawaian RSUD Sumbawa 2. Petugas melakukan koreksi dan melakukan verifikasi berkas 3. Pengumuman seleksi administrasi 4. Tes Kemampuan Dasar oleh BKPSDM 5. Pengumuman Tes Kemampuan Dasar 6. Tes Kemampuan Bidang oleh Panitia 7. Pengumuman Tes Kemampuan Bidang 8. Pemeriksaan Kesehatan dan Psikologi 9. Pengumuman akhir 10. Pengangkatan Pegawai BLUD
4	Jangka waktu pelayanan	Tentatif dilaksanakan apabila ada kebutuhan pegawai dan adanya ketersediaan anggaran
5	Biaya/Tarif	Tidak dipungut biaya
6	Produk pelayanan	Kecukupan pegawai Rumah Sakit Umum Daerah Sumbawa
7	Sarana dan Prasarana, dan/atau fasilitas	1. Peralatan kantor 2. Komputer, sistem dan jaringannya 3. Ruangan tes yang memenuhi syarat
8	Kompetensi pelaksana	1. Pegawai yang tergabung dalam kepanitiaan 2. Mempunyai kecakapan, ketelitian, jujur dan cekatan serta mampu bekerja sama dalam tim 3. Menjunjung nilai-nilai integritas dan menjaga konflik kepentingan
9	Pengawasan internal	1. Pengawasan yang dilakukan oleh ketua panitia atau penanggung jawab pada setiap tahapan jenjang 2. Pengawasan oleh Satuan Pemeriksa Internal 3. Pengawasan pembinaan oleh BKPSDM dan Inspektorat
10	Penanganan pengaduan, saran dan masukan	Pengaduan dan penanganannya dilakukan
11	Jumlah pelaksana	Petugas yang tergabung dalam kepanitiaan
12	Jaminan pelayanan	1. Pelaksanaan dan seluruh hasil didasarkan atas ketentuan yang berlaku 2. Dilakukan evaluasi dalam hasil dan pelaksanaannya

		3. Pelayanan dilakukan secara ketentuan, tidak diskriminatif, mudah, cepat, transparan dan akuntabel
13	Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Jaminan keamanan dan keselamatan dilakukan melalui : 1. Sistem pengamanan jaringan komputer 2. Pengawasan lingkungan dengan CCTV 3. Pengaturan alur oleh satuan pengamanan 4. Pengaturan keamanan oleh Kepolisian 5. Penyediaan alat pengaman kerja seperti tabung pemadam kebakaran, kotak P3K 6. Penyediaan ambulance dan petugas 119
14	Evaluasi kinerja pelaksana	Laporan hasil pelaksanaan rekrutmen pegawai

STANDAR PELAYANAN PUBLIK

JENIS LAYANAN : PELAYANAN PENGADUAN

1. Dasar Hukum	1. Indang - Undang Nomor 25 tahun 2009 tentang pelayanan publik ; 2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan ; 3. Permenkes RI No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien ; 4. Permenkes No 20 Tahun 2019 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Telemedicine Antar Fasyankes ; 5. Permenkes RI no 3 tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan dalam penyelenggaraan Program jaminan kesehatan Nasional (JKN) 6. Peraturan daerah Kabupaten Sumbawa No 10 tahun 2023 tentang pajak daerah dan retribusi daerah: 7. Peraturan Bupati Sumbawa No 37 Tahun 2014 tentang Tata Kelola RSUD Sumbawa ; 8. Peraturan Bupati Sumbawa No 05 Tahun 2020 tentang Pedoman Pengelolaan Keuangan BLUD di Lingkungan Pemkab Sumbawa ; 9. Peraturan Bupati Sumbawa No 94 Tahun 2020 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi serta Tata Kerja RSUD Kabupaten Sumbawa ;
2. Persyaratan	1. SK Direktur 2. SPO Pengaduan 3. Laporan Pengaduan 4. Berita Acara
3. Sistem mekanisme, dan prosedur	1. Terima pasien atau keluarga pasien yang akan menyampaikan keluhan dan ucapkan salam; 2. Catat semua data yang disampaikan oleh pasien dan /atau keluarga pasien (nama, Alamat, hal yang diadukan/masalah, Lokasi kejadian, dan kronologi kejadian, serta data lain yang di perlukan); 3. Lakukan identifikasi masalah (Kebenaran data, pihak yang terkait, dll); 4. Jawab complain, keluhan, konflik/beda pendapat pada saat itu juga, apabila tidak perlu koordinasi dengan bagian lain atau ; 5. Libatkan pasien dan /atau keluarga dalam memecahkan masalah dengan jalan mengkaji kemungkinan dan Solusi untuk pasien dan/atau kelaurga; 6. Berikan jawaban sementara (ucapkan terimakasih dan mohon maaf, serta akan dihubungi Kembali) apabila memerlukan koordinasi dengan bagian lain maksimal 2x24 jam atau; 7. Lakukan koodinasi dan pertemuan dengan pihak terkait; 8. Catat hasil koordinasi dan simpulkan serta komunikasikan dengan pemberi complain; 9. Apabila complain tidak terselsaikan atau pemberi complain merasa tidak puas, lakukan mediasi dengan mediator; 10. Apabila dengan mediasi tidak menyelsaikan masalah atau pihak pemberi complain tidak puas, lakukan penyelsaian lewat jalur hukum;

	11. Dokumentasikan complain, keluhan/beda pendapat yang masuk;
4. Jangka waktu pelayanan	Pelayanan 24 jam
5. Biaya tarif	Tidak di pungut biaya
6. Produk pelayanan	Penyelesaian Pengaduan
7. Sarana/prasarana dan fasilitas	1. HP 2. Komputer, Sistem dan Jaringannya 3. Ruang Pengaduan 4. Alat Tulis
8. Kompetensi pelaksana	1. Pendidikan minimal sarjana 2. Memiliki kemampuan berkomunikasi dan edukasi yang baik, baik lisan maupun tulisan 3. Menjunjung nilai – nilai integritas dan loyalitas 4. Memahami alur dan prosedur
9. Pengawasan internal	1. Pengawasan semua jajaran direksi 2. Pengawasan oleh Satuan Pemeriksa Internal (SPI)
10. Penanganan pengaduan saran dan masukan	Pengaduan dan penanganannya dapat dilakukan melalui: 1. Unit Pengaduan Rumah Sakit 2. Melalui komunikasi elektronik: a) Website: www.sumbawakab.go.id b) Sosial media: Facebook, instagram RSUD Sumbawa c) WhatsApp: 0811-3803-232
11. Jumlah pelaksana	Petugas yang tergabung dalam Tim
12. Jaminan pelayanan	1. Pelaksanaan dan seluruh hasil didasarkan atas ketentuan yang berlaku 2. Dilakukan evaluasi dalam hasil dan pelaksanaannya 3. Pelayanan dilakukan secara ketentuan, tidak diskriminatif, mudah, cepat, transparan dan akuntabel
13. Jaminan keamanan dan keselamatan pelayanan	Jaminan keamanan dan keselamatan dilakukan melalui : 1. Sistem pengamanan jaringan computer 2. Pengawasan lingkungan dengan CCTV 3. Pengaturan alur oleh satuan pengamanan 4. Penyediaan alat pengaman kerja seperti tabung pemadam kebakaran 5. Penyediaan ambulance dan petugas
14. Evaluasi kinerja pelaksanaan	Laporan evaluasi pengaduan

Ditetapkan di : Sumbawa Besar

Pada tanggal : 13 Januari 2026

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM
DAERAH SUMBAWA



MEGA HARTA